



Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo

Una intersección entre culturas,
política y religiones

Rosalind P. Petchesky
Karen Judd
compiladoras

EL COLEGIO DE MÉXICO



CÓMO NEGOCIAN LAS MUJERES
SUS DERECHOS EN EL MUNDO.
UNA INTERSECCIÓN ENTRE CULTURAS,
POLÍTICA Y RELIGIONES

CENTRO DE ESTUDIOS DE ASIA Y ÁFRICA
PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

Grupo Internacional de Investigación
y Acción sobre Derechos Reproductivos (IRRAG)

CÓMO NEGOCIAN LAS MUJERES
SUS DERECHOS EN EL MUNDO.
UNA INTERSECCIÓN
ENTRE CULTURAS, POLÍTICA
Y RELIGIONES

Rosalind P. Petchesky
Karen Judd
compiladoras

Responsables de la traducción al español:
Adriana Ortiz-Ortega, Marta Rivas,
Claudia Hinojosa y Natalia Franco López



EL COLEGIO DE MÉXICO

363.96

C735 Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones / Rosalind P. Petchesky, Karen Judd, compiladoras ; [traductores, Adriana Ortiz Ortega ... et al.]. -- 1a ed. -- México, D. F. : El Colegio de México, Centro de Estudios de Asia y África ; Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer ; Programa de Salud Reproductiva y Sociedad : Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos, 2006.
560 p. ; 21 cm.

Incluye bibliografía: p. 513-538 e índice
ISBN 968-12-1192-8

1. Control de la natalidad -- Estudios transculturales.
 2. Mujeres -- salud e higiene -- Estudios transculturales.
 3. Derechos de la mujer -- Estudios transculturales.
 4. Reproducción humana -- Estudios transculturales.
- I. Petchesky, Rosalind P., comp. II. Judd, Karen, 1942-, comp.

La traducción al español de este libro fue auspiciada por el IPAS y el IRRRAG

Traductores: Adriana Ortiz-Ortega, Marta Rivas,
Claudia Hinojosa y Natalia Franco López

Primera edición, 2006

D. R. © El Colegio de México, A. C.
Camino al Ajusco 20
Pedregal de Santa Teresa
10740 México, D. F.
www.colmex.mx

ISBN 968-12-1192-8

Impreso en México

En memoria de Guadalupe Musalem, del equipo del IRRRAG y la Casa de la Mujer Rosario Castellanos en México; de Expedita Lima, integrante del Movimento da Mulher Trabalhadora Rural en el noreste de Brasil, y de Esther Onyilo, del equipo del IRRRAG en Nigeria. Hasta el momento de sus trágicas muertes, las tres trabajaron para fomentar la apropiación y la salud reproductiva de las mujeres y participaron activamente en la investigación del IRRRAG. Siempre vivirán en nuestros corazones.

ÍNDICE

Reconocimientos	11
Prefacio a la edición en español	15
I. Introducción, <i>Rosalind P. Petchesky</i>	39
II. No como nuestras madres. La elección reproductiva y el surgimiento de la ciudadanía entre trabajadoras rurales, trabajadoras domésticas y amas de casa brasileñas, <i>Simone Grilo Diliz, Cecília de Mello e Souza y Ana Paula Portella</i>	85
III. La perspicacia de las mujeres por encima de la de los hombres. Compensaciones y adaptaciones estratégicas en la vida reproductiva de las mujeres egipcias, <i>Aida Seif El Dawla, Amal Abdel Hadi y Nadia Abdel Wahab</i>	141
IV. Entre la modernización y el resurgimiento patriarcal. Las negociaciones reproductivas de las mujeres en la península de Malasia, <i>Rita Raj, Chee Heng y Rashida Shuib</i>	199
V. “Porque yo los traje al mundo”. La negociación de los derechos de las mujeres en México, <i>Adriana Ortiz-Ortega, Ana Amuchástegui y Marta Rivas</i>	251
VI. Sexualidad y fecundidad femeninas en Nigeria. Rompiendo la cultura del silencio, <i>Grace Osakue y Adriane Martin-Hilber</i>	301
VII. La transformación del <i>sana</i> en <i>dapat</i> . Negociando la autorización a tomar decisiones reproductivas	

en Filipinas, <i>Mercedes Lactao Fabros, Aileen May C. Paguntalan, Lourdes L. Arches y María Teresa Guía-Padilla</i>	355
VIII. El sur dentro del norte. La elección reproductiva en tres comunidades de Estados Unidos, <i>Dianne Jntl Forte y Karen Judd</i>	413
IX. Comparaciones entre países y percepciones políticas, <i>Rosalind P. Petchesky</i>	469
Sobre las autoras	509
Bibliografía	513
Índice analítico	539
Oficinas de las coordinadoras nacionales e internacional de IRRRAG	561

RECONOCIMIENTOS

Además de los autores, editores e investigadores listados en estas páginas, muchas otras personas y organizaciones contribuyeron a la realización de este libro. De principio a fin la investigación recibió el apoyo del Programa de Salud Reproductiva de la Fundación Ford y del Programa de Población de la Fundación John D. y Catherine T. MacArthur, sin el cual no habría sido posible llevar a cabo un proyecto de este alcance. Agradecemos en especial a Margaret Hempel de Ford y a Carmen Barroso y Leni Silverstein de MacArthur su invaluable apoyo intelectual, moral, y también material. Asimismo, a lo largo del camino recibimos ayuda parcial de la beca para el desarrollo que otorga el Banco Mundial, y en especial de Tom Merrick, secretario de Relaciones Exteriores de los Países Bajos, de las oficinas de la Fundación Ford en Lagos y en la ciudad de México, del Fondo Moriah, de la Secretaría de Relaciones Exteriores de Noruega, de la fundación Rockefeller y su Centro Bellagio, de las oficinas del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Filipinas y Brasil, World Vision, y los regalos personales de Lillian M. Dazinger y Roberta Pollack. Estamos muy agradecidos con todos estos ángeles.

Como una filial de los movimientos internacionales de salud y derechos de las mujeres, el Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos (IRRRAG, por sus siglas en inglés) ha recibido el apoyo incalculable de muchas ONG que nos respaldaron al alentar e inspirar nuestro trabajo y en ocasiones nos ayudaron a solventar nuestras crisis financieras. Apreciamos profundamente la colaboración del CEPIA (Ciudadanía, Estudios, Pesquisa, Informação e Ação), el Colectivo Feminista Sexualidade e Saúde, Ecos (Equipe de Comunicação em Sexualidade), Fala Preta-Organização de Mulheres Negras, Sos-Corpo Ciudadania, sof (Sempreviva Organização Feminista), y la Fundação Carlos Chagas en Brasil; el Centro de Investigación para la Mujer Nueva, la Organización Evangélica Cóptica para los Servicios Sociales y el Consejo de Población

de Egipto; la Casa de la Mujer Rosario Castellanos, el Centro de Sonora para la Atención de la Mujer, el Programa Universitario de Estudios de Género de la UNAM, el Programa de Salud Reproductiva de El Colegio de México y el Consejo de Población en México; el Centro de Recursos e Investigación para la Mujer del Pacífico Asiático (CRIMPA) en Malasia; la Iniciativa de Poder de las Niñas (IPN), el Centro de Investigación de Apropiación y Acción (CIAA) y las Organizaciones de Salud de las Mujeres de Nigeria (OSMN) en Nigeria; la organización Salud de la Mujer, el centro para los Recursos de las Mujeres (RM), el Centro de Investigación y Recursos de las Mujeres (CIRM) y Kalayaan en Filipinas; el Programa de Estudio de las Mujeres en el Colegio Hunter, el Proyecto de Educación de Derechos Reproductivos en el Colegio Hunter, y el Proyecto Nacional de Salud de las Mujeres Negras en Estados Unidos.

Además, recibimos los consejos, los recursos y un apoyo logístico vital que nos brindaron muchas personas que laboran en estas organizaciones. Agradecemos en particular la valiosa ayuda de Maria Jose Araújo, Maria Betania Ávila, Regina Barbosa, Sonia Corrêa, Maria Luisa Heilborn, Jacqueline Pitanguy, Leila Linhares Barsted, Albertina de Oliveira Costa, Edna Roland, Cecília Simonetti, y Mary Jane Paris Spink en Brasil; Rosamaría Roffiel y Claudia Hinojosa en México; Adepeju Olukoya y Adetoun Ilimoka en Nigeria; Marilen Dañguilan y Ana Maria Nemenzo en Filipinas; Debbie Bell, Rebecca Cook, Rhonda Copelon, Joan Dunlop, Lynn Freedman, Adrienne Germain, Jodi Jacobson, Monica Rocha, Ragnhild Utheim, y Susan Wood en Estados Unidos.

También agradecemos enormemente a los asesores de investigación del equipo del IRRRAG —Iris López, Sylvia Marcos, Carla Makhlouf Obermeyer, Tola Olu Pearce, Rayna Rapp, T. K. Sundari Ravindran, Beth Richie y Joanna Gould Stuart— su ayuda y aliento durante las primeras etapas de la investigación de campo y en los análisis de datos. Varios de ellos, al igual que otros amigos y colegas, leyeron amablemente algunas partes del manuscrito y compartieron con nosotros su sabiduría. En particular queremos exteriorizar nuestro agradecimiento a Marge Berer, Sonia Corrêa, Zillah Eisenstein, Carla Obermeyer, Vera Paiva, Richard Parker, Tola Pearce, Sundari Ravindran y Beth Richie, así como a Pat Harper y Louise Murray en Zed Books. El libro es mejor gracias a sus sugerencias,

pero ciertamente no tienen responsabilidad alguna por las fallas en éste. Finalmente, y más que nada, el proyecto del IRRRAG agradece enormemente la colaboración de los cientos de mujeres y hombres que gentilmente compartieron sus historias y percepciones con nosotros y la de las organizaciones de mujeres y las comunidades de donde provienen.

PREFACIO A LA EDICIÓN EN ESPAÑOL

¿Cómo construyen las mujeres una voz que les permita hablar —muchas veces por primera vez— de su cuerpo o del papel que la maternidad juega en sus vidas? ¿Cómo se concibe el deseo, la relación sexual, las más de las veces con un hombre que se convierte en el marido o la pareja estable que controla la vida y ejerce la violencia?

El propósito de este libro es desentrañar el significado cotidiano que los términos derechos sexuales y derechos reproductivos tienen para las mujeres del mundo que viven al margen de los círculos feministas nacionales e internacionales. Fue escrito de cara a las conferencias internacionales de la Mujer y de Desarrollo y Población que tuvieron lugar en la década de los noventa en Pekín, 1995 y en El Cairo, 1994, respectivamente. La investigación ayudó a reconocer que el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de las mujeres requiere la eliminación de la violencia y la coerción de los estados y gobiernos del mundo.

La obra concebida originalmente por Rosalind Petchesky, la coordinadora internacional del proyecto, fue pensada como un ejercicio comparado que recogía de manera pionera testimonios de mujeres de Asia, América Latina y Estados Unidos. A pocos años de su publicación original en inglés, puede afirmarse que *Cómo negocian las mujeres sus derechos* se convirtió en un libro de consulta indispensable para dar elementos de análisis que no sólo permitieran el reconocimiento expreso de los gobiernos del mundo de los controvertidos términos “derechos reproductivos” y “derechos sexuales”; al mismo tiempo brindó herramientas antropológicas, políticas y de psicología social sobre los procesos que median las decisiones individuales y los fenómenos macrosociales. Por lo mismo, la investigación en su conjunto permite identificar líneas de análisis y acción.

La traducción al español permite acceder a una investigación que rara vez ha sido elaborada en México, pues implica la pers-

pectiva comparada de distintas mujeres del mundo. Como se advierte en la introducción del texto, el estudio sobre estos derechos se hace partiendo de la maternidad porque esta actividad es ámbito propio de la mayoría de las mujeres entrevistadas, pero sin desconectarla de otras experiencias; por ejemplo, en ausencia del acceso directo al placer, en un contexto en que la sexualidad es todavía subordinada a formas inequitativas de poder entre los géneros, la autodeterminación reproductiva, la toma de decisiones respecto a la anticoncepción o la salud sexual.

Este trabajo de corte interdisciplinario y transcultural documenta la disparidad entre los hombres y las mujeres en la construcción y ejercicio de los derechos sociales con el concomitante rezago de los derechos reproductivos y sexuales de las últimas. Sin pretender fijar en el tiempo esta realidad, se establece la perspectiva relacional que permite comprender las formas de resistencia y acomodo que explican cómo puede irse transformando desde la cotidianidad este limitado ejercicio de los derechos de las mujeres.

Desde la perspectiva metodológica cualitativa, *Cómo negocian las mujeres* busca resaltar las expresiones de la subjetividad femenina y contrastarlas con la capacidad de autorización y apropiación de las mujeres de siete países: Brasil, Egipto, México, Nigeria, Filipinas, Malasia y Estados Unidos. A lo largo de las páginas se muestra la manera íntima en que se relacionan las sexualidades y la reproducción o maternidad con las condiciones de desarrollo institucional, social, cultural y político en que se encuentra inmersa la vida de las mujeres entrevistadas; se documenta cómo el ejercicio individual de los derechos o su apropiación colectiva no pueden ser separados de las condiciones culturales, históricas, económicas y políticas.

El texto original en inglés fue publicado por Zed Books en 1998, y de entonces a la fecha han sucedido importantes cambios macrosociales, políticos e institucionales en el mundo; en la mayoría de los casos —tal vez con la notable excepción de Malasia— se trata sólo del deterioro de las difíciles condiciones de vida ya relatadas en la obra original. Resulta alentador, sin embargo, ver cómo en el escenario posterior a las conferencias de Pekín y El Cairo se manifiesta en los países analizados y otros una mayor capacidad de organización y resistencia de la sociedad civil. Pero la compleji-

dad de los cambios hace necesario remitirse a ellos para una mejor lectura de este estudio. Por ello, para la edición en español se pensó en hacer este prefacio y se solicitó a los integrantes de los equipos de investigación —así como a Rosalind Petchesky, coordinadora del proyecto, quien además se encargó de dar cuenta de los cambios en Estados Unidos— su colaboración.

Sin pretender ofrecer a los lectores en español distintos contextos, sociopolítico, económico e institucional que el descrito en la obra original, los equipos de investigación se esforzaron por actualizar referencias generales y algunas otras relaciones. El prefacio procura continuar los temas desarrollados en los contextos originales de la edición inglesa.

Toca a los lectores tejer dichos temas con los resultados de las investigaciones para hallar las pistas que les permitirán continuar el estudio de las condiciones en las cuales las mujeres ejercen, se apropian o acomodan el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. Aunque los datos y las cifras fueron tomados de la nueva información que proporcionaron las investigadoras de los diversos países, la redacción es responsabilidad de quienes esto escriben.

BRASIL. NO COMO NUESTRAS MADRES

En los años siguientes a 1998 el marco del neoliberalismo impuesto por distintas instituciones internacionales sobre los países de Latinoamérica ha propiciado enormes distancias entre sectores acomodados y pobres con serios grados de deterioro para la mayoría de la población. En este contexto tuvo lugar el cambio político obtenido por la izquierda brasileña representada por Luiz Inácio “Lula” da Silva. Al inicio, la llegada de Lula da Silva fue escenario de nuevas esperanzas para Brasil. Las primeras declaraciones y disposiciones para combatir la pobreza como prioridad del gobierno de Da Silva fueron recibidas con gran entusiasmo dentro y fuera del país. Pero ya sea por los compromisos establecidos con las clases en el poder y las obligaciones con las instituciones internacionales, el proyecto de pobreza cero, el incentivo a la economía y la ampliación al gasto social no han repercutido en las condiciones

de vida de la mayoría, y por tanto tampoco han cambiado y ampliado los programas dirigidos a la salud de las mujeres.

De acuerdo con los datos del Índice de Desarrollo Humano de 1999 (HDI, por sus siglas en inglés) Brasil ocupaba entonces el lugar 64 en el orden mundial, pero si se realiza el análisis desagregado por género y etnia (Índice de Desarrollo por Género, 1995) se observa que la inequidad social tiene color y sexo: mientras la población blanca tendría el lugar 43, la negra o mestiza bajaría al 108. Visto así, Brasil ocuparía en realidad el lugar 67 en el orden mundial (UNDP, 1999) con la consiguiente distribución desigualdad entre las regiones del país y la relación urbano-rural.

En la arena política, si bien la presencia de las mujeres ha aumentado, sigue siendo proporcionalmente muy menor frente a los hombres. A pesar de que constituyen 51% de la población nacional, y de que 49.99% de las mujeres hacen uso de su derecho ciudadano a votar a sus gobernantes, su participación en los tres niveles de los poderes estatal y federal continúa restringida y va disminuyendo en cuanto se asciende en el nivel jerárquico. Según datos del Centro Femenista de Estudios y Asesoría (Cfmea, 2000), en la última elección federal —en octubre de 2002— las mujeres obtuvieron puestos legislativos como consejeras municipales en 11.2%, y como diputadas estatales en 10%. Cuentan con 5.6% de los diputados federales y 2.4% de los senadores. Dentro del poder ejecutivo tan sólo adquirieron 5.5% de las municipalidades, y 3.7% en los estados (sólo una gobernadora). En el poder judicial únicamente hay tres mujeres en las Cortes Supremas y hasta la fecha no ha habido ninguna presidenta del país.

En el ámbito de los derechos sociales la salud de las mujeres en Brasil sigue siendo un reto. El Programa de Asistencia Integrada para la Salud de la Mujer (PAISM, por sus siglas en portugués) es el derrotero que orienta la atención a las mujeres, pero ha sufrido un proceso de fragmentación en la ejecución de sus acciones y no ha logrado la integración necesaria con otras instituciones de salud ni con el programa de planificación familiar nacional.

Prevalece la desinformación médica respecto al uso de medidas preventivas no radicales para la anticoncepción, la escasa distribución pública de dispositivos de prevención para las enfermedades de transmisión sexual y no se ha logrado frenar el vertiginoso

aumento de las mujeres con VIH-sida que afecta particularmente a las mujeres pobres. Baste citar que el número de mujeres infectadas por VIH sigue creciendo y en menos de 15 años las proporciones han aumentado de una mujer por cada 16 hombres en 1986 a una por cada dos hombres en el año 2000.

Aunque el gobierno de Ciro Cardoso se comprometió en las Conferencias de El Cairo y Pekín a disminuir en 50% la morbilidad materna y realizó un esfuerzo importante que redujo en 1996 las muertes maternas a 30 por cada 100 000 nacidos vivos, en 1998 las cifras vuelven a aumentar (40 por cada 100 000) lo que muestra que los programas de salud nacional no se han consolidado y que continúan las grandes discrepancias regionales. Además, al aplicar factores como la lentitud del sistema informativo, el subregistro y las muertes no clasificadas, el índice de morbilidad sube a 134 muertes por cada 100 000 vivos, lo que coloca a Brasil a la par de los países más pobres de América Latina. Dada la inestabilidad evidente que estas cifras sugieren, no parece posible que la meta para abatir a la mitad las muertes maternas se cumpla en corto tiempo.

EGIPTO: EL SABER DE LAS MUJERES SOBRE EL DE LOS HOMBRES

A pesar de que se ha intensificado el fundamentalismo islámico en varios países africanos y que Egipto no es la excepción, la presencia de un gobierno civil alienta la ciudadanización promovida por un número cada vez más amplio de organizaciones sociales. Entre éstas destacan los grupos que desde la sociedad civil egipcia han elaborado una serie de reformas legales que impactan tanto en la salud sexual y reproductiva de las mujeres como confrontan la inequidad de las relaciones legales y sociales entre los géneros.

En 1997 la Corte de Justicia de este país otorgó al Ministerio de Salud la capacidad de prohibir a los médicos practicar la mutilación genital en hospitales y clínicas públicos y privados. El Ministerio también organiza la capacitación médica para convencer a los padres contra esta práctica. Sin embargo, el hecho de que el gobierno no haya podido dar seguimiento eficaz a las prácticas médicas y que tal reglamentación haya dejado ambigüedades que

permiten interpretaciones en el sentido contrario a la ley, facilita que algunos médicos persistan en transgredir este ordenamiento y sigan avalando prácticas ancestrales que vulneran no sólo la salud sexual sino la integridad física, mental y espiritual de las mujeres.

En el ámbito legal la autorización para que las mujeres instauran un juicio por divorcio ha tenido notables avances. En contraste con los siete años que podía prolongarse un juicio de divorcio exigido por las mujeres o la restricción a causales que sólo reconocieran evidencia de daño físico en sus personas, el parlamento egipcio aprobó en el año 2000 la ley de procedimientos para el estatus familiar (*Procedural Law of the Family Status Code*) en el que además de aceptar otras consideraciones que la muestra del daño físico normó el periodo de resolución que no debe rebasar los tres meses.

Hay que reconocer que existe una gran brecha entre los ordenamientos escritos y las prácticas, porque la nueva ley ha provocado mucho malestar entre los hombres, lo cual lleva a algunas mujeres a renunciar a tales derechos por presiones de índole social.

Otro cambio del año 2000 que vale destacar es que en ese mismo año el gobierno aprobó un nuevo contrato matrimonial que incluye provisiones específicas para que los dos contrayentes puedan hacer uso de ellas. Son las mujeres jóvenes las que más solicitan estas provisiones, y ahora se admite que incorporen al contrato derechos específicos para trabajar y continuar estudiando después del matrimonio.

Por primera vez en 2001 se elaboró un reporte, denominado “encubierto o sombra” (*Shadow report*) y compilado por 22 organizaciones que se establecieron en 1998; fue avalado además por 120 organizaciones no gubernamentales de todo Egipto. Dicho reporte trata temas como la discriminación en diferentes leyes: las de estatus familiar tanto para musulmanes como para cristianos, las penales, laborales, para la nacionalidad y aquellas sobre la violencia contra las mujeres. En el primer trimestre de este año se realizó una propuesta respecto a la nacionalidad, que se llevará al parlamento, y a la que el gobierno presta atención para eliminar la discriminación entre hombres y mujeres al pasar a los hijos la nacionalidad egipcia en el caso de los cónyuges que no son egipcios.

Pero lo más importante fueron los efectos que el reporte produjo en el gobierno al que no le quedó más que admitir por pri-

mera vez la presencia de la violencia contra las mujeres. Ahora comisiones gubernamentales cabildean con el gobierno egipcio la posibilidad de levantar el veto sobre estos temas para incorporarlos en el reporte internacional al CEDAW; es decir, el reporte a la Convención para Eliminar todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres (*Convention for the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women*).

De gran relevancia para Egipto es que últimamente los medios de comunicación masiva han podido incorporar temas sobre educación sexual, y se han propiciado talleres de entrenamiento para grupos médicos, que incluyen la sexualidad y la consejería en planificación familiar.

Aunque las organizaciones sociales reconocen estos avances, también han puesto en evidencia el rechazo de la sociedad civil a las infracciones y a la ineficacia del gobierno para cumplir cabalmente con las leyes y los cambios, e insisten en la necesidad de continuar luchando para avanzar en el ejercicio de los derechos sexuales.

MALASIA. ENTRE LA MODERNIZACIÓN Y LA PRESENCIA DEL PATRIARCADO. NEGOCIACIONES REPRODUCTIVAS ENTRE LAS MUJERES

Malasia continua siendo uno de los países del sudeste asiático con un crecimiento económico sostenido, donde el sistema de gobierno democrático parlamentario incluye la monarquía constitucional. En las décadas de los años ochenta y noventa Malasia logró sostener un crecimiento de 8%, que con la crisis de 1997 disminuyó a 4%, para posteriormente repuntar y mantenerse en cinco por ciento.

A pesar de los exitosos planes de desarrollo quinquenales establecidos desde 1965, la distribución económica no es equitativa entre las distintas regiones y los grupos étnicos. Si bien el Estado subvenciona con mayor interés a los malayos que son la proporción más elevada de pobladores, pues representan 60% del total de la población, son los chinos los que tienen el mayor ingreso per cápita del país.

El fuerte crecimiento económico de Malasia puede ejemplificarse con los distintos indicadores de desarrollo como los índices de industrialización, educación y salud en general. Respecto a la población femenina, las mujeres han logrado una movilidad económica y reconocimiento de estatus social básicamente a través de la mayor escolarización, que ha incorporado a 81% de las mujeres al sistema educativo, si bien persiste 19% de analfabetismo femenino.

De esta forma la participación de las mujeres en el campo laboral ha ido en aumento, especialmente en las áreas de finanzas, servicios, comercio e industria. El incremento de polos de desarrollo en las principales ciudades orilla a que las mujeres de zonas rurales migren a las ciudades incorporándose fundamentalmente a la industria manufacturera, dejando atrás los tradicionales trabajos femeninos como el servicio doméstico, de limpieza y hotelero que ahora es ocupado por los inmigrantes, especialmente provenientes de Bangladesh y Filipinas. Aunque en la actualidad entre 46 y 47% de las mujeres en Malasia está incorporada a un trabajo remunerado, son todavía cifras distantes de aquellas de los hombres que están entre 84 y 85%, y no se ha logrado tampoco nivelar el ingreso económico de las mujeres, pues los hombres siguen ganando más por el mismo trabajo desempeñado porque cuentan con más experiencia y mayor escolaridad.

A primera vista no existen diferencias jurídicas en términos de derechos entre los hombres y las mujeres; la Constitución del país no ha incorporado perspectiva de género alguna y se siguen practicando acciones conservadoras, como aquellas que dificultan que las mujeres se incorporen a profesiones consideradas masculinas —las ingenierías y las ciencias agrícolas— porque demandan ausentarse frecuentemente de sus hogares. Prevalece la idea de que las mujeres no pueden combinar sus funciones domésticas y de empleo remunerado sin que las primeras sean desatendidas. De manera que es muy bien visto que las mujeres hagan labores educativas que sólo les ocupa medio tiempo de actividad para dedicar el resto a las labores del hogar.

En comparación con otros países del sudeste asiático que todavía presentan tasas de mortalidad femenina elevadas, infanticidios femeninos y baja esperanza de vida muy ligada con las visio-

nes patriarcales, el sistema de salud en Malasia es posiblemente el mejor reputado en esa región. Los distintos niveles de los servicios de salud son intensamente subsidiados por el gobierno, desde las clínicas, centros de salud, policlínicas de las regiones rurales hasta los hospitales de zona y generales en las ciudades. El éxito de este sistema se refleja en los indicadores, como la esperanza de vida que para las mujeres en 1980 era 71.6 años y para 1997 aumentó a 74.5 años.

La mortalidad materna sigue disminuyendo ya que para el año 2000 había bajado a 0.2 por cada 1 000 nacidos vivos, mientras que en 1980 la tasa era de 0.6. El sistema nacional de salud ha asegurado que 95.2% de los partos en el país sean atendidos por personal entrenado y las formas tradicionales de partos domésticos auxiliados haya disminuido notablemente.

El aborto inducido es una acción poco frecuente en Malasia, en parte por el efecto religioso musulmán. Sin embargo, existe autorización para que se realice en condiciones de seguridad, atendido por profesionales capacitados. En este país, el aborto no es un factor que intervenga en los niveles de mortalidad materna. Tales cifras son muy semejantes a las de los países desarrollados donde dominan, al igual que en Malasia, las muertes maternas por hemorragia y presión alta. Sin embargo, no hay investigaciones actuales que relacionen la hemorragia con el aborto inducido, asunto que tendría que tomarse en consideración.

La fecundidad ha disminuido de 4.9 hijos en 1970 a 3.2 en 1999. Este descenso se relaciona fundamentalmente con el aumento en la escolaridad de las mujeres, su participación en la fuerza de trabajo y en que la edad de nupcialidad ha aumentado. Comparativamente con los países desarrollados y otros del tercer mundo, la tasa de crecimiento poblacional es elevada y ello se debe al programa pronatalista del Estado que insiste en alcanzar 70 000 000 de habitantes para el año 2010. Además, este proyecto demográfico beneficia prioritariamente a los malasios con políticas educativas, económicas y sociales mejor organizadas que aquellas para los chinos e indios, aunado a que su religión islámica propicia familias con más hijos.

El porcentaje de usuarios de anticonceptivos es también de los más altos en la región con 56%, cifra sólo menor a la de Singapur;

Tailandia y Vietnam. Sin embargo, los métodos modernos que se han difundido de manera sustancial están orientados a las mujeres, en tanto siguen siendo ellas las encargadas de la planificación familiar, con poca atención a los usuarios masculinos o campañas de participación y responsabilidad paterna. Existe información suficiente sobre diversidad de métodos anticonceptivos dirigidos a las mujeres y se ha incrementado el uso de métodos de barrera en lugar de los orales. Ello tiene que ver con la sospecha y el temor de las mujeres a los efectos colaterales de los primeros; además con la religión islámica que impone su carácter patriarcal induciendo a los malasios musulmanes al regreso a los métodos tradicionales como el ritmo. De esta forma se explican las diferencias étnicas en el uso de métodos anticonceptivos. La píldora sigue siendo el recurso prioritario de los indios; el condón se emplea más entre los chinos, y el ritmo entre los malasios. La vasectomía es todavía impopular debido a la creencia de que propicia la pérdida de la potencia y del placer sexual.

MÉXICO. PORQUE ELLOS NACIERON DE MÍ

Durante el año 2000 —es decir, dos años después de la publicación en inglés de este libro— México comenzó a transitar dificultosamente hacia una democracia que bien a bien no logra asentarse a pesar de los cambios históricos realizados ese año. Después de 70 años del monopolio político del Partido Revolucionario Institucional (PRI), en julio de 2000 los mexicanos votaron por la alternancia en el poder, en una elección ejemplar que llevó a las urnas a más de 70% de los ciudadanos mexicanos. Las mujeres y los jóvenes representaban una proporción muy importante del electorado, siendo las mujeres la mayor proporción del padrón nominal de electores. Hubo un total de 58.7 millones de participantes, 42% hombres y 51.8% mujeres que sufragaron su voto. Llama la atención el papel de las mujeres en el cambio de régimen político. Este hecho puede explicarse porque las mujeres son quienes resintieron de manera directa el peso de la crisis que data de los años ochenta. Sin embargo, en ningún momento su presencia electoral ha venido acompañada de mayor incidencia en la agenda de los partidos

para incluir asuntos centrales de las mujeres ni siquiera ahora en 2005 y camino a una nueva elección presidencial programada para mediados de 2006. Temas tales como la paridad en la representación es tabú, y asociarse con posturas abiertamente inclinadas a la transformación de los arreglos culturales, sexuales y sociales aún limita la carrera política de las mujeres.

No obstante, la votación del 2000 fue histórica porque no sólo se eligió un presidente de un partido de oposición, sino también a 128 senadores y 300 diputados. Las candidaturas femeninas al Congreso tuvieron ligero aumento: en 1997 por cada tres candidatos varones a senadores y diputados había una mujer, mientras en el año 2000 por cada 1.6 varones había una mujer senadora y por cada 1.8 diputados varones una mujer. Para esta época dos de los partidos mayoritarios el PRI y el PRD (Partido de la Revolución Democrática) eran dirigidos por mujeres, al igual que dos Secretarías de Estado (Desarrollo Social y Turismo); sin embargo, a pesar del ingreso formal de las mujeres en la política —en términos de más amplia presencia en los órganos legislativos— sus propuestas y demandas continúan siendo discriminadas en tales instancias; por ejemplo, para el año 2001 sólo 2 de 39 reformas relativas al género habían sido aprobadas.

Durante la candidatura y los tres primeros años de gobierno del nuevo presidente, Vicente Fox, el género adquirió cierto peso sustancial en la agenda conservadora, en tanto su esposa Marta Sahagún asumía un papel protagónico como lideresa del Partido Acción Nacional (PAN) en el poder.

Desgraciadamente, la perspectiva de género que plantea la derecha impulsada de manera ambivalente por algunas mujeres en puestos de gobierno, o incluso en algunos momentos por Marta Sahagún, ha tenido serias inconveniencias, pues aunque ella se ha sumado a las luchas en favor de las mujeres apoyando el diálogo con distintos sectores políticos y académicos de visiones alternativas, también ha manejado una postura ambivalente que ha servido para incluir en la agenda pública proyectos y finalidades, en clara contraposición con el laicismo de Estado y contraviniendo programas nacionales. Por ejemplo, un libro para padres de familia propuesto como posible sustituto de los textos de educación pública; que promueve valores conservadores y la moralidad propia de los

grupos eclesiásticos: la *Guía de padres* donde se argumenta que el tratamiento de la sexualidad y las relaciones de género de los niños y jóvenes del país sólo compete a las familias y por tanto desacredita la actividad de organizaciones e instituciones respecto de programas alternativos de educación sexual.

El gobierno de Vicente Fox ha enfrentado la dificultad de establecer liderazgo de cara a la reticencia y manejo oportunista de los partidos de oposición que ven en la prolongación de la toma de decisiones una forma de ganar terreno. Al mismo tiempo, el gobierno al haber llegado al poder con frágiles bases de apoyo partidista dentro del PAN y como resultado de una movilización popular que tenía como agenda algo más que la simple alternancia, ha sido incapaz de liderar el cambio a más de la falta de oficio político de sus integrantes. Los programas, económico, social y democrático de nación, aventurados y prometidos durante la candidatura, no han tenido asidero, en tanto la falta de oficio político ha suscitado reyertas entre los partidos políticos y dentro del que gobierna y ha imposibilitado los acuerdos nacionales más importantes y su operación. Como ejemplos tenemos la ansiada reforma fiscal equitativa, así como la energética que posiblemente incrementaría los recursos del Estado para impulsar el crecimiento económico. La estrategia económica ha dependido del mercado interno con poca capacidad para abatir el desempleo y la pobreza de 60% de la población del país. En este contexto, la migración de mexicanos a Estados Unidos es la segunda fuente para sostener el consumo y la economía (la primera es el petróleo). Estas anomalías pueden interpretarse como la falta de destreza del gobierno de Vicente Fox para impulsar al país: nuestra economía se vuelve cada vez más dependiente de la estadounidense y padecemos de manera directa y magnificada la recesión de ese país del norte. En estas condiciones no sólo parece multiplicarse el empleo informal, sino también el narcotráfico, las redes del crimen organizado, y el uso de las drogas y la violencia social que estos fenómenos conllevan.

En este escenario, las mujeres asumen dobles y triples jornadas de trabajo mientras la agenda de sus prioridades parece no encontrar cabida en los programas de gobierno, como el tratamiento de la violencia social, familiar y personal que enfrentan. Según los datos de la agencia de noticias Comunicación e Información de la

Mujer, A. C. (CIMAC) en septiembre de 2003, la migración femenina había aumentado en 7%, y en 24% de los hogares con jefaturas femeninas las mujeres habrían tenido que buscar otros recursos para mantener a sus hijos (y a veces también a sus padres) (www.cimacnoticias.com/noticias, consultado el 3 de septiembre de 2003). Activistas e investigadoras en los temas de salud entrevistadas por el periódico *La Jornada* consideran que el Estado mexicano ha pasado de su obligación de otorgar servicios de salud a las ciudadanas mexicanas al asistencialismo y a la escasez permanente de medicamentos básicos. Esto afecta principalmente a las mujeres puesto que todavía son ellas las principales responsables de la salud de la familia. En conjunto también han desminuido los recursos destinados a la atención femenina y señalan que “a diario mueren 4 mujeres por causas relacionadas con el embarazo, 11 por cáncer cervicouterino, nueve por cáncer de mama y cada año fallecen 1 500 más por abortos mal practicados. Anualmente se presentan alrededor de 500 000 embarazos en mujeres menores de 20 años lo que equivale a 25% del total de los que se registran en el país” (www.jornada.unam.mx, consultado el 2 de noviembre de 2002).

El programa de planificación familiar del gobierno federal ha perdido impulso y el desabasto de anticonceptivos es cada vez más frecuente. Según una investigación realizada por CIMAC (www.cimacnoticias.com/noticias, consultado el 3 de junio de 2003) se calcula que el Instituto Mexicano del Seguro Social, institución que atiende a 60% de los 26 millones de mujeres en edad reproductiva, logra satisfacer las demandas de apenas 3%. “En entrevista, el coordinador del proyecto de la misma organización Rosalío Rangel, aseguró que los avances logrados en materia de población están en riesgo con la política foxista que promueve la abstinencia y permite la incidencia de la jerarquía católica en esta materia” (www.cimacnoticias.com/noticias, consultado el 3 de junio de 2003). El presidente Fox, en el segundo informe de gobierno, admitió que de los 26 millones de mujeres sólo 10 millones usan anticonceptivos (www.jornada.unam.mx, consultado el 2 de noviembre de 2002).

En 2002, durante la reunión de legisladoras de la Comisión de Equidad y Género de la Cámara de Diputados, la entonces directora general de Salud Reproductiva del gobierno, Lourdes Quintanilla, explicó que del presupuesto destinado a la Secretaría de

Salud (ssa) para la atención de los problemas de las mujeres, la Secretaría de Hacienda (shcp) entregó sólo 3% en el primer semestre del año y el restante 97% en el segundo; además “con una serie de candados”, lo que ocasionó el subejercicio del presupuesto. El programa Mujer y Salud de la ssa, sufrió un recorte de 9 864 000 pesos, de un total de 80 747 100 pesos presupuestados.

Durante la comparecencia del secretario de Salud con motivo del segundo informe de gobierno destacó la ausencia de cifras sobre el aborto, y el silencio de los partidos políticos sobre el tema es debido a que pocos se atreven a hacer frente al conservadurismo imperante en esta administración. Se habla de un subregistro de 75% en las cifras de aborto (www.jornada.unam.mx, el 2 de noviembre de 2002).

De manera más abierta, la fuerza del conservadurismo también puede medirse por el hecho de que el PAN busca activamente prohibir con carácter nacional la provisión sobre servicios de aborto bajo ciertas circunstancias consideradas por la ley mexicana. Adicionalmente, este partido busca revertir la decisión de la Suprema Corte de Justicia de ratificar las reformas en materia de la ley de aborto en la ciudad de México, introducidas en 2000 durante la administración de Rosario Robles: la llamada Ley Robles.

Contrariamente a esta reglamentación, integrantes de los poderes de gobierno han favorecido de manera discrecional acciones en contra del aborto inducido. Sin aviso ni discusión alguna diputados de derecha otorgaron alrededor de 30 000 000 de pesos del erario a la organización Provida¹ que se postula como defensora de la vida y niega que el aborto inducido en condiciones riesgosas sea un problema de salud pública para miles de mujeres en el país. Sus campañas contravienen la Constitución al negar el derecho de abortar no sólo en casos de violación, riesgo de muerte de la madre o malformaciones genéticas, sino también evidenciaron un nuevo escándalo por manejo irregular de fondos. Muy sonado fue el caso “Paulina”, una joven de 13 años que después de violada fue presionada por las autoridades eclesiásticas del norte del país para

¹ Organización que se ha visto envuelta en el escándalo tras descubrirse serias irregularidades en la asignación y uso de dichos recursos, y cuyo dirigente, Jorge Serrano Limón, está siendo ahora procesado judicialmente.

evitar que ejerciera su derecho de abortar, convenciéndola de seguir con su embarazo.

Entre los temas más preocupantes que afectan el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos de las mujeres se encuentra el llamado feminicidio (asesinato de mujeres que acontece en condiciones de expreso desprecio hacia el cuerpo y vida de las víctimas, aun después de haber sido asesinadas). Este fenómeno, que comenzó en Ciudad Juárez y se ha extendido al resto del territorio nacional en poco tiempo, capta la atención de instancias internacionales como Amnistía Internacional, Derechos Humanos y de la ciudadanía en general. Sin embargo, las respuestas de las autoridades estatales y federales para hacer investigaciones serias y dar solución a este flagelo siguen siendo escasas, débiles e infructuosas. De 1993 a la fecha se han encontrado en Ciudad Juárez 284 cadáveres y existen aproximadamente 450 casos de mujeres desaparecidas (cifras que se incrementan diariamente). En 2001 se extendió el terror a la vecina ciudad de Chihuahua, capital del estado, donde se han encontrado ocho mujeres muertas. Es evidente que después de 11 años de crímenes de mujeres en el norte del país con características semejantes, no puede pensarse más que en falta de voluntad política para resolver estos asesinatos, la incapacidad de los gobiernos y la franca debilidad del Estado, situación capitalizada por el crimen organizado, los grupos facciosos, ciertas autoridades coludidas con ellos e intereses de fuertes capitales. Sin duda esta explicación no parece extrema cuando grupos de investigación y acción han elaborado propuestas viables financiera, jurídica y judicialmente, como son el Plan Alternativo que propone una reingeniería de Estado para crear una instancia única que dé seguimiento criminalístico a los homicidios,² pero sin encontrar respuesta del Estado.

² Yllán Cordero Bárbara, Lucía Melgar, Sergio González, Isabel Vericat, Adriana Ortiz-Ortega y Marisa Belausteguigoitia, Plan Alternativo, México, D. F., Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM) y Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), mimeo., 2004.

FILIPINAS. DEL *SANAS* AL *DAPIT*. NEGOCIANDO LA AUTORIZACIÓN
EN LAS DECISIONES REPRODUCTIVAS EN LAS FILIPINAS

El gobierno filipino, bajo la presidencia de una mujer, Gloria Macapagal Arroyo, se ha adherido a las políticas del Estado neoliberal estadounidense con Bush a la cabeza. El recorte y eliminación de subsidios en el gasto social han puesto al borde del colapso la salud en ese país, muy especialmente para las familias pobres que tienen que enfrentar grandes deficiencias en los hospitales públicos. La ausencia de camas por enfermo, medicamentos y tecnología ha puesto en riesgo la salud de muchas mujeres y prácticamente desaparecido programas específicos para su salud sexual y reproductiva. Baste mencionar los recortes a la inversión en salud que el actual gobierno ha realizado. De 14.5 billones de pesos filipinos en 2002 a 12.9 billones en 2004. Esta cifra sólo representa 5.2% del gasto social y 1.5% del presupuesto del país, lo cual significa que cada filipino tiene derecho a menos de un centavo de dólar diariamente.

Aunque en su discurso Macapagal Arroyo reconoce la importancia que tiene promover los derechos reproductivos y el apoderamiento de las mujeres a través de la erradicación de la pobreza, en los hechos no es así. El gobierno prefiere gastar 1.48 billones de pesos filipinos (120 000 000 diarios) por el servicio de la deuda y la defensa, mientras que sólo aporta 0.43 de pesos filipinos para las necesidades de salud de cada filipino. Por otro lado, la amenaza estadounidense de suspender la ayuda económica a aquellos países en los que se auspicie el aborto inducido o se gaste en anticoncepción han obligado al sistema de salud filipino a imponer el método del ritmo como la mejor y casi única posibilidad de control natal. Tales decisiones son bienvenidas por la Iglesia católica que mantiene fuerte control sobre las prácticas sexuales y reproductivas de sus fieles y se atribuye el derecho a decidir la planificación familiar.

Desgraciadamente el gobierno de la presidenta Macapagal Arroyo ha hecho causa común con estas ideas reaccionarias y desalienta el uso de otros métodos anticonceptivos, excepto el ritmo, catalogándolo como el mejor en tanto supone propiciar el acercamiento entre las parejas, porque incluye a los hombres en la decisión de la fecundidad, a sabiendas de que en las sociedades patriarcales como

Filipinas esta práctica recae fundamentalmente en las mujeres. Llama la atención las contradictorias declaraciones y prácticas del gobierno: mientras justifica la pobreza de los filipinos en razón de la explosión demográfica, desalienta los programas de planificación familiar seguros y responsables.

A pesar del deterioro económico y del abandono gubernamental de los programas de salud dirigidos a las mujeres, las redes de organizaciones femeninas no se han desalentado; por el contrario responden activamente a estos desafíos: continúan su lucha a través del cabildeo en los ámbitos parlamentarios, creando formas de intervención, y de educación y organizando la salud reproductiva. Los grupos de mujeres impulsan propuestas de ley que buscan mejorar la salud en general —y específicamente la de las mujeres— aunque no siempre encuentran eco en el gobierno, o bien son rechazadas por la Iglesia que sabiendo de su poder de convencimiento entre los fieles, confronta de manera pública los métodos de planificación familiar que no coinciden con sus creencias. La Iglesia reclama que tales programas y propagandas en favor de la salud sexual y reproductiva sólo incrementa la promiscuidad y el aborto inducido, y provoca mayor número de infectados de VIH-sida.

NIGERIA. LA SEXUALIDAD Y FERTILIDAD DE LAS MUJERES EN NIGERIA

Después de 16 años ininterrumpidos de gobiernos militares, el 29 de mayo de 1999 Nigeria reinicia un gobierno civil presidido por Olusegun Obasanjo. A pesar de los esfuerzos que esta nueva administración ha realizado en contra de la pobreza y la corrupción engendradas en 29 años de militarismo, los cambios no han prosperado en la medida de los requerimientos de la población. El gobierno democrático no se ha consolidado y con ello las políticas de descentralización, el reconocimiento de gobiernos locales, la instauración de la autonomía regional, y la secularización del Estado se siguen sosteniendo mediante las armas.

Los esfuerzos por combatir la corrupción han sido infructuosos porque quienes se mantienen en las jerarquías de poder han hecho lo imposible por evitar que la ley anticorrupción los alcan-

ce. Asimismo, los esfuerzos para aliviar la pobreza no se han canalizado hacia las mayorías sino que se han usado para recompensar a los partidos leales al gobierno, de tal manera que males como el robo armado, el tráfico humano, el soborno y la corrupción han aumentado.

Las promesas de incluir a las mujeres en los ámbitos de los gobiernos locales y regionales no han prosperado debido al prolongado rechazo de la mayoría de los estados de nominar a las mujeres para que intervengan en las elecciones federales. Estos puestos se han reservado para los integrantes partidistas leales que no han logrado el registro en gobiernos estatales y locales. Debido a la manipulación de los partidos, a las relaciones patriarcales y al dinero invertido en política, las mujeres están en desventaja frente a los hombres de manera que difícilmente pasan a las elecciones primarias y nunca obtienen ninguna compensación cuando pierden la elección.

A pesar de estar involucradas hoy más que antes en los cambios y decisiones políticas, la discriminación ha empeorado para las mujeres pobres, y no sólo en los estados en los que impera la ley *shaira* (que permite la humillación pública y prácticas de asesinato legitimado de mujeres que han contravenido los códigos sexuales imperantes). Sólo las presiones de otras regiones del país o las de carácter internacional han prevenido que en estados como Katsina y Zamfara lapiden hasta la muerte a mujeres solteras embarazadas o en periodo de lactancia.

El sistema patriarcal poco ha cambiado en Nigeria y continúa dominando el poder y los valores masculinos. Por ello, parte de los hallazgos de esta investigación muestran que en contraste con los hombres de más edad que tenían menos injerencia en el control de las decisiones reproductivas de las mujeres, las generaciones de hombres jóvenes son más firmes y asumen que es su derecho tomar estas decisiones y mantener el control sobre sus esposas, aunque contradictoriamente defienden a sus hermanas del sometimiento a sus maridos.

Dentro de este esquema social que ha sostenido el poder masculino las propias mujeres con cargos jerarquizados no han desarrollado ninguna postura respecto a la inequidad de género. En enero de 2004, Dorothy Nsa-Eyambam-Idem, quien es la juez superior del estado de Cross River, ordenó a todas las magistradas de su estado

casarse dentro de los dos años siguientes o quedarían fuera de este servicio gubernamental.

Por otra parte, el estatus social de las personas ha pasado del valor y tamaño de la familia hacia la propiedad de bienes materiales. Las consecuencias han sido el incremento del individualismo y de los delitos económicos, así como la mayor explotación de las mujeres en los círculos familiares, la reducción del gasto para el desarrollo de las niñas y la exigencia de que éstas reditúen tales “inversiones” en el menor tiempo posible.

En varios estados de la federación de Nigeria se han desarrollado políticas en favor de las mujeres, como considerar la salud de la reproducción adolescente, el control sobre la diseminación del VIH-sida, los derechos de los niños, así como penalizar el tráfico de niñas, la mutilación genital, los ritos deshumanizados contra la viudas y el matrimonio infantil, además de haber creado leyes como la de la herencia femenina. Otras acciones favorables impulsadas por las ONG locales son la insistencia, que ya ha hecho suya el Ministerio de Salud, de adoptar un currículo nacional sobre educación sexual en el sistema escolarizado y que se espera responda a las necesidades de información de los niños y las niñas.

En este contexto, el acceso de las mujeres a la salud sexual y reproductiva no ha mejorado en todos estos años y el índice de mortalidad materna e infantil se mantiene muy elevado. En el primer caso, mueren 100 mujeres por cada 1 000 nacidos vivos, y en el segundo, 75 niños por cada 1 000 nacidos. En el año 2001, 5.8% de la población total estaba contagiada de VIH y 50% de ese porcentaje eran mujeres.

Por ahora la sociedad civil y el movimiento de mujeres se han centrado en exigir al gobierno los instrumentos y reglamentaciones para operar tales leyes y políticas, y en revisar aquellas que requieren transformación.

EL SUR DENTRO DEL NORTE. ELECCIÓN REPRODUCTIVA EN TRES COMUNIDADES DE ESTADOS UNIDOS

A la mitad de los años noventa cuando fue publicada la edición en inglés de este libro, Estados Unidos estaba gobernado por Bill

Clinton que representaba un régimen neoliberal, si bien situado en una perspectiva unipolar posterior a la guerra fría que veía la posibilidad de construir un liderazgo asociado con el capitalismo hegemónico y el libre mercado, pero abierto al multilateralismo y a las políticas sociales liberales. Esta administración también reconocía los esfuerzos de los movimientos femeninos por la igualdad y sostenía los compromisos con los programas de El Cairo respecto al desarrollo de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres y las niñas.

Con la elección presidencial del año 2000 y la reelección posterior en 2004, tanto el nuevo congreso como el presidente George Bush se aventuraron en un régimen republicano profundamente ligado a la derecha cristiana evangélica, así como a los sectores corporativos del petróleo y la energía, ciertamente comprometidos con el unilateralismo en política internacional y el conservadurismo en todos los temas sociales.

En otras palabras, mientras que tanto la administración de Clinton como la de Bush habían asumido la dominación estadounidense en el contexto del capitalismo global, ahora las políticas de Estados Unidos variaban dramáticamente hacia la derecha. Los sucesos del 11 de septiembre de 2001 sólo incrementaron las tendencias neoconservadoras y fundamentalistas de la administración de Bush. De tal forma, que la política exterior ha significado un compromiso intenso con el militarismo que se sostiene en la idea de la “agresión preventiva” y una interminable guerra contra el terror; todo en el nombre del dios cristiano y del derecho predominante de Estados Unidos sobre las cosas.

La administración actual se ha arrogado el derecho no sólo de imponer sus condiciones económicas y militares en el mundo, sino también su visión retardataria y moralista respecto de la reproducción y la sexualidad. De esta manera, ha bloqueado distintos compromisos internacionales respecto de estos derechos y cancelado arbitrariamente emolumentos y programas nacionales e internacionales que aliviaban las condiciones de vida de poblaciones marginales de mujeres, adolescentes y niñas en este país y en el mundo.

Una de las medidas más arbitrarias fue la reinstauración de la Regla de Obstrucción Global, más conocida como “Ley Mordaza”, mordaza a nivel global, ya planteada por el gobierno de Reagan,

que obliga a que las organizaciones no gubernamentales que reciben fondos a través de la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (USAID) a abstenerse de brindar a las mujeres información sobre la opción del aborto legal y sobre dónde pueden obtener servicios de aborto seguro. Esta provisión se aplica a todos los países receptores de ayuda de la USAID y se extiende al punto de señalar que las organizaciones apoyadas ni siquiera pueden utilizar sus propios fondos para esos fines. Adicionalmente, esos grupos no pueden participar en ningún debate público o diseminar información alguna acerca de los riesgos de salud asociados al aborto inseguro; tampoco manifestar apoyo a leyes vigentes que apoyan el aborto o proveer servicios de aborto con otros fondos, aunque no provengan de Estados Unidos.

Pero en agosto de 2003 el presidente Bush fue más lejos al ampliar la Regla de Obstrucción Global a las ONG extranjeras que obtienen dinero a través del Departamento de Estado de Estados Unidos, impidiendo que estas asociaciones civiles atendieran a mujeres migrantes y desplazadas de guerra que se han visto en la necesidad de abandonar sus lugares de residencia por las revueltas sociales. Esta política también atenta contra la libre expresión que impide que los profesionales de la salud busquen recursos para dar mejor atención a las mujeres en condiciones de riesgo y vulnerabilidad social. Es importante señalar que aunque el Congreso buscó la excepcionalidad en la aplicación de esta regla y se amparó en la ley final de asignaciones, el gobierno de Bush respondió amenazando con vetar la legislación si dicha disposición se mantenía.

El fortalecimiento de la presidencia de Bush a partir de la guerra con Iraq y de las presiones de consorcios y monopolios económicos de origen estadounidense le han preparado el campo para bloquear, sabotear y desaparecer programas internacionales que significaban una esperanza para las mujeres, adolescentes y niñas en el mundo. Las justificaciones para tales decisiones son que dichos programas atentan contra la vida y la integridad de la familia como el bastión de la moralidad puritana.

En la Quinta Conferencia sobre Población de Asia y el Pacífico, en 2002, la delegación estadounidense presentó una agenda que descartaba las necesidades de salud de las mujeres y las niñas por encima de las objeciones de todos los demás países presentes, adu-

ciendo que sus argumentaciones promovían el aborto. Se aferró a una política de exclusiva abstinencia tratando de eliminar todo discurso que mencionara el “uso consistente del condón” como método viable para prevenir la infección por VIH-sida, pero afortunadamente fue derrotado. Esta posición contravenía directamente los acuerdos establecidos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994.

Otro ejemplo del aislamiento desde el cual opera el gobierno de Bush tuvo lugar en una reunión de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU realizada en Ginebra en abril de 2003. Estados Unidos se quedó solo al oponerse a una resolución que urgía a los países a comprometerse con el derecho universal en los más altos perfiles alcanzables de salud física y mental. La resolución llama a las naciones a aumentar sus esfuerzos para eliminar la discriminación en los cuidados de salud, prevenir la violencia, promover la salud sexual y reproductiva, adoptar medidas orientadas a proteger el derecho fundamental a la salud de sus ciudadanos, así como ayudar a los países en desarrollo a alcanzar los más altos índices de salud. De los 43 países que votaron, Estados Unidos fue el único que lo hizo en contra de la resolución. Asimismo, aliado con Irán, Iraq, Libia, Sudán, Siria y el Vaticano, Estados Unidos intentó oponerse al consenso de las naciones en la necesidad de educación de calidad sobre la sexualidad durante la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones a Favor de la Infancia en 2002. El oportunismo y las contradicciones de esta administración son flagrantes en tanto que se alía con estos estados conservadores para imponer la agenda ideológica conservadora que le es funcional al desarrollo económico de su gobierno. Cabe destacar que parte importante de la nueva estrategia unilateral de Estados Unidos encabezada por Condoleezza Rice incluye el violentar la soberanía de algunos advirtiéndolos como los enemigos del mundo y sancionando acuerdos entre estos países y el intercambio mundial.

Ahora bien, las estrategias no sólo se han dirigido a disuadir o directamente rechazar los distintos programas que no coinciden con su nueva visión: para evitar debates que echen por tierra sus propuestas ideológicas y económicas el gobierno estadounidense ha tomado acciones menos expuestas y más contundentes. Ha disminuido o negado aportaciones económicas a organizaciones mun-

diales como el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) que sostiene el programa de planificación familiar de mayores alcances en los países menos desarrollados. En 2002 el Congreso estadounidense aprobó 34 000 000 de dólares para esta instancia; sin embargo, el gobierno se rehusó a entregarlos argumentando que el UNFPA apoyaba el aborto en China. A pesar de que se confirmó que estas acusaciones eran infundadas, en 2003 las nuevas asignaciones aceptadas por el Congreso también fueron bloqueadas y se espera que para 2004 estos recursos se encaucen a otros rubros, diversos de los servicios planeados para maternidad segura, anticonceptivos, reparación de fístulas y prevención de VIH-sida.

También la administración Bush ha congelado 3 000 000 de dólares en financiamiento para el Programa de Reproducción Humana de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que conduce investigaciones sobre la calidad de la prestación de los servicios de planificación familiar en China. En respuesta, nueve miembros del Congreso enviaron una carta al entonces secretario de Estado, Colin Powell, solicitándole una explicación y expresando su temor de que se tratara de un paso más en el esfuerzo por privar de financiamiento a cualquier organización internacional que brinde servicios de salud reproductiva a mujeres.

Estos aspectos han derivado en abierta determinación para echar atrás las pequeñas ganancias que las mujeres consiguieron en los años noventa respecto de la salud y derechos reproductivos, y las difíciles negociaciones con otras administraciones que se habían comprometido económica, jurídica y socialmente a combatir las condiciones de inequidad de las mujeres.

Es posible afirmar entonces que en el escenario de principios del siglo XXI, Estados Unidos no sólo ha dejado de ser un bastión de promoción de políticas de planificación familiar, sino el asidero de posturas conservadoras que buscan detener cualquier avance en el campo de los derechos sexuales y reproductivos.

Adriana Ortiz-Ortega y Marta Rivas Zivy
Mayo de 2005

I. INTRODUCCIÓN

ROSALIND P. PETCHESKY*

LOS ORÍGENES Y EL CONTEXTO GLOBAL DEL IRRRAG

Al viajar a los “mundos” de otras personas, descubrimos que existen “mundos” en los que, quienes son víctimas de una percepción arrogante, son en realidad sujetos, seres vigorosos, agentes de resistencia, constructores de visiones, aunque en la construcción predominante estén animados sólo por la mirada arrogante que los hace maleables..., clasificables. (Lugones, 1990.)

El Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos (IRRRAG, por sus siglas en inglés) surgió de la premisa de que mientras no conozcamos más sobre los contextos locales y las maneras de pensar mediante las cuales las mujeres negocian los asuntos relativos a la salud reproductiva y la sexualidad en su vida diaria, no podemos suponer que los derechos sexuales y reproductivos sean una meta que ellas persigan y, por lo tanto, que sean derechos aplicables universalmente. Tampoco podemos saber cómo un concepto de derechos sexuales y reproductivos puede adquirir diferentes significados para las mujeres según su edad, su lugar en el ciclo de vida, estado civil, condiciones económicas, identidad étnica y religiosa, u otras circunstancias sociales. Para aterrizar este concep-

* Agradezco la lectura y útiles comentarios a esta introducción de Marge Berer, Zillah Eisenstein, Rayna Rapp, al grupo egipcio del IRRRAG, a Rashidah Abdullah del grupo de Malasia, a Adriana Ortiz-Ortega del grupo de México, a las participantes en la reunión del IRRRAG que se realizó en México en mayo de 1996, y a Mercy Fabros del grupo de Filipinas, quienes contribuyeron en mucho a dar forma a los fundamentos del marco conceptual del IRRRAG y a su formulación en este capítulo.

to, ubicado en el plano del principio abstracto, es preciso fundamentarlo en testimonios directos sobre las relaciones y restricciones cotidianas mediante las cuales las mujeres participan en negociaciones reproductivas y sexuales en una variedad de países y culturas.

Quienes participamos en este proyecto —un@s como investigador@s, otros como trabajadores en el área de la salud, todos como activistas feministas de algún tipo— nos hemos interesado por los trabajos que giran alrededor de una variedad de temas sobre salud sexual y reproductiva en nuestros países de origen.¹ Fue por estas experiencias en nuestros contextos locales, así como en debates nacionales e internacionales, que nos convencimos de que era tanto histórica como políticamente urgente y pertinente observar los diversos significados de los derechos reproductivos a partir de realidades muy concretas. Tod@s nosotr@s suscribimos una visión de los derechos humanos arraigada en el concepto de *ciudadanía cultural*, así como el mandato de escuchar *las voces de las mujeres* para construir una definición cultural y situacionalmente apropiada de lo que los derechos reproductivos y sexuales debieran comprender (Benmayor, Torruellas y Juarbe, 1992). Es importante tomar en cuenta las perspectivas de las mujeres que por lo general no son parte de estos debates, no sólo para generar políticas y programas más útiles, sino también para expandir nuestras propias percepciones y desarrollar nuestras capacidades organizativas.²

¹ Son muchas las definiciones del término “feminista” y muchas las variedades de la práctica feminista. Para propósitos de consistencia y claridad, en este libro y en el proyecto del IRRRAG hemos acordado la siguiente definición de feminismo: “Una preocupación teórica y práctica acerca de las condiciones de las mujeres, y el compromiso para transformar la opresión de género en relación con los sistemas de dominación que dividen a las mujeres por clase, raza, etnia, región, nacionalidad, religión, orientación sexual y edad.” Esta definición implica el cuestionamiento de todas las relaciones jerárquicas y de poder, incluyendo las que se encuentran en proceso de investigación, y el compromiso general por alcanzar justicia social en todo el mundo. También implica el reconocimiento de que los movimientos de mujeres, dirigidos en diversos ámbitos y aspectos hacia la acción política de las mujeres no siempre se autodefinen feministas, y en este sentido que los significados aceptados de *feminismo* en nuestros diferentes contextos nacionales y culturales pueden variar. Para una perspectiva general sobre estas variaciones véase Basu, 1995, en especial la introducción y los capítulos sobre Brasil, Nigeria y Filipinas.

² En este texto a menudo nos referimos a las *mujeres populares* para indicar que el foco de investigación del IRRRAG no son las de clase alta sino aquellas que por lo

Establecido en 1992, el IRRRAG surgió en un contexto en el que los movimientos y las redes feministas en favor de la salud y los derechos de las mujeres habían dado, tiempo atrás, impulso vital al cambio social y legislativo, tanto en los países y regiones del sur como en los del norte. A principios de los años ochenta, estos movimientos ya habían logrado impactar crucialmente en los debates sobre el crecimiento poblacional y las tasas de fecundidad. De manera notable, la perspectiva de las activistas por la salud de la mujeres (basada en años de experiencia práctica en su afán de ofrecer educación popular y servicios alternativos) desafió los supuestos demográficos que atribuyen la pobreza y la degradación del medio ambiente a las altas tasas de fecundidad de las mujeres, y a su vez, dichas tasas de fecundidad a la ausencia de información o de métodos anticonceptivos. Si bien es cierto que las mujeres de todos los países buscan métodos seguros y efectivos para la anticoncepción y el aborto, también ambicionan condiciones salubres para la procreación, el ejercicio de su sexualidad libre de violencia y enfermedades, el acceso seguro a la alimentación, la capacitación e ingresos propios, así como dignidad y respeto como receptoras de servicios y como seres humanos.

Los programas dirigidos al control del crecimiento poblacional no toman en cuenta las percepciones de las mujeres sobre sus propias necesidades de salud ni la forma en que estas necesidades embonan dentro de un conjunto más amplio de aspiraciones de empoderamiento social y económico (Batliwala, 1994). Muy a menudo estos programas —conducidos valiéndose de la mano dura y de la coerción, y sin proporcionar la información y la asesoría necesarias— topan con la resistencia de las propias mujeres, quienes se retiran, dejan de utilizar los métodos, y en algunos casos organizan enérgicos movimientos en contra de ciertas tecnologías que perciben dañinas para su salud (véase Barroso y Corrêa, 1995; Dixon-Mueller, 1993; Hartmann, 1995; Ravindran, 1993 y 1996; *Reproductive Health Matters*, 1993-1997; Women's Global Network

general tienen bajos ingresos y que pueden ser de origen urbano o rural, de edades, grupos étnicos, situaciones maritales y ocupaciones diversas; algunas participan en grupos comunitarios locales y hay otras cuyos puntos de referencia son principalmente sus familias.

for Reproductive Rights, 1990-1997). En muchos países las feministas activas en temas de salud también se han opuesto a los programas de población y planificación familiar aduciendo bases éticas y políticas; arguyen que el fracaso de tales programas al tratar la salud y bienestar de la mujer como fines en sí mismos (al considerarlos más bien como medios para reducir o aumentar las cifras) y su menosprecio por ellas como seres capaces de tomar decisiones relativas a su reproducción constituyen violaciones a sus derechos humanos.³

Aunque el origen del término “derechos reproductivos” se remonta a los movimientos que surgieron inicialmente en Estados Unidos, Canadá y Europa, algunos movimientos similares —si bien con sus propias especificidades— en favor de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres se formaron rápidamente en Latinoamérica y el Caribe, Asia y África durante la primera mitad de los ochenta.⁴ García-Moreno y Claro (1994: 48) observan que mien-

³ Numerosas críticas feministas sobre las teorías neomalthusianas de población han sido publicadas durante los años noventa; véase por ejemplo, Bandarage, 1997; Batliwala, 1994; Corrêa, 1994; Dixon-Mueller, 1993; Greenhalgh, 1996; Hartman, 1995; Pitanguy y Petchesky, 1993, y Sen, Germain y Chen, 1994.

⁴ En EU, el Comité pro los Derechos en pro del Aborto y en Contra del Abuso de la Esterilización (CARASA, por sus siglas en inglés) se formó en 1977 y la Red Nacional de Derechos Reproductivos (R2N2) en 1978. En Europa, la Campaña Internacional pro Derecho al Aborto, la cual se convirtió en la Campaña Internacional sobre el Aborto, la Esterilización y la Anticoncepción (ICASC, por sus siglas en inglés) también fue fundada en 1978. En 1984, justo antes de la Conferencia sobre Población Mundial de la ciudad de México, con el estímulo de grupos de activistas del sur global, se convirtió en la Red Global de las Mujeres pro Derechos Reproductivos (WGNRR, por sus siglas en inglés), con un mandato más amplio para incidir en todos los temas de salud reproductiva de la mujer, no sólo los que tienen que ver con el control de la fertilidad (véase Petchesky y Weiner, 1990; Corrêa, 1994; y García-Moreno y Claro, 1994.)

Durante los años ochenta y principios de los noventa, se formaron redes y campañas nacionales y regionales alrededor de una amplia variedad de cuestiones relacionadas con los derechos reproductivos y sexuales en América Latina y el Caribe, el sur y sureste de Asia y el Pacífico, y muchos países en África y el Medio Oriente. Entre las organizaciones internacionales que surgieron durante este periodo y adoptaron los derechos reproductivos y sexuales como parte de su agenda destacan: Isis Internacional, ADMN (Alternativas de Desarrollo para la Mujer en la Nueva Era), la Red de la Salud de la Mujer de América Latina y el Caribe, la Red Regional de la Salud y la Mujer del Este y Sudeste de Asia-Pacífico, las Mujeres en la Ley y el Desarrollo y la Sociedad para la Mujer y el sida en África, y la Red de Mujeres que viven bajo Leyes Musulmanas.

tras los principios en que se arraiga la noción de derechos reproductivos y sexuales son a menudo etiquetados como un producto derivado de la cultura occidental, este punto de vista distorsiona tanto la historia como las variedades y las raíces locales de los movimientos feministas: “Mientras que las ideas occidentales han jugado su papel, las mujeres de los países del sur han generado sus propios análisis, organizaciones y movimientos, con y sin la exposición a las ideas de Occidente; además se ha dado una interacción considerable y fructífera en cuanto al intercambio de ideas tanto entre países como entre continentes”. Los movimientos de mujeres y los de homosexuales y lesbianas en aquellos países donde la Iglesia católica es poderosa —como en Filipinas, Brasil y México— han luchado para legalizar el aborto, para reducir la mortalidad materna y para impartir educación sobre sexo seguro y el uso del condón. En Bangladesh las organizaciones de mujeres han hecho públicos los brutales ataques en contra de las acusadas por los tribunales religiosos islámicos de transgredir las normas sexuales (Amin y Hossain, 1995). En África y el Medio Oriente las campañas de varios grupos de mujeres contra la mutilación genital femenina (MGF) se han enfocado tanto al procedimiento que provoca la supresión del placer sexual de las mujeres, como a los altos riesgos que éste ocasiona a su salud (Toubia, 1995; Tambiah, 1995).⁵ En Estados Unidos las organizaciones de mujeres de color, al igual que los grupos de mujeres en India, se han opuesto vigorosamente al abuso de la esterilización y a la promoción forzada o no consentida de los anticonceptivos de acción prolongada que llevan a cabo los programas de planificación familiar (Fried, 1990; Haithi, 1996; Srinivas y Kanakamala, 1992; United States Women of Color Delegation, 1994).

Estas campañas prácticas, así como las reconceptualizaciones teóricas, alimentaron la fuerza de las coaliciones de mujeres en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena en 1993,

⁵ La mutilación genital femenina (MGF), que incluye la eliminación de partes o todos los genitales femeninos externos, puede ser causa de trauma físico y psicológico duradero, dolor durante las relaciones sexuales, y severas complicaciones durante el alumbramiento (para una perspectiva general más amplia véase Toubia, 1995).

la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (FWCW) de Pekín en 1995. Con la representación de mujeres de los hemisferios Sur y Norte, esas coaliciones trabajaron para reemplazar el antiguo discurso de población y planificación familiar por un concepto amplio de salud y derechos reproductivos y sexuales, que vincula la libertad sexual y reproductiva con los derechos humanos de las mujeres.⁶ En el centro de ese concepto impera un principio que todavía a mediados de los años ochenta era generalmente considerado inaceptable, si no es que impensable en casi todos los países y sistemas políticos: que incluso en las áreas más íntimas de la familia, como la vida procreativa y sexual, los derechos humanos de las mujeres a la autodeterminación y la igualdad deberían prevalecer. Este principio, y el éxito de los movimientos de las mujeres en su lucha por ganar reconocimiento internacional al respecto, están materializados en un histórico párrafo que adoptaron los delegados gubernamentales asistentes a Pekín:

Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a tener control sobre y a decidir libre y responsablemente en asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia. Las relaciones igualitarias entre mujeres y hombres en lo que se refiere a las relaciones sexuales y la reproducción, que incluyen el respeto total a la integridad de la persona, requieren respeto mutuo, consentimiento y res-

⁶ Tanto el programa de Acción de CIPD (párrafo 7.2) como la Declaración y Plataforma de Acción de Pekín (párrafo 95) definen los *derechos reproductivos* como “[basados] en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas y los individuos a decidir libre y responsablemente el número, espaciamiento y tiempo de sus hijos y a tener la información y los medios para hacerlo, y el derecho de alcanzar el estándar más alto de salud reproductiva y sexual. También incluye su derecho a tomar decisiones relacionadas con la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia, como se expresa en los documentos de derechos humanos”. Para información más completa sobre los esfuerzos organizados de las mujeres para incidir en las conferencias, véase Boland, 1977; Centro para el Liderazgo Global de la Mujer, 1995; Copelon y Petchesky, 1995; ADMN, 1995; Germain y Kyte, 1995; Hartman, 1994; Hogson y Watkins, 1997; Petchesky, 1997 y 2004, de próxima aparición; y Rashidah/ARROW, 1995.

ponsabilidad compartida en relación con el comportamiento sexual y sus consecuencias.⁷

Mientras en los años ochenta y noventa las activistas del sur y las de color del norte afirmaban la importancia crítica del control de las mujeres sobre su fecundidad y su sexualidad, estaban promoviendo un enfoque mucho más amplio. Tal enfoque integra cuestiones como el aborto, la anticoncepción, la procreación y la sexualidad —la política del cuerpo— en un marco más amplio que insiste en “la transformación de las políticas sociales, demográficas y de desarrollo económico del Estado para incorporar los derechos sociales y económicos de las mujeres”. Como expone la plataforma de DAWN (Alternativas de Desarrollo para las Mujeres en una Nueva Era), “la salud reproductiva de las mujeres debe ubicarse en un marco de desarrollo humano más integral que promueva el bienestar de todas las personas y la ciudadanía plena de las mujeres” (Corrêa 1994: 64).⁸ Esto sugiere que el concepto de derechos reproductivos y sexuales debe verse a través de un doble lente, y que sus dimensiones personales y sociales, en lugar de estar en conflicto, son interdependientes.

Por un lado, una doble perspectiva sobre los derechos sexuales y reproductivos retoma la ética feminista en cuanto a la integridad corporal y la noción de persona —ética que permea los documentos de El Cairo y Pekín— y confronta directamente el arsenal moral de los fundamentalistas cristianos e islámicos, entre otros. Dicha ética feminista postula —como los fines y no como los medios de los programas de salud, población y desarrollo— que las mujeres deben estar libres del abuso y violación de sus cuerpos, pero también que deben ser tratadas como personajes centrales, responsables de tomar decisiones sobre su fecundidad y sexualidad. Además, este im-

⁷ Cuarta Conferencia de la Mujer de las Naciones Unidas, Pekín, septiembre de 1995, *Declaración y plataforma para la acción*, párrafo 96, Naciones Unidas, Nueva York.

⁸ Para otros ejemplos de análisis feministas ligados a temas de derechos y salud reproductiva para asuntos de desarrollo y economía global, véase Bandarage, 1997; Comité sobre la Mujer, la Población y el Medio Ambiente, 1994-1997; DAWN, 1995; Kabeer, 1994; Petchesky, 1995a; Sen, 1997, y Delegación de Mujeres de Color de EU, 1994.

perativo se aplica no sólo a los estados y sus agentes, sino a todos los miembros de cada uno de los ámbitos en que opera el poder, incluyendo el hogar, la clínica, el lugar de trabajo, el centro religioso y la comunidad. Por otro lado, esta perspectiva feminista vincula directamente los derechos del cuerpo y la persona a los derechos sociales, económicos y políticos; es decir, a las condiciones propicias para lograr la justicia de género, de clase y de raza (Batliwala, 1994; Corrêa y Petchesky, 1994).

Habiendo alcanzado un éxito teórico considerable al transformar la retórica de las Naciones Unidas, las activistas feministas de todas las regiones del mundo se enfrentan hoy en día al problema de sortear las dificultades que impiden convertir los derechos reproductivos y sexuales en realidades concretas en la vida diaria de las mujeres. Ante este reto, confrontan diversos obstáculos considerables. Primero, debido al creciente auge de los mercados capitalistas hegemónicos y el decreciente papel del Estado, en la mayoría de los países la disponibilidad y la calidad de los servicios de salud pública siguen deteriorándose, lo cual representa una carga que pesa particularmente sobre las mujeres de bajos ingresos. Para que sus derechos reproductivos y sexuales se concreten en la práctica no sólo se requieren leyes y políticas que los respalden (todavía por aprobarse en la mayoría de los países), sino también una transformación profunda de las estructuras económicas nacionales, regionales y globales (Bandarage, 1997; Corrêa, 1994; Desai, 1994; Sen, próxima publicación; Sparr, 1994). Las mujeres no pueden ejercer sus derechos reproductivos y sexuales a título individual si no cuentan con las condiciones propicias para su empoderamiento. Éstas incluyen tanto apoyos materiales e infraestructurales (como transporte confiable, guarderías, empleos y servicios de salud accesibles y adecuados), como el respaldo político y cultural (acceso a la educación, desarrollo de la autoestima y poder político). Para el cumplimiento cabal de dichas condiciones se requiere del reordenamiento de las políticas económicas nacionales e internacionales, que permita al Estado abandonar el pago esclavizante de la deuda y el militarismo en favor de políticas de bienestar social y de servicios básicos de salud (Corrêa y Petchesky, 1994). Sin embargo, las políticas económicas y sociales en los siete países miembros del IRRRAC, que son reflejo de las tendencias globales, conti-

núan moviéndose en dirección opuesta: hacia los programas de ajuste estructural que dictan la reducción y la privatización de los servicios sociales, la preferencia por los intereses empresariales y el capital trasnacional, así como fuertes erogaciones en gastos militares.

Segundo, el resurgimiento de los fundamentalismos en muchos países, que claman por detentar la autoridad máxima sobre la doctrina religiosa y los valores morales, ha cuestionado activamente el reconocimiento de la libertad reproductiva y sexual como un derecho humano básico. Estas corrientes fundamentalistas, sean cristianas, hindúes, islámicas, budistas o judías, refuerzan los puntos de vista patriarcales tradicionales sobre la subordinación “natural” de las mujeres y la supremacía de una forma de familia procreativa y heterosexual dominada por el hombre. A pesar de su fachada religiosa, el impacto y los objetivos de tales movimientos son inconfundiblemente políticos: controlar o influir en el poder del Estado, fortalecer la autoridad de las leyes y cortes religiosas sobre todas las relaciones familiares y sexuales, y reformular las políticas nacionales y las normas internacionales con un tinte conservador. Durante mediados de los años noventa, el Vaticano y otros miembros de estados católicos se aliaron abiertamente con los regímenes islámicos para influir en las conferencias de El Cairo y Pekín —especialmente para oponerse a las nociones de derechos reproductivos y sexuales, de derechos individuales y de diversidad de tipos de familias—. Aunque perdieron la contienda en cuanto al lenguaje que se plasmó en los documentos de las Naciones Unidas, estas fuerzas siguen ejerciendo considerable poder y tienen gran ascendiente sobre los gobiernos, la legislación y la opinión popular en todos los países del proyecto de investigación del IRRRAC, así como en muchos otros (Amin y Hossain, 1995; Católicas por el Derecho a Decidir, 1995; Freedman, 1996; Women’s Against Fundamentalism, 1995).

Finalmente, estos obstáculos económicos y políticos para materializar los derechos reproductivos y sexuales se ven reforzados por las profundas raíces culturales y sociales de la desigualdad de género. La falsa creencia (que data desde Aristóteles) de que las mujeres son seres privados, incapaces de participar, o desinteresados en el debate público, actúa como freno e impide a muchas mu-

jeros de todas las sociedades articular y ejercer sus derechos o exigir a las instancias públicas que los cumplan; es un escollo para que puedan actuar como ciudadanas en defensa de su integridad física y su persona (Peters y Wolper, 1995; Nelson y Chowdhury, 1994). Los derechos reproductivos y sexuales se volverán realidades prácticas para todas las mujeres, cuando estén plenamente integrados en las agendas de la justicia social y los movimientos democráticos. En primera instancia, esto significa que es precisa la movilización de los grupos de mujeres hacia la consolidación de alianzas y acciones que garanticen la creación de mecanismos nacionales e internacionales capaces de poner en vigor el respeto de dichos derechos; en otras palabras, que puedan estimular la voluntad política donde no exista.

En última instancia, la acción política sólo podrá ser efectiva si las masas de mujeres creen en sus derechos y se los apropian. Deben convencerse de que tienen derecho a ser tratadas como agentes que toman decisiones sobre sus propios cuerpos y capacidades reproductivas. Éste es el tipo de aspiraciones y de conciencia de las mujeres que la investigación del IRRRAG buscó abordar.

MARCO CONCEPTUAL

El IRRRAG tomó las herramientas conceptuales centrales, que sirvieron de base para nuestra investigación, de la perspectiva ética feminista descrita con anterioridad, y su insistencia en la vinculación entre los derechos personales y sociales. Sin embargo, pese a su uso extendido desde la conferencia de El Cairo, el concepto de derechos reproductivos no es todavía universalmente aceptado entre los grupos feministas de todo el mundo. Para algunas feministas evoca un marco de referencia sumamente occidentalizado y estrecho, que reduce la reproducción, en el mejor de los casos al control de la fecundidad, y en el peor al tema aislado del aborto; o les presenta un escenario aún más distorsionado, que enmascara el control eugenésico y racista de la población tras “una fachada feminista” (Akhter, 1994; Hartmann, 1994). Para otras, cualquier discurso sobre derechos es sospechoso, si no objetable, ya sea en términos filosóficos y políticos (debido a su asociación con significados

individualistas, privatizados y excluyentes, derivados de las leyes y la ética occidentales), o en términos pragmáticos (aduciendo su ausencia de significado para las mujeres del pueblo). A algunas otras feministas les perturba que se acentúe el aspecto de la reproducción más que el de los derechos, en la medida en que podría reforzar prejuicios ideológicos que reducen a las mujeres a un aspecto de su ser y obstruyen otros, particularmente la sexualidad no procreativa (Pateman, 1988; *WGNRR Newsletter*, 1993).

En la reunión inicial de planeación del IRRRAG en 1992 pronto se hizo evidente que en nuestro grupo persistían dudas similares, lo cual nos exigió una investigación crítica sobre la manera en que utilizábamos el concepto. Para empezar, el concepto de “derechos reproductivos”, al igual que otros términos en inglés, no tienen equivalente en ciertos idiomas nacionales (por ejemplo, no existe una palabra para traducir “reproductivo” al árabe o malayo, y para traducir términos como *empowerment* o *entitlement* al español y portugués, los grupos de mujeres han explorado distintas posibilidades que reflejen sus significados; sin embargo todavía son percibidos por muchos como neologismos inaceptables).⁹ Aunque los grupos de mujeres en algunos de nuestros países habían estado utilizando alguna versión del término en su trabajo de organización y de defensoría durante la década anterior, en otros tenía mucho menos difusión. Las participantes de Nigeria y Filipinas prefirieron usar el discurso de “la salud” o “el bienestar”, términos que consideraron tendrían más resonancia en sus comunidades que el discurso de “los derechos”. Sin embargo otras participantes —en especial de México y Brasil, donde los movimientos de mujeres han asociado la autodeterminación reproductiva con los derechos ciudadanos; y de Estados Unidos, donde los movimientos de derechos civiles de las afroamericanas han alimentado una larga tradición de derechos comunitarios— sostuvieron argumentos igualmente sólidos en favor de mantener la noción de “derechos reproductivos”. Argumentaron que diversos movimientos progresistas alrededor del mundo han abrazado con éxito la agenda de los derechos humanos asociada con las luchas por la justicia y la

⁹ La traducción directa de “derechos reproductivos” en árabe es *al-hoquq al-ingabiah*, lo que significa literalmente “el derecho a dar a luz”.

equidad no sólo de las mujeres, sino de muchos otros grupos oprimidos. Las participantes de Egipto y Malasia observaron que la falta de un equivalente exacto en sus idiomas ha llevado a las feministas e incluso a los funcionarios de los ministerios de salud respectivos a utilizar el término.

Aunque nuestra reunión inicial no resolvió este debate, el proyecto se creó precisamente para darle al concepto de derechos reproductivos una definición más arraigada culturalmente. Decidimos conservarlo hasta saber si los hallazgos de la investigación nos daban razones para descartarlo. Por supuesto, como observa Sonia Corrêa, “la salud” y los “derechos” como estrategias “no son mutuamente excluyentes”; los movimientos de mujeres los han utilizado de manera simultánea tanto en el norte como en el sur:

Las mujeres pueden o no interpretar su decisión [de interrumpir un embarazo] en conexión con las relaciones de género o “derechos”. De la misma manera, la decisión de una mujer representa una búsqueda de equilibrio entre sus necesidades, las de su familia y, a veces, las de su comunidad. Esta decisión —ya sea que la tome sola o en diálogo con personas cercanas— representa un indicador crucial de la autonomía reproductiva de la mujer y su propio derecho a la salud (1994: 69).

A pesar del debate sobre el lenguaje, hubo consenso en que las mujeres deben tener el control sobre si quieren tener hijos, cuándo y con quién, así como sobre su acceso a las condiciones propicias para dicho control. Todas las participantes estuvieron de acuerdo en que para lograr la autodeterminación reproductiva, particularmente en el caso de las mujeres pobres y marginadas, se requeriría realizar cambios fundamentales no sólo en cuanto a la calidad y disponibilidad de los servicios, sino también en las condiciones estructurales y las políticas estatales que sustentan un orden social y económico injusto. Pero las tensiones persistieron respecto al lenguaje y al contenido de la noción “derechos reproductivos”. En 1992 en particular, los miembros de los equipos de algunos países seguían renuentes a reconocer que las libertades de expresión y de orientación sexual son parte integral de la salud y los derechos reproductivos, y que eran un aspecto básico de la investigación que estábamos emprendiendo. Gracias al trabajo de las feministas lesbia-

nas y de los activistas contra el sida, y en vista de la extensión pandémica de esta enfermedad en todo el mundo y su creciente impacto entre las mujeres heterosexuales, el concepto de “derechos sexuales” logró incorporarse en el documento de Pekín. Aunque aún se encuentra en desarrollo, en la actualidad este concepto tiene alta prioridad en la agenda de muchas organizaciones de mujeres y agrupaciones de salud reproductiva, y tanto de sus aspectos positivos como de los negativos (libertad *del* riesgo y el abuso sexual, o libertad *para* experimentar placer sexual) se han apropiado todos los grupos del IRRRAG.

Numerosas publicaciones y estudios bien documentados han explorado en años recientes diversas perspectivas feministas sobre la reproducción, y las han ubicado en el contexto internacional estableciendo una sólida base analítica para una investigación empírica y multicultural posterior.¹⁰ A partir de ello, la investigación

¹⁰ Véase Corrêa, 1994; Dixon-Muller, 1993; Ginsburg y Rapp, 1995; Greenhalgh, 1995; Hartman, 1995; Sen, Germain y Chen, 1994; Sen y Snow, 1994; *Reproductive Health Matters*, 1993-1997; y *WGNRR Newsletter*, 1987-1997. Cuando el IRRRAG comenzó a operar no estábamos conscientes de que existiera algún otro esfuerzo de investigación producto de la colaboración internacional. Subsecuentemente nos ha complacido ver que emergen diversos proyectos organizados mediante arreglos institucionales muy diferentes, pero con similares metas —y en algunos casos acciones— de investigación. Por ejemplo, el PPGSR (Proyecto de Política de Población, Género y Salud Reproductiva, antes conocido como INDRA-HAIN), coordinado en Amsterdam y Manila, abarca a siete países en varias regiones del mundo y ha estado utilizando métodos cualitativos para investigar cuáles son las perspectivas de los usuarios de los diversos tipos de métodos de salud reproductiva y servicios de planificación familiar. El Centro Internacional para la Investigación sobre la Mujer ha coordinado investigaciones en muchos países para conocer desde el punto de vista etnográfico cómo negocian la sexualidad las mujeres en relación con el VIH-sida. El Proyecto de Estudio Internacional de la Salud Familiar de la Mujer ha desarrollado programas de investigación cualitativa en ocho países para enterarse de las necesidades y perspectivas de las mujeres en cuanto a los programas y métodos de planificación familiar. Y diversas redes internacionales existentes —Mujeres que viven bajo las Leyes Musulmanas, la Mujer y la Ley en el Sur de África, ARROW y la RIAIIC (Red de Investigación, Acción e Información sobre la Integridad Corporal, enfocada principalmente a la mutilación genital femenina)— han añadido un componente de investigación sustancial a su trabajo internacional de defensoría. Además, el diario *Reproductive Health* publica un compendio de dos volúmenes por año donde se recopilan algunas investigaciones y análisis similares, generalmente enfocados en países individuales.

del IRRRAG se propuso: *a)* reunir los datos etnográficos básicos, *b)* filtrarlos a través de un lente comparativo y multicultural, y *c)* formular una serie de preguntas específicas relacionadas con la conciencia reproductiva y sexual de las mujeres y sus estrategias para la toma de decisiones. Aunque nuestra investigación planteó muchas preguntas interrelacionadas, fueron dos en particular las que motivaron los estudios en los países: ¿Cómo llegan las mujeres en diferentes países, culturas y generaciones a negociar un sentido de apropiación de derechos en relación con su salud sexual y reproductiva? ¿En qué circunstancias de vida y valiéndose de qué términos, códigos y estrategias comienzan a tomar la responsabilidad sobre sus cuerpos sexual y reproductivamente hablando? Desde un principio, nuestra investigación estaba interesada de manera central en la cuestión de la capacidad de acción moral y política, así como en la formulación y la búsqueda de las mujeres de su sentido de autoridad en la toma de decisiones. Estábamos particularmente interesadas en cómo y cuándo surgen dichos reclamos dentro de la llamada esfera “privada” de la familia y las relaciones sexuales, pero también en su resonancia en dominios más “públicos” —el Estado, la clínica, la institución religiosa y la comunidad— que se convierten en los guardianes locales de la conducta sexual y reproductiva de las mujeres. Más allá de este ámbito micropolítico, también nos interesamos en conocer cuándo actúan las políticas estatales relacionadas con la salud y la población para reforzar las normas tradicionales de subordinación femenina, y cuándo ayudan realmente a dar poder a las mujeres para que enfrenten estas normas.

De esta manera, nuestra investigación se movió constantemente entre dos niveles de la realidad social. Uno el de las *percepciones* —la forma en que las mujeres articulan sus derechos y aspiraciones a la luz tanto de las normas de la comunidad como de sus propias necesidades materiales y emocionales más urgentes (y las de sus hijos)—, otro, el de las *relaciones de poder y las condiciones propicias* —cómo negocian las relaciones con sus padres, esposos y parejas sexuales, el personal médico, las autoridades religiosas y públicas, y cómo lo hacen cuando cuentan con escasos recursos y servicios— para traducir dichas necesidades en reclamos deliberados de derechos o justicia. Una observación que compartieron los estudios de to-

dos los países, basada en los hallazgos de la investigación, es que las mujeres participen en dichas negociaciones como agentes activos y no como víctimas pasivas, aunque las circunstancias y aquellos con más poder puedan vencer sus esfuerzos:

[Las mujeres] han intentado, desde sus posiciones tradicionales como trabajadoras, madres y esposas, no sólo influir en su medio ambiente inmediato, sino también expandir su espacio. Sin embargo, la ideología patriarcal prevaleciente, que promueve los valores de sumisión, sacrificio, obediencia y el sufrimiento silencioso, a menudo debilita esos intentos de las mujeres de afirmarse o de exigir una parte de los recursos disponibles. (Batliwala, 1994: 129-130.)

El objetivo de la investigación del IRRRAG fue descubrir y ampliar las condiciones para que las mujeres superen estas barreras con la finalidad de “enfrentar las relaciones de poder existentes y [...] obtener mayor control sobre las fuentes de poder” (Batliwala, 1994).

En la reunión inaugural del IRRRAG en 1992 aprobamos un conjunto de preguntas generales para enmarcar la investigación, y las organizamos alrededor de cuatro matrices conceptuales: 1) el concepto de “derecho a”; 2) la toma de decisiones reproductivas; 3) la resistencia y la adaptación, y 4) las condiciones económicas, legales políticas y sociales. Sin embargo, en el curso de nuestra investigación no sólo descubrimos que las preguntas se traslapaban, sino que nos dimos cuenta también de que los conceptos sobre los que se basan requerían una deconstrucción y reconstrucción continuas, en la medida en que intentábamos aplicarlos a diferentes contextos y situaciones en el terreno de la práctica. Sólo después de reexaminar estos conceptos en nuestras discusiones colectivas, y de utilizarlos concretamente en nuestro trabajo de campo y en la interpretación de datos durante un periodo de tres años, comenzamos a comprender sus matices y su utilidad para descifrar el discurso y las acciones de las mujeres que entrevistamos.

Reproducción

Virtualmente todos los equipos de cada país —basados en su experiencia en los movimientos locales y regionales— de mujeres por

la salud aportaron al proyecto un punto de vista sobre la reproducción que denotaba una esfera de actividad que rebasaba ampliamente el solo manejo de la fecundidad. Estamos de acuerdo con la idea de que la salud reproductiva incluye no sólo el acceso a anticonceptivos seguros y al cuidado ginecológico y prenatal, sino también a los servicios relacionados con la menarquía y la menopausia; aborto legal y seguro; servicios para prevenir y tratar las infecciones del tracto reproductivo (TTR), VIH-sida; esterilidad y cáncer ginecológico; protección contra la violencia sexual, contra la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales dañinas; información completa y respeto pleno por las capacidades de las mujeres en la toma de decisiones, y acceso a servicios básicos de salud de buena calidad durante todo el ciclo de vida. Más aún, el equipo egipcio nos recordó que la reproducción y la maternidad son funciones sociales y no sólo un derecho o una responsabilidad individuales; y el equipo brasileño, a partir de su investigación entre las trabajadoras domésticas y rurales, continuamente insistió en que la reproducción social incluye actividades que abarcan todo el ciclo de vida de la mujer y no sólo sus llamados años reproductivos.

La percepción de las actividades reproductivas de las mujeres como socialmente determinadas y como trabajo útil, cobró vida en las experiencias de todas aquellas con quienes hablamos en las comunidades que abarca nuestra investigación.¹¹ Se hizo evidente que el vasto espectro de temas agrupados alrededor de la reproducción biológica en la vida diaria de las mujeres estaba íntimamente conectado con las tareas de la reproducción social. Los científicos sociales y demógrafos han comprendido hace tiempo que

¹¹ Esta perspectiva ha sido el tema de una vasta literatura feminista y sociológica. Véase entre otros, Afishar, 1991; Agarwal, 1988, Collins, 1990; Dixon-Mueller, 1993; Eisenstein, 1978; Engels, 1972; Ginsburg y Rapp, 1995; Kelly, 1984; Rudnick, 1989, y Yuval-Davis y Anthias, 1989. Gran parte de esta literatura se basa en una perspectiva marxista-feminista; analiza de manera crítica la forma en que los esposos, los grupos de parientes, las comunidades y los estados se apropian de las capacidades de las mujeres como procreadoras y sustentadoras de los hogares para favorecer sus propios propósitos económicos y políticos. También promueve que la labor reproductiva sociobiológica de las mujeres se reconozca como valiosa, necesaria para la supervivencia de la comunidad y cargada de su propio conjunto de conocimientos y habilidades.

las mujeres toman decisiones sobre la posibilidad de tener o no tener hijos en función de su posición respecto al trabajo remunerado, su acceso a guarderías, las demandas de los esposos u otros parientes, etcétera. Sin embargo pronto nos dimos cuenta de que la “carrera reproductiva”, que incluye el cuidado de los hijos y las labores del hogar, no sólo está determinada socialmente. En el actual contexto social, dominado por los hombres en muchas sociedades, esta labor es de por vida y está íntimamente ligada al género desde el momento en que se espera que las niñas se desempeñen como “pequeñas madres” hasta que llegan a la edad avanzada. Además, muchas mujeres no experimentan el alumbramiento y el cuidado de los hijos como sucesos biológicos, sino como formas del trabajo social, que demandan organización, energía y habilidades considerables. Esta percepción tuvo implicaciones importantes para la metodología y el diseño de nuestra investigación, de ahí que al estudiar las expresiones de la apropiación de las mujeres de sus derechos en relación con la reproducción y la sexualidad, tuvimos que investigar también cómo entendían ellas sus derechos respecto a la división del trabajo y a las relaciones de poder dentro de las esferas más amplias del matrimonio, el trabajo y la familia.

Derechos

Desde los años setenta, los movimientos de mujeres han desempeñado un papel primordial en el reconocimiento de asuntos como la integridad personal y corporal, la salud y la reproducción dentro de los instrumentos internacionales. También han contribuido a promover el principio de indivisibilidad de dichos derechos “personales” de los más reconocidos derechos civiles y políticos, así como de los económicos, sociales y culturales.¹² Algunos de los primeros documentos internacionales, tales como la Carta de la Organización Mundial de la Salud (1946), la Declaración Universal de De-

¹² Para obtener información más completa respecto a este enfoque interconectivo a los derechos humanos, véase Bolland, Rao y Zeidenstein, 1994; Cook, 1994 y 1995; Copelon y Petchesky, 1995; Corrêa y Petchesky, 1994; Freedman, 1995; Freedman e Isaacs, 1994, y Schuler, 1995.

rechos Humanos (1948) y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1967) contienen cláusulas que inscriben “el disfrute de los niveles más altos de salud” y el derecho a la “vida, la libertad y la seguridad de la persona” como derechos humanos fundamentales. La Convención Americana de Derechos Humanos (1967) y la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos (1982) también hablan de la inviolabilidad y la integridad física y mental de la persona; asimismo, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (1979) prohíbe a sus signatarios la discriminación en contra de las mujeres relativa a todos los derechos establecidos, incluyendo el acceso a los servicios de salud, a la educación y la información, al empleo, la libertad en el matrimonio y la toma de decisiones reproductivas.

Más recientemente, gracias al trabajo de las coaliciones internacionales de mujeres ya mencionadas, la Declaración y el Programa de Acción de Viena (1993), el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (1994) y la Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (1995) extienden estos principios de derechos humanos básicos a aspectos específicos de la libertad reproductiva y sexual de las mujeres. Así, el vocabulario internacional de derechos humanos incluye no sólo “los derechos básicos de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente sobre el número y espaciamiento de sus hijos, y a tener la información y los medios para hacerlo”, sino también “el derecho de las mujeres a vivir libres de violencia, de toda forma de hostigamiento sexual y de explotación”, considerando “la violación sistemática, la esclavitud sexual y el embarazo forzado”; el “derecho a vivir libre de las mutilaciones genitales”; el “derecho a tomar decisiones relacionadas con la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia”, y el derecho a “tener una vida sexual satisfactoria y segura” (Cook, 1995; Leary, 1994; Otto, 1995).

Hay un enorme problema con la retórica de dichos documentos formales: que dado el continuo debilitamiento y las divisiones que permean a las organizaciones internacionales, su cumplimiento depende de los gobiernos que las integran, y éstos a menudo son corruptos, inestables y poco comprometidos. Aunque la serie de

foros paralelos de ONG (organizaciones no gubernamentales) que se llevaron a cabo durante las conferencias de las Naciones Unidas en los años noventa fueron pasos tentativos hacia la creación de una “sociedad civil internacional” que pudiera presionar a los gobiernos a honrar y cumplir sus compromisos con los derechos humanos, que fungieran como mecanismos por medio de los cuales los grupos subordinados o los individuos presentaran denuncias a título personal son todavía muy pocos. Más importante aún: las declaraciones formales sobre los derechos de las mujeres no sólo son desconocidas para la vasta mayoría de ellas; también están muy distantes de las limitantes a las que se enfrentan las mujeres pobres y de las condiciones que las investigadoras del IRRRAG encontraron reiteradamente en su trabajo de campo. Para la mayoría de las personas, las expresiones codificadas de derechos en las leyes nacionales y los acuerdos internacionales están muy alejadas de la manera en que perciben el bien y el mal, la justicia y la injusticia, las necesidades y las carencias en sus vidas diarias al menos por dos razones:

Primera, el término “derechos” se asocia por lo general con los espacios formales y los mecanismos de la ley, pertenecientes al Estado o a las instituciones religiosas. Sin embargo muchas personas de los países donde realizamos nuestra investigación perciben consistentemente a las autoridades responsables de poner en vigor los derechos (la policía, los funcionarios de gobierno, el personal de las clínicas y hospitales) como opresivas, corruptas y regularmente reacias a aplicar las leyes nacionales, los principios internacionales, e incluso los de la decencia más básica. Como resultado, perciben que los derechos constituidos formalmente son inaplicables para ellas, en particular si son pobres y son mujeres. Descubrimos entre las encuestadas de algunos de nuestros países (Brasil, México y Estados Unidos) una desconfianza muy marcada hacia los burócratas, las cortes y los funcionarios encargados de impartir la justicia y, por asociación, hacia cualquier idea que suponga que este sistema formal pudiera proteger sus derechos o intereses. En estos contextos hablar de “derechos reproductivos y sexuales” significa muy poco, excepto para aquellas personas que ya se han politizado y han participado en luchas organizadas que suponen la posibilidad de una justicia rigurosa.

Segunda, aunque los procedimientos de derechos humanos funcionan en teoría para hacer responsables al Estado y a sus representantes (la policía, el ejército, los funcionarios, el personal de los servicios de salud pública y planificación familiar), los perpetradores de violaciones en contra de los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, también incluyen actores “privados”, como los padres u otros parientes, los esposos y las parejas sexuales. De hecho, como sugieren algunos de los estudios del IRRRAG de este volumen, para muchas mujeres puede resultar más fácil afirmar sus derechos o su poder para tomar decisiones frente a figuras de autoridad más distantes —los médicos, los líderes religiosos, el alcalde— que frente a las personas con quienes están íntimamente relacionadas, como los esposos. En especial para las mujeres, cuyas vidas siguen estando atrapadas en la domesticidad en muchos países y culturas, la afirmación de los derechos humanos debe penetrar a la esfera “privada” donde ocurren violaciones diarias a su integridad corporal y a su persona —la violación dentro del matrimonio, la mutilación genital, los códigos de virginidad, el repudio tradicional al control de la natalidad—. Las acciones públicas del Estado y sus representantes —por ejemplo, las leyes que prohíben o restringen el aborto, o la violación a civiles por militares o policías— refuerzan dichas intrusiones en la vida diaria y, con ellas, forman un amplio espectro de abusos sistemáticos (Copelon, 1994; Romany, 1994). Derribar la barrera artificial entre las esferas pública y privada ha sido el objetivo principal de las feministas que se han organizado en favor de la defensa de los derechos humanos de las mujeres a lo largo de los años setenta, ochenta y noventa (Bunch, 1990; Freedman e Isaacs, 1993; Corrêa y Petchesky, 1994; Obermeyer, 1994). Sin embargo sus esfuerzos apenas han comenzado a generar nuevas formas de lucha y un lenguaje que resuena en los ámbitos local y popular.

La falta de confianza en los mecanismos formales para asegurar los derechos legales no significa que las personas sean pasivas o que no estén dispuestas a plantear sus demandas ni a tomar acciones enérgicas para obtener lo que creen que es correcto o necesario para ellas y sus hijos. Dichas demandas deben estar cimentadas en principios fundamentales de justicia o equidad, aunque todavía no se hayan concretado en términos legales. Más aún, las estrate-

gias efectivas para lograrlas pueden incluir no sólo los medios públicos o institucionales, tales como las acciones legales, el cabildeo o las huelgas, sino también protestas de grupo menos formales, medidas de autoayuda, e incluso formas más sutiles de resistencia individual o subversión privada. Al percibir los derechos y las estrategias para alcanzarlos en esta forma más amplia, articulamos una comprensión políticamente más dinámica y abierta relacionada con el llamado ámbito personal o privado, que el modelo convencional de los derechos humanos.

La apropiación subjetiva del derecho

Ya antes de llegar a esta comprensión de los derechos y de los posibles remedios a su violación, nos habíamos dado cuenta de la necesidad de una terminología más flexible que incluyera no sólo las formas cotidianas en que las mujeres expresan la necesidad de justicia o autodeterminación relativas a sus cuerpos, sino también las maneras informales, e incluso subrepticias, en que actúan en este sentido. Para capturar las percepciones de las encuestadas acerca de sus necesidades y demandas de justicia (respecto a sus esposos, sus padres, los proveedores de servicios de salud, o el Estado), más allá de lo que pueda existir jurídicamente, adoptamos el concepto “sentido de la apropiación del derecho a”. Por medio de esta idea esperamos iluminar el componente subjetivo de los derechos (a lo que las mujeres *sienten* que tienen derecho). Nuestra pregunta central de investigación fue entonces: ¿Cuándo, dónde y en qué circunstancias surge dicho sentido de apropiación respecto a las decisiones y elecciones sexuales y reproductivas?

Es importante distinguir la manera en que en el marco del IRRRAG se interpreta “sentido de la apropiación del derecho a” de los usos más conocidos del concepto (*entitlement*) en el discurso de las políticas públicas. En la historia del Estado de bienestar europeo el término *entitlement* surgió, después de la segunda Guerra Mundial, para designar la idea de que cada individuo posee un conjunto de “derechos de nacimiento” y que los gobiernos tienen la obligación de crear las condiciones propicias para que las personas marginadas o desfavorecidas económicamente puedan disfrutar de tales

derechos (Marshall, 1975). Concebidos como una forma de asegurar la estabilidad social y de mitigar los crudos efectos del sistema económico capitalista (como el desempleo crónico), más que para transformar ese sistema, el Estado benefactor también reconoció que los *entitlements*, aun cuando estén basados en los derechos económicos y sociales, dependen de mandatos establecidos por la ley para lograr legitimidad.¹³ El conocido *entitlement approach* que desarrolló el economista de Harvard, Amartya Sen, continúa esta tradición del Estado benefactor. Para explicar que las hambrunas existan y que la gente se muera de hambre incluso cuando hay una gran cantidad de alimento disponible, Sen interpreta este enfoque del *entitlement* como una falla o un fracaso: algunas personas no obtienen alimento porque son incapaces de acceder a las estructuras legales, políticas, económicas y sociales del “derecho a” existentes en un país dado: “la ley se interpone entre la disponibilidad de alimento y el derecho al alimento” (Sen, 1981; 1984: 348). En otras palabras, el sistema existente de *entitlements* no cumple con los “derechos de nacimiento”.

La aproximación subjetiva del IRRRAG al “sentido de apropiación” se enfoca más hacia los reclamos morales de las mujeres —en especial a sus parejas, a los parientes o a los responsables del cuidado de la familia— que hacia sus percepciones de lo que la ley o el Estado les deben. Nuestra hipótesis fundamental al desarrollar este concepto fue que muchas mujeres —incluyendo a las que son pobres, no tienen educación formal o pertenecen a culturas donde

¹³ En la depresión estadounidense de los años treinta, las luchas en torno del desempleo, la pobreza, los derechos laborales, la vivienda y otros temas resultaron en promulgaciones legislativas que llegaron a conocerse como “derechos a” —p. ej. el Acta de Seguridad Social y Ayuda a Niños Dependientes (más tarde, Ayuda a Familias con Niños Dependientes), popularmente conocida como “asistencia social”—. En los años sesenta se promulgaron los programas de asistencia sanitaria a personas de bajos recursos y de cuidado médico, y con ello se crearon los derechos a la salud para los pobres y los ancianos, respectivamente. En los años ochenta y noventa, éstos y muchos otros programas de beneficencia para ayudar a las poblaciones pobres, de discapacitados e inmigrantes fueron blanco de una descarga de ataques del ala derecha conservadora, que promovía el regreso de los valores *laissez-faire* de libre mercado. Al inicio de la privatización global, movimientos similares han surgido en muchos países europeos y en Canadá con mayor o menor éxito.

el discurso de los derechos puede ser ajeno— actuarán conscientemente para asegurar que se atiendan sus necesidades o las de sus hijos, incluso en la esfera de la reproducción y la sexualidad. El sentido de la apropiación de derechos va más allá del concepto de “necesidades” en la medida en que supone la convicción de la legitimidad moral de las demandas propias, tal vez sin el reconocimiento público formal o legal que implican los “derechos”. Este concepto denota pues el espacio que existe entre un sentido de necesidad y la articulación del derecho. Tal comprensión del “sentido de apropiación” le da significado a esas acciones del discurso, la metáfora, o incluso el comportamiento no hablado, que representan tanto 1) la aspiración de cambiar la situación propia o la de los hijos, la esperanza de una vida mejor, como 2) un sentido de autoridad para efectuar estos cambios por medio de las palabras o acciones propias.

Resulta evidente que un objeto de investigación tan amplio, y de cierto filosófico, plantea dificultades analíticas y problemas metodológicos que este proyecto apenas comienza a examinar. Suponiendo que los términos con que las personas justifican su propio comportamiento (privado) o sus decisiones sean a menudo diferentes de las formas más públicas de legitimación que los activistas pueden invocar, se vuelve entonces necesario desarrollar formas cuidadosas de escuchar para captar las expresiones, los códigos locales e incluso los silencios que puedan indicar un sentido de apropiación. Esto sugiere un segundo problema, ya conocido por muchas investigaciones cualitativas pero particularmente crítico en la investigación relacionada con los temas más íntimos —y a menudo camuflados— de las relaciones sexuales y reproductivas: cómo hacer para distinguir entre lo *normativo* y lo *conductual*, entre *lo que las personas dicen y piensan que deben hacer* y *lo que en realidad hacen*. De hecho, el problema es más complicado que esto, ya que los términos normativos que la gente puede utilizar para justificar —e incluso para condenar— sus propias acciones (por ejemplo, buscar un aborto en secreto, en condiciones de ilegalidad y con la censura de la comunidad) quizá no articulan completamente la manera en que las mujeres justifican ante sí mismas esas acciones a la luz de sus circunstancias inmediatas. Así, en aras de la claridad analítica necesitamos reconfigurar el concepto del sentido de la apropiación.

ción del derecho por medio de diversas pautas normativas: 1) las leyes nacional e internacional codificadas; esto es, los derechos formales (lo que son y lo que las encuestadas piensan que son); 2) la costumbre o la tradición (las normas religiosas dominantes u otras que gobiernan los valores de las personas o su comportamiento en la comunidad); 3) la práctica (lo que las personas hacen realmente en la vida diaria, aparte de los valores legales y normativos), y 4) la visión (lo que las encuestadas creen que debería ser, y las formas en que perciben que su sentido de apropiación de derechos y sus aspiraciones no se reconocen o no se cumplen en la realidad).¹⁴

En medio de la investigación, los informes preliminares del campo nos ofrecieron mayor comprensión, más matizada, de las claves e imágenes culturalmente arraigadas que invocan un sentido de apropiación para las mujeres pobres. Por ejemplo, la investigación del equipo de Brasil en Pernambuco encontró que las mujeres rurales entrevistadas tendían a asociar su sentido de apropiación del derecho con la libertad de ir y venir, dejar la casa e ir a la tierra. Las mujeres de un pueblo rural pequeño en el sureste de Estados Unidos usaron casi las mismas palabras —“hacer lo que quiero e ir a donde quiero”— para expresar cuándo consiguen la posición social de adulto y comienzan a apropiarse de sus derechos. Del mismo modo, las consultadas en Egipto veían la muestra pública de su virginidad en el momento del matrimonio como su pase para caminar libremente por las calles (véase los capítulos 2, 3 y 8). En ocasiones las expresiones de apropiación de las mujeres tomaron una forma negativa en lugar de positiva; por ejemplo, hubo una que expresó arrepentimiento o cierto sentimiento de desigualdad por haber sido esterilizada, porque no se le permitió trabajar fuera del hogar, porque se le negó la información sexual, o porque fue obligada a casarse o a tener un embarazo a una edad temprana. A menudo dicho arrepentimiento evoluciona hacia la determinación de las mujeres de ayudar a que sus hijas disfruten de más libertad de la que ellas tuvieron; es decir, de encaminarse hacia una *apropiación intergeneracional*.

¹⁴ Beth Richie, una de nuestras consultoras de investigación del Hunter College de Nueva York, proporcionó esta valiosa categorización.

Finalmente, las respuestas que obteníamos en el trabajo de campo nos llevaron a percibir el sentido de apropiación como producto no sólo de un *ser* fijo o un sujeto aislado (el *individuo* de pensamiento liberal clásico), sino de un contexto social de normas y relaciones que están siendo continuamente transformadas y cuestionadas. El equipo de Filipinas nos ayudó a desarrollar esta comprensión por medio de su cuidadosa formulación de la idea de “apropiación negociada, o situada”. Al asociar el sentido de apropiación con el término filipino *sana*, o con las aspiraciones y expectativas, el análisis de Filipinas subraya la multiplicidad de facetas de la apropiación a medida que se entrecruza con las dinámicas familiares y sexuales, con las condiciones socioeconómicas, con la disponibilidad de servicios médicos y de planificación familiar, al igual que con el lugar de las mujeres en el ciclo de vida. El análisis filipino muestra que para las mujeres de estratos populares (que conforman la mayoría de las incluidas en nuestros estudios en los siete países) “el deseo de apropiación surge en buena parte de una condición relacional o situacional, más que de una idea clara de integridad corporal”. Las decisiones de una mujer en relación con su fecundidad y su sexualidad dependerán no sólo de su posición de clase, ocupación, tipo de hogar, educación, acceso a los servicios de salud reproductiva y otras variables socioeconómicas, sino también de sus propias percepciones, en la medida en que la noción de su “individualidad” evoluciona y cambia a través de las etapas de su vida. Antes de casarse, una mujer “puede tener más aspiraciones para sí misma”; después del matrimonio, es más probable que proyecte sus aspiraciones hacia su familia, en especial hacia sus hijos. En resumen:

El logro de las aspiraciones de una mujer es el producto de la interacción entre, por un lado, lo que la mujer dice que quiere y necesita y, por el otro, lo que cree que su familia y la sociedad pueden darle realísimamente, así como lo que ella hace de hecho por sí misma. Se puede decir, pues, que la búsqueda de apropiación siempre está *bajo negociación*. La negociación tiene lugar dentro de la mujer misma —normalmente entre demandas o valores que compiten— y entre ella y el mundo exterior, con la familia en primer plano.¹⁵

¹⁵ Estos pasajes provienen del anteproyecto del informe del equipo de Filipinas de 1995.

Este análisis contextual muestra claramente que el enfoque del IRRRAG sobre el concepto de apropiación subjetiva del derecho como una forma del discurso de derechos es más complejo y abarca muchos más niveles de análisis que las ideas occidentales convencionales de “privacidad” e “individualismo”. Nosotras invocamos en su lugar la tradición subversiva de autonomía y propiedad de sí mismo que existe en las culturas populares europea, afroamericana y muchas otras no occidentales, que postulan al *ser* a la vez como individuo y como resultado de la interacción continua y de la interdependencia con los otros (Corrêa y Petchesky, 1994; Petchesky, 1995b; Collins, 1990; Eisenstein, 1988). El hecho de que una mujer afirme su autoridad para tomar decisiones sobre su reproducción y sexualidad, consciente de que está en juego su propio cuerpo o su salud, o porque se supone que una madre tiene la principal responsabilidad de lo que les suceda a sus hijos, no es lo mismo que ser “egoísta” o actuar por los intereses propios. De hecho, como lo confirman los estudios de este libro, a menudo las mujeres se presentan a sí mismas como personas que actúan o deciden por sí mismas (esto es, sin sus esposos o yendo en contra de las normas de la comunidad) a partir de un sentido del deber hacia los otros; generalmente hacia sus hijos vivos. De esta manera, ellas llevan a la práctica sus intenciones y, a la vez, las reconcilian normativamente con siglos de cultura y socialización patriarcal que definen a las mujeres como las encargadas del cuidado de los demás, que deberían pensar en las necesidades de los otros antes que en las propias.

Esta impresión inicial propició un debate dentro del IRRRAG para dilucidar si la ética feminista implica algún tipo de jerarquía en la que actuar para una misma es en alguna forma superior o políticamente más consciente que actuar para los demás (el papel tradicional de las mujeres). Sin embargo —a la luz de un examen más minucioso—, los datos de nuestra investigación sugieren que en sus deliberaciones diarias sobre las cuestiones relativas a su fecundidad, la sexualidad, el trabajo, y el cuidado de los hijos, las mujeres no necesariamente experimentan que su sentido de apropiación de sí mismas y de sus familias —especialmente de sus hijos— opera en distintos niveles en conflicto en cuanto a la toma de decisiones; por el contrario, todo el tiempo entretejen la relación entre ellas y los demás en sus cálculos morales, arraigando su identidad

individual en la familia y la comunidad. Por ejemplo, a ojos de las mujeres rurales nigerianas, el descanso y la conservación de sus cuerpos después del embarazo parecen necesarios para lograr una maternidad competente, por el bien de sus hijos y de ellas mismas. De igual modo, para las madres brasileñas del sector urbano, al darle a sus hijas mayor libertad sexual y reproductiva de la que ellas tuvieron cuando eran jóvenes se fortalece su propia dignidad (la de las generaciones de más edad) y su autoestima. De este modo “la apropiación negociada” implica un concepto del ser que “va mucho más allá de la idea de integridad corporal [para abarcar] el contexto de todas las relaciones familiares, culturales, sociales, y económicas significativas” (Corrêa, 1994: 77).

Cuerpo e individualidad

Aun cuando las investigadoras del IRRRAG estuvieron de acuerdo en que “la propia toma de decisiones debe permanecer en el centro de los derechos reproductivos” (Corrêa, 1994: 77), surgieron diferencias filosóficas alrededor de la tensión entre *el ser* como agente moral y *el cuerpo*, con sus connotaciones sexuales. Durante una presentación informal de las integrantes del IRRRAG en 1995¹⁶ la socióloga feminista turca Nilüfer Göle comentó: “Me sorprende que ninguno de ustedes haya mencionado lo que para mí es el foco alrededor del cual parece girar todo su trabajo: los cuerpos de las mujeres, la autodeterminación sobre sus cuerpos”. Nuestra coordinadora por Filipinas aclaró que las mujeres de su localidad se sentirían ajenas a cualquier plática sobre *el cuerpo*; en términos culturales, ellas preferirían hablar no del cuerpo sino de *el ser*, ¿Refleja esta respuesta enseñanzas religiosas que estigmatizan al cuerpo y lo asocian con la sexualidad?, ¿o una duda continua —inserta también entre nuestros investigadores de campo— que une los derechos sexuales y reproductivos con una afirmación *positiva* de la sexualidad, como opuesta a una defensa contra el abuso sexual y la enfermedad? (Petchesky, en prensa). Por otro lado, las integran-

¹⁶ Organizada en el Centro de Conferencias Rockefeller en Bellagio, Italia, donde llevamos a cabo una reunión de trabajo de nueve días.

tes de nuestro equipo egipcio rechazaron la dicotomía cuerpo-ser pensando en un contexto cultural en el que los dos términos están íntimamente asociados y se entiende al ser como una unidad integral de cuerpo y alma.¹⁷

En cuanto al concepto de apropiación, este asunto de la relación entre cuerpo y ser es teóricamente importante debido a que trae a la luz la necesidad de aclarar si el concepto presupone sentido de pertenencia, y por tanto del propio cuerpo separado de alguna manera de uno mismo. Según varias teóricas feministas, aplicar alguna idea de propiedad (o, en el lenguaje del liberalismo lockeano, una “propiedad en mi persona”) a la relación de las mujeres con sus cuerpos es invocar el instrumentalismo y el dualismo radical originado en la cultura burguesa, anatema para el pensamiento feminista. En este punto de vista, con la idea de *control sobre mi cuerpo*, al invocar la propiedad, puede implicarse la enajenación comercial del cuerpo de uno; por ejemplo, con la prostitución o los llamados contratos de maternidad sustituta (Akhter, 1990; Pateman, 1988).

Sin embargo, también puede argumentarse que las ideas de autopropiedad comparten una larga tradición de movimientos de resistencia popular, tanto en Europa como en una variedad de culturas no europeas, en pro de la autonomía sexual así como por la integridad corporal de las mujeres y de los grupos oprimidos o esclavizados. Esto fue verdad en el pasado, y sigue siéndolo en la actualidad; lo atestigua la expansión de la idea del “derecho al control de sus cuerpos” de las mujeres entre los movimientos femeninos a escala global en el sur y en el norte, precisamente porque nuestros cuerpos al haber sido tan comúnmente apropiados por otros para sus fines reproductivos y sexuales, están separados de nosotras y al mismo tiempo son parte nuestra. Así, de manera colectiva, hablar de nuestro derecho a la autodeterminación sobre nuestros cuerpos representa “una condición fundamental para el desarrollo y fortale-

¹⁷ Las integrantes del equipo egipcio del IRRRAG explicaron que la palabra árabe que se utiliza para “ser”, relativa a los asuntos físicos y sexuales, es la misma que se usa para “alma”: *nafsek*. Algunas veces esta palabra evoca la castidad; por ejemplo, cuando una madre le dice a su hija que “se cuida” le está recomendando que conserve su cuerpo sexualmente puro.

za de las mujeres como grupo social y de este modo para su completa participación como ciudadanas” (Petchesky, 1995b). En cuanto a la sexualidad y el embarazo, los hallazgos de nuestra investigación sugieren que muchas mujeres experimentan que al mismo tiempo sus cuerpos son algo que les pertenece y también objetos enajenados por otros, dependiendo de las circunstancias. Sin embargo, el marco conceptual del IRRRAG —y consecuentemente los hallazgos de la investigación— fue capaz de atender poco acerca del sentido de apropiación del placer y la satisfacción sexual de las mujeres valiéndose de un amplio espectro de sexualidades y etapas de la vida, y siguió siendo endeble e incompleto (véase el capítulo 9).

Adaptación y resistencia

Si el sentido de apropiación representa la conciencia de las mujeres sobre sus derechos o su autoridad para tomar decisiones, el grupo de estrategias que hemos llamado “nexo adaptación-resistencia” representa la manera en que la apropiación se manifiesta en la conducta y el discurso. En nuestras primeras deliberaciones imaginamos la adaptación y la resistencia como una dicotomía, donde la primera refleja conformidad pasiva con las normas dominantes, y la última oposición activa. Como este modelo sugiere, hay un juicio político y moral que percibe las concesiones de las mujeres a las formas de subordinación de género tradicionales como unidimensionales y autodestructivas. Sin embargo, conforme nuestro trabajo de campo progresaba encontramos que los dos extremos (abierta resistencia y adaptación pasiva) aparecían menos frecuentemente que las estrategias reproductivas y sexuales complicadas y sutiles que la mayoría de nuestras entrevistadas adopta para alcanzar algún grado de autonomía y al mismo tiempo mantener su lugar dentro de la familia y la comunidad. Así comenzamos a pensar en términos de un modelo continuo donde los actos de adaptación y resistencia están ligados entre sí por una gran línea, lo que refleja las circunstancias culturales y materiales específicas en que nuestras informantes se encuentran a sí mismas. Para interpretar si un comportamiento particular constituye una resistencia o sólo un mecanismo de autodefensa para hacer frente a la necesidad, es preci-

so mirar con atención el contexto particular en que se da tal comportamiento, así como la propia comprensión que de él hace la mujer. Una acción que es adaptativa en un contexto puede ser de oposición en otro (por ejemplo, refugiarse en la casa de la vecina para escapar de la violencia doméstica); una acción que aparenta ser resistencia puede estar en conflicto con los juicios de moral de la misma mujer (por ejemplo, la decisión de abortar a pesar de la propia convicción de que es un pecado o algo prohibido). Para incrementar la complejidad, aunque las acciones y las palabras de una mujer parezcan discordantes en algunos casos, es probable que ella no vea tal contradicción, sea cual fuere, al actuar en contra de una norma particular y hablar en favor de ésta. De hecho, la adaptación es una forma no confrontativa o conciliatoria para lograr los deseos propios o el sentido de derecho.

Vistos desde esta perspectiva matizada, los significados de las *prácticas tradicionales* también se vuelven más complicados. Las integrantes del equipo brasileño del IRRRAG han sugerido que ciertas formas de resistencia popular son de hecho tradicionales aunque pudiesen no ser convencionalmente reconocidas como tales. De este modo, las mujeres rurales pobres del noreste brasileño aluden a una larga historia de oposición popular a la enseñanza de la Iglesia católica sobre el aborto, cuando comúnmente consideran los abortos que se practican durante el primer trimestre de embarazo como “una negociación con Dios”. La teología de la liberación les proporciona una visión alternativa —la deidad, misericordiosa y buena, ayuda a las mujeres en los tiempos difíciles y comprende sus necesidades— para justificar la transgresión de las normas. A la inversa, las nigerianas actúan con frecuencia como guardianas de la tradición cultural (por ejemplo, realizando y obligando a que se practiquen la MGF o los rituales de viudez) en una posición ambigua que realza su poder en la comunidad (en especial sobre las mujeres jóvenes) y perpetúa los modelos de dominación masculina. Al interpretar las llamadas “prácticas tradicionales dañinas”, las antropólogas de nuestros equipos nos han exhortado a que veamos las decisiones reproductivas y sexuales de las mujeres “a través de sus propias lógicas”. Esa lógica puede aprobar creencias y prácticas que son profundamente alarmantes para nuestros valores políticos como feministas y nos recuerda que el punto de vista de

las entrevistadas sobre sus propias necesidades y apropiaciones puede diferir de la manera en que percibimos su situación. Por otro lado, las prácticas tradicionales no siempre siguen un modelo simple de *opresión*; las mujeres pueden utilizarlas estratégicamente para reforzar su poder o posición dentro de su comunidad o para afirmar una identidad cultural o religiosa nacional específica.¹⁸

Frente a tales casos ambiguos, ¿cómo podemos definir la resistencia o identificar las estrategias de la toma de decisiones sexuales y reproductivas que clara y conscientemente se oponen a las normas o expectativas dominantes? En varios casos incluidos en la investigación del IRRRAG, aunque poco frecuentes, pudimos advertir señales claras y abiertas de dicha resistencia —por ejemplo, cuando el comportamiento de una mujer no conformista es públicamente visible (como opuesto a lo clandestino o lo secreto); cuando muestra disposición obvia a arriesgarse al castigo o la desaprobación probable; y sobre todo, cuando articula una ideología o un discurso que justifica su acción o creencia en términos de derecho, justicia o imparcialidad (lo opuesto a no tener elección)—. Por otro lado, estábamos muy conscientes de que cuando una informante en una entrevista sostenía que su acción estaba “equivocada” o era un “pecado” pero que no tenía elección, no necesariamente exponía toda sus creencias en el tema. Seguramente existen estratos más profundos de valor moral arraigados, que no han sido verbalizados o es difícil dilucidarlos, y más a menudo estos estratos demuestran la disposición de las mujeres a desafiar la ley secular o religiosa prevaleciente (aunque por lo general en secreto) para realizar los imperativos morales prácticos y sociales de su trabajo reproductivo.

Para ayudar a sortear estas dificultades, el equipo egipcio desarrolló una herramienta analítica útil al articular cuatro posturas estratégicas diferentes entre sus entrevistadas: 1) “en la naturaleza

¹⁸ Véase Thrin, 1990, quien observa: “cuando las mujeres deciden levantarse el velo se puede decir que lo hacen desafiando el derecho represivo del hombre sobre sus cuerpos. Pero cuando deciden dejarse o ponerse el velo una vez que se lo quitaron, pueden hacerlo para volver a apropiarse de sus espacios o para exigir una nueva diferencia al desafiar la estandarización centrada, hegemónica y de género”. Las antropólogas feministas han hecho el mismo señalamiento; véase Ginsburg y Rapp, 1995; Göle, 1996; Pearce, 1995; y Sanday, 1981.

de las cosas” (fatalismo, no cuestionar las normas recibidas); 2) “doloroso pero necesario” (actuar de manera transgresiva mientras se reconocen las creencias desaprobatorias tradicionales, o a la inversa —complicidad con las prácticas tradicionales acompañada de quejas o arrepentimientos abiertos—); 3) “resistencia y resistencia disfrazada” (subterfugios y subversiones), y 4) “¡no es no!” (confrontación directa para afirmar una apropiación o un derecho). Este análisis contribuyó con un elemento crucial: el de las negociaciones o adaptaciones estratégicas. Nos adaptamos mejor a dichas negociaciones al discutir sobre los hallazgos preliminares en nuestros trabajos de campo, donde aprendimos, por ejemplo, que entre las informantes filipinas las esposas normalmente accederán a las peticiones sexuales de sus esposos en contra de sus propios deseos para obtener otros beneficios estratégicos, tales como la ayuda para realizar las labores domésticas centrales o la evasión de conflictos en el hogar. De igual modo, algunas de las mujeres egipcias expresaron conformidad con el ritual de desfloración tradicional de la noche de bodas (*baladi dokhla*) como una negociación para lograr mayor libertad y movilidad. Decían: “Debido a que he demostrado mi castidad, podré salir a trabajar fuera del hogar e ir y venir como me plazca”.

De este modo comenzamos a darnos cuenta de que a menudo las mujeres *eligen* continuar con las expectativas tradicionales que no les gustan, incluso las que violan abiertamente su propio sentido de integridad corporal o bienestar, para obtener ventajas dentro de las relaciones de poder domésticas y de la comunidad existentes que restringen su capacidad de maniobra. Al final, el punto de vista de las adaptaciones y las resistencias como interactivas y coincidentes y no como dicotomías nos recuerda que las estrategias que las mujeres adoptan para expresar o actuar sobre su sentido de apropiación casi siempre existen en un contexto de dominación, subordinación, poder y recursos limitados (de hecho, el mismo concepto de *resistencia* implica esta realidad; véase MacLeod, 1991 y Scott, 1990). Las feministas rechazan la mayoría de las estrategias de adaptación debido a que en el largo plazo tienden a reforzar las relaciones de género tradicionales (Corrêa, 1994; Molyneux, 1985). Sin embargo, estos procesos continuos de negociación en circunstancias limitadas y comprometedoras nos recuerdan que para mu-

chas mujeres el éxito significa la habilidad para transitar de la posición de víctima y acceder a la de sobreviviente.

No obstante, en última instancia necesitamos preguntar si esto ocurre, y cómo es que las estrategias de las mujeres dentro del nexo de adaptación-resistencia comienzan a cambiar las relaciones de poder dentro de la casa y más allá de ella. La adaptación estratégica que las entrevistadas de los estudios del IRRRAG utilizan más a menudo para negociar sus apropiaciones reproductivas y sociales sigue siendo reactiva en lugar de transformadora. En este contexto es interesante observar que la afirmación activa de derechos o apropiaciones con frecuencia está ligada a las actividades económicas, que a su vez son vistas como parte de las obligaciones y responsabilidades de la maternidad; en casi todos los sitios de investigación el crecimiento personal y el esparcimiento, al igual que las demandas a nombre de la autodeterminación sexual y el placer de las mujeres, vienen al final. Este ordenamiento puede atribuirse a que en los hogares de bajos ingresos la supervivencia económica es la necesidad más urgente de la mujer. Pero también parecería que en muchos casos la resistencia en nombre de la necesidad económica o la supervivencia es más aceptable, ya que por lo general se percibe que la mujer resiste no por ella sino por su familia. En otras palabras, este comportamiento se ajusta a las ideas sobre el papel doméstico de las mujeres que prevalece en la sociedad en su conjunto, mientras que las demandas más personales se perciben egoístas, violatorias de la tradición patriarcal.¹⁹

Cuando una mujer dice (como muchas de nuestras consultadas lo hicieron) “Yo soy la que debe decidir sobre la anticoncepción, porque yo soy la que lleva las cargas y responsabilidades de la maternidad”, definitivamente está afirmando un tipo de demanda ética en nombre de su *propio derecho* como sujeto activo en la toma de decisiones. De hecho, algunas de estas mujeres —especialmente en México, Filipinas y Nigeria y de los grupos de dominicanas y afroamerica-

¹⁹ Las ideas expuestas en este párrafo se derivan en gran medida de un primer borrador del capítulo de Filipinas: “Los derechos negociados en la toma de decisiones reproductivas: hacia una definición de derechos reproductivos entre las mujeres populares en Filipinas”, por Mercedes Lactao-Fabros y María Teresa Guíapadilla (julio de 1995).

nas en EU— consideran que con la maternidad ascienden a una categoría superior que no sólo ordena sus actividades económicas sino que forma su identidad como ciudadanas sociales o adultas. También, para muchas, la maternidad es el terreno en que experimentan la única gratificación real y el sentido de autoridad que conocen. Pero esta postura podría implicar la creencia de que las pesadas obligaciones y las desigualdades de género y clase de la maternidad, tal como existen, responden de alguna manera a la naturaleza de las cosas; esa pobreza, la falta de educación y la ausencia de apoyos sociales mantienen virtualmente fuera de su alcance cualquier identidad diferente y más “pública”, más allá de la maternidad.

En la medida en que el concepto “agencia” conlleva el de “autodeterminación”, éste apunta hacia un grupo de relaciones transformadas y hacia una sociedad igualmente transformada donde las mujeres actúan como ciudadanas completas e investidas de poder para tomar decisiones tanto dentro de la casa como en la esfera de lo público. Con las Alternativas de Desarrollo para las Mujeres en una Nueva Era (ADMN), las participantes del IRRRAG estuvieron de acuerdo en que “cuando las prácticas culturales únicamente consolidan la subordinación de las mujeres y dañan su integridad física o su libertad para tomar decisiones sobre sus vidas, debemos cuestionarlas” (Corrêa, 1994: 82). Asimismo, el marco conceptual del IRRRAG insiste en conferir importancia a un espacio intermedio: en esta coyuntura histórica y de desarrollo social, las mujeres pueden demostrar sentido de apropiación aun en ausencia de cualquier apreciación concreta de un ambiente familiar o social más justo, o de cualquier remedio práctico que favorezca su integridad corporal. Es en este ambiguo pero aún prometedor espacio donde las mujeres a quienes entrevistamos se encuentran actualmente.

PROCESO Y METODOLOGÍA: EL MODELO DEL IRRRAG PARA LA INVESTIGACIÓN EN COLABORACIÓN INTERNACIONAL

En la concepción inicial del proyecto del IRRRAG nuestra idea fue organizar, desarrollar e instrumentar un modelo para investigar los significados transculturales de los derechos reproductivos. Las

contribuciones del modelo serían su enfoque multirregional, su metodología etnográfica y comparativa, su ética y sus objetivos feministas. Estos últimos implicaban que para que la investigación fuese ética debía estar ligada a la acción positiva e implicar o proponer el empoderamiento en las vidas de las entrevistadas vistas tanto como sujetos como agentes. Esta agenda contenía las semillas de una tensión inevitable. ¿Dónde está la línea que divide el mantener un conjunto de valores políticos y metas orientadas a la acción (las éticas y objetivos feministas) de escuchar las voces de las mujeres (la postura sin prejuicios del investigador)? ¿Qué pasaría si las voces de las mujeres dijeran cosas que preferiríamos no escuchar, o simplemente no podemos oír porque expresan valores y prioridades diferentes a los que nosotras defendemos? ¿Hasta qué grado los motivos o suposiciones no reconocidos están escondidos incluso en un proyecto de investigación feminista dirigido a mejorar la vida de las mujeres, especialmente cuando grandes distancias de educación y clase separan a las investigadoras de sus entrevistadas?

Este problema de las contradicciones inherentes a una investigación que pretende ser feminista y participativa es muy común entre los etnógrafos (por ejemplo Abu-Lughod, 1994; Behar, 1993; Benmayor, 1991; Patai, 1991); sin embargo resulta más grave tratándose de un proyecto explícitamente orientado a los terrenos de la defensoría y el cambio social. Así, el reto de vencer las divisiones entre l@s investigador@s y l@s sujetos de investigación se reflejaba en los esfuerzos del IRRRAG por aprender y beneficiarse de las diferencias internas de los equipos de un país y de las discrepancias entre ellos y con la coordinación internacional respecto a la perspectiva política, las condiciones económicas y políticas, la cultura, la orientación hacia el activismo o la investigación, el acceso a la tecnología e incluso el estilo personal. ¿Qué se requería para llevar a cabo una investigación verdaderamente participativa y para lograr que la colaboración internacional fuera verdaderamente democrática?

Desde un principio influyó en el proyecto el posicionamiento diferencial de nuestros siete países —y en especial de la coordinación internacional ubicada en Nueva York— frente a las dinámicas de poder del capital global, los países y las agencias donan-

tes.²⁰ Al ubicar la coordinación internacional del IRRRAG en EU potencialmente se recreaba un modelo global en el que las decisiones financieras y organizativas, quedarían más cercanas a los donadores y otros aspectos de poder, y permanecerían una vez más concentrados en el Norte. De una u otra manera —desde cómo y dónde obtuvimos financiamiento, hasta nuestra capacidad para acceder a la información— se nos recordó constantemente que aun teniendo la mejor de las voluntades, las colaboraciones feministas internacionales deben competir con las estructuras de poder jerárquico que existen en la actualidad en un mundo en que estamos situadas en diferente forma. Esos diversos grados de acceso a los recursos y privilegios dentro de tales estructuras pueden afectar nuestras posiciones relativas al tratar de transformarlos, así como nuestra capacidad para confiar entre las investigadoras. Por lo tanto, era crítico para impulsar la habilidad de trabajo conjunto del IRRRAG desarrollar un proceso colectivo que reforzara la confianza.

Se aplicaron diferentes criterios para seleccionar a los países en que se llevaría a cabo la investigación. Primero, pese a que se reconocía la imposibilidad de representar a todas las regiones y grupos culturales del mundo, nos dimos a la tarea de incluir diversas regiones, tradiciones étnicas y religiosas, y sistemas políticos y sociales. Segundo, buscamos países en donde hubiera movimientos u organizaciones de mujeres con probada experiencia en la investigación y la defensoría de los derechos reproductivos, y con entusiasmo por continuar dicho trabajo. Tercero, averiguamos si alguna investigación sobre temas relativos a la salud reproductiva, y basada en las ciencias sociales, había sido conducida en el país, pues así los equipos de investigación no tendrían que empezar de cero y podrían encontrar a consultores locales informados. Finalmente

²⁰ El desarrollo de la economía, la política y la vida diaria local de Nigeria, México, Egipto y Filipinas está determinado por las presiones de las instituciones financieras internacionales (IFI) y de las corporaciones transnacionales que dominan los mercados mundiales, las cuales tienen su base principalmente en EU y Europa. Sólo Malasia, de entre los países sureños del IRRRAG, y otros países que están prosperando en Asia, se mantenían relativamente libres —antes de los problemas económicos de 1997— de estas presiones externas, detrás de las cuales la economía neoliberal contemporánea enmascara formas de neoimperialismo (véase Cavanagh, Wysham y Arruda, 1994; y Sparr, 1994).

preferimos a los países que contaban con una organización bien establecida, capaz de manejar las comunicaciones nacionales e internacionales con relativa eficiencia. Al incluir a EU no se esperaba realizar una comparación real entre el Norte y Sur; por el contrario, pensamos que sería útil enfocarnos en sus comunidades de color, debido a que el equipo de EU priorizó el a menudo descuidado “Sur dentro del Norte”.

Mientras que la composición específica del equipo de cada país se dejó a cargo de la coordinación local o grupo central, se establecieron pautas para asegurar que cada equipo englobara las siguientes áreas de conocimiento: habilidades de investigación basadas en una ciencia social que se hubieran aplicado con anterioridad en temas de salud o de derechos reproductivos; relaciones fuertes con organizaciones de base comunitaria y de defensoría de la mujer, y experiencia en la provisión de servicios directos para la salud o el cuidado de la salud reproductiva. En realidad, ni el criterio para elegir a los países ni los que se aplicaron para seleccionar a las integrantes del equipo fueron seguidos con completa consistencia. Empero, la misma falta de consistencia —las disparidades entre los contextos políticos y la composición del equipo de investigación en los siete países— ha probado ser una de las variables más interesantes en la formación del proceso y los resultados de la investigación del IRRRAG. Los siete países y los equipos de investigación-acción reunidos en cada uno de ellos no llegan siquiera a aproximarse al tremendo rango de diferencias que hay entre las mujeres del mundo o entre las que habitan dentro de cada país. Sin embargo la diversidad de condiciones y antecedentes que representan no son menos importantes, pues se amplía la riqueza de los estudios por país contenidos en el presente volumen pese a que complica cualquier comparación que pudiéramos hacer dentro de cada país y entre ellos (véase el capítulo 9).

En nuestra primera reunión internacional, que fue realizada en Kuala Lumpur en noviembre de 1992, las participantes del IRRRAG estuvimos de acuerdo en establecer varios procedimientos dirigidos a maximizar los aspectos consultivos y de colaboración de los procesos y en mantener un método democrático en la toma de decisiones. Los procedimientos fueron los siguientes: la creación de políticas de toma de decisiones colectivas, de manera que las reuniones

internacionales constituyeran el cuerpo de gobierno del IRRRAG; la rotación de posiciones y sitios de reunión; la equitativa participación en el liderazgo y la responsabilidad; y un reporte y registro cuidadosos para asegurar que todas las decisiones importantes fueran verdaderamente consensuales y que estuvieran representados todos los puntos de vista. En esta forma construimos un cuerpo común de política internacional y procedimientos, así como de documentación de la evolución de nuestro pensar con el paso del tiempo.

Desde los orígenes del proyecto hubo tensión entre el consenso internacional y la autonomía local; dicha tensión tiene obvias relaciones con los tipos de diferencias de poder discutidos con anterioridad. También surgieron complicaciones al definir las metodologías de investigación y el marco conceptual. ¿Dónde debería establecerse el límite entre la necesidad de comparar los resultados de los países y la de respetar las prioridades y especificidades locales? En nuestra primera reunión internacional adoptamos reglas comunes para que los métodos de investigación se utilizaran en el campo y en la selección de sitios y sujetos de investigación. Al mantenernos apegadas al foco subjetivo de nuestra investigación y con plena conciencia de que las mujeres rurales tienen sus propias nociones sobre su derecho a la reproducción y a la sexualidad, acordamos que un enfoque cualitativo y etnográfico era el más apropiado para nuestros propósitos. Dicho enfoque, con minuciosas entrevistas a un número relativamente pequeño de personas en lugares cuidadosamente seleccionados, podría iluminar mejor los significados locales en la toma de decisiones reproductivas, revelar las maneras en que las mujeres perciben esos significados, y permitirnos utilizar el proceso de investigación mismo para conferirle poder a las mujeres que participan en el estudio.

Esto no significa que deban emplearse métodos cualitativos en detrimento de los cuantitativos o una variedad de fuentes secundarias y estadísticas, sino más bien que estas últimas se utilicen para validar y reforzar los hallazgos cualitativos. Los equipos de los países estarían en libertad de elegir entre una variedad de técnicas de entrevistas cualitativas (en grupo, personales, profundas, con dramatizaciones, etc.), pero todas las contextualizarían con investigación previa para determinar los niveles económico, social, cultural, legal y de salud de las mujeres en sus países; e integrar tal contexto sería

para hacer factible la interpretación de sus hallazgos locales. Los equipos de los países al desarrollar los instrumentos y determinar el análisis apropiado para los contextos locales, estarían guiados por nuestro marco común de preguntas. Juntos, las preguntas, los temas comunes (sexualidad, matrimonio, control de la fertilidad, procreación), y las metodologías coincidentes, proporcionarían una base razonable para comparar los estudios.

Adicionalmente a la definición de los parámetros metodológicos, estuvimos de acuerdo en las pautas para seleccionar los lugares y las personas para la investigación. Nuestro estudio se enfocaría básicamente en las mujeres de bajos recursos para dar voz a aquellas a quienes generalmente no se les escucha en los debates internacionales sobre derechos y salud reproductiva.²¹ Además, concordamos en que el estudio de cada país incluiría por lo menos un sitio rural y uno urbano, y abarcaría diversidad de personas según características de raza (donde fuera relevante), de religión, edad, y estado civil. Aunque no había alguna manera realista de que tal estudio, hecho en pequeña escala, pudiera ser representativo de las mujeres del país o de cualquier clase o grupo, consideramos que era necesario reunir datos que pudieran reflejar las diferencias sociales importantes.²² Inicialmente también decidimos excluir a los hombres, por lo menos en la etapa presente, debido a que nos preocupaba que las respuestas de las mujeres pudieran acallarse o cambiar al saber que los hombres de la comunidad o la familia también iban a ser entrevistados. Finalmente, para compensar el hecho de que nuestras investigadoras no podrían residir en las comunidades donde se realizaría el estudio por un periodo prolon-

²¹ Las integrantes del IRRRAG hemos pretendido cumplir aunque sea parcialmente con este propósito presentando nuestros hallazgos en los foros de ONG en El Cairo (1994) y Pekín (1995) y en la Octava Reunión Internacional sobre Mujer y Salud de Río de Janeiro en marzo de 1997.

²² No requerimos un número común o mínimo de entrevistadas por país para cada estudio, aunque dados los métodos cualitativos y a profundidad que elegimos, anticipamos que éste sería pequeño. En la práctica, incluyendo las entrevistas y encuestas individuales y de grupo, el promedio por país fue de 197; considerando sólo las entrevistas individuales a profundidad o historias de vida, el promedio fue de 41 por país. En total, 1 376 personas de 32 comunidades distintas fueron puestas como sujetos de investigación por los métodos combinados.

gado, decidimos buscar grupos de entrevistadas basados en su filiación con organizaciones comunitarias, de salud o laborales con las que teníamos alguna relación y que podrían proporcionarnos las bases para acceder a la localidad o al grupo y recibir su confianza.

En la práctica muchas de estas decisiones fueron revisadas a lo largo del camino o modificadas por los diferentes equipos de investigación según lo requirieron sus circunstancias particulares (véase la tabla I.1). En cuanto a los métodos de investigación, la mayoría de los equipos utilizó una combinación de tres enfoques: entrevistas de grupo sin estructura (en ocasiones se les decía libremente “discusiones de grupo focales”),²³ entrevistas individuales profundas que se realizaban con un pequeño número de participantes elegidas dentro del grupo y estaban basadas en cuestionarios más estructurados; e investigación de antecedentes (con encuestas nacionales secundarias y perfiles básicos de la comunidad). Adicionalmente, varios países complementaron estos métodos con: 1) la grabación de historias de vida individuales (más abierta y con menos estructura que las entrevistas individuales); 2) entrevistas con figuras centrales de la comunidad (tales como trabajadoras en el área de la salud y líderes de la comunidad, de sindicatos o religiosos, que a veces eran hombres); 3) encuestas en escala mayor conducidas mediante el uso de cuestionarios, o 4) aplicación de técnicas de psicodrama o de representaciones.²⁴

²³ Éstos no fueron técnicamente “grupos focales”, que suelen estar formados por individuos seleccionados aleatoriamente de diferentes profesiones y condiciones; nuestros grupos estaban compuestos deliberadamente por amigas, vecinas, compañeras de trabajo, etc., y basados en la residencia común o la membresía en un sindicato o grupo comunitario; asimismo, en ocasiones estuvieron definidos por compañeros de edad, estado civil o género comunes.

²⁴ Hubo variaciones importantes en la forma en que los equipos de los países abordaron estas metodologías. Por ejemplo un equipo, el de México, utilizó las discusiones de grupo más como una manera de indicar el contexto cultural local e identificar a las entrevistadas individuales, que como fuente de datos primarios; otro, el de Egipto, tomó las entrevistas de grupo como su primera fuente de datos, que sólo completó con una pequeña cantidad de entrevistas individuales (12); mientras que otro, el de Malasia, prescindió totalmente de las entrevistas de grupo, y se concentró exclusivamente en las individuales. El equipo filipino priorizó las entrevistas individuales con 19 pares de madre-hija, pero las complementó con grupos focales y una encuesta mucho más extendida (354 participantes) realizada mediante cuestionario.

TABLA I.1
 Perfil de los entrevistados IRRRAG

<i>Entrevistados</i>	<i>Brasil^a</i>	<i>Egipto^b</i>	<i>Malasia</i>	<i>México^a</i>	<i>Nigeria^a</i>	<i>Filipinas^a</i>	<i>Estados Unidos de Norteamérica</i>
Número (total)	182 ^c	130	71	141	354	334 ^c	130
Individuales	45	12	71	29	72	28	32
Grupales	104	130	0	141	354	39	101
Incluye a hombres	sí	sí	no	no	no	no	no
<i>Porcentajes</i>							
Urbano	59	79	38	44	35	36	73
Rural	41	21	62	56	65	64	27
Casado o viven juntos	58	63	68	61	53 ^d	93	42
Nunca casado	31	35	24	25	28	0	40 ^e
Divorciado, viudo o separado	11	2	8	14	19	7	13
Empleado	84	61	68	64	65	71	84
Desempleado ^f	16	39	32	36	35	29	16
Edad							
menos de 21	13	36	19	0	25	3	11
de 21 a 44	46	61	62	86	49	39	65
más de 45	41	3	19	14	26	57	24

^a Los porcentajes incluyen las entrevistas individuales. ^b Los porcentajes incluyen a mujeres solamente. ^c Incluye solamente las respuestas de las mujeres al cuestionario (no entrevista). ^d De éstos, 33% polígamos. ^e Incluye a los usuarios de asistencia pública que no declararon a sus parejas. ^f Incluye estudiantes, jubilados y amas de casa.

En cuanto al foco de investigación, la decisión inicial de concentrarse sólo en dos aspectos de la salud reproductiva —anticonceptivos y procreación— resultó ser inconsistente con las metas más amplias del proyecto y con los tipos de metodologías cualitativas abiertas que habíamos elegido. El objetivo de contextualizar las decisiones reproductivas de las mujeres y verlas en toda su complejidad situacional llevó a los equipos a investigar en un rango mucho más amplio de temas. Además, tanto en las discusiones de grupo como en las entrevistas individuales las participantes no se ciñeron convenientemente a dichos temas, como en el caso de los anticonceptivos; en su lugar abordaron un conjunto de temas relacionados y entrelazados entre sí como la fertilidad, la sexualidad, la economía, las relaciones de género y de parentesco, el trabajo y el cuidado de los hijos. En otras palabras, el mismo proceso de investigación como muchos de nuestros hallazgos confirmaba que el control de la fertilidad no puede estar aislado de otros aspectos de la vida de las mujeres.

Las grandes variaciones en los diseños de las investigaciones de los equipos tuvieron que ver con la composición de sus respectivos grupos de entrevistadas. Los equipos de Egipto y de Brasil decidieron incluir cierta cantidad de hombres en sus grupos para comparar sus puntos de vista con los de las mujeres. En contraste, el equipo de Filipinas eligió dar luz a las diferencias y las coincidencias generacionales de una manera particularmente propia, pues se valieron de una estrategia de investigación consistente en realizar entrevistas profundas a pares seleccionados de madres e hijas. Finalmente, los equipos de los países enfocaron en diversas formas nuestra decisión original de buscar sujetos de investigación atendiendo a su participación en algún tipo de organización comunitaria o del lugar de trabajo. De este modo, los equipos de Malasia, Egipto y Filipinas seleccionaron a las participantes basándose en su vecindad o residencia, lo que reveló una situación real: que la mayoría de las mujeres de esas sociedades no están organizadas de manera formal pero derivan sus identidades básicamente de los grupos de parentesco y de las comunidades religiosas o de residencia. En contraste, los equipos de México, Brasil y EU —donde la participación de las mujeres en organizaciones populares es una parte clave de la sociedad civil y el cambio social— no sólo se-

leccionaron a sus entrevistadas basándose en su afiliación organizacional, sino también consideraron la pertenencia a organismos y el activismo comunitario como factores de peso al momento de analizar sus datos.²⁵ Así, las estrategias metodológicas necesariamente se adaptaron para reflejar las condiciones particulares del panorama político local.

Las diversas culturas políticas propias de los movimientos nacionales de mujeres representados en el IRRRAG, al igual que las variaciones en el balance dentro de cada equipo del número de activistas y el de académicas, sin lugar a dudas afectaron la ubicación de cada equipo en el continuo entre investigación objetiva y participativa. Si bien todas aceptaron en principio la responsabilidad de *devolver* algo a las comunidades en las que se realizó la investigación y contribuir al empoderamiento de sus mujeres, no todos los equipos contaron con los recursos organizacionales o de base necesarios para cumplir con esta responsabilidad en el mismo grado o de la misma manera. Sin embargo, más allá de los problemas prácticos que implica el transitar de la investigación a la acción, aún existen preguntas básicas sobre la ética y los valores de la investigación. Al intentar transmitir las voces de las mujeres, particularmente en lenguas que no son las suyas, ¿cómo podemos evitar el riesgo de la distorsión o la malinterpretación que surgen de los múltiples procesos de traducción, edición, reescritura y descontextualización? ¿Y cómo equilibrar las metas de reproducir las voces de las mujeres (aunque de manera imperfecta) y transformar sus condiciones?

Aunque nunca las resolvimos, tales preguntas suscitaron muchos diálogos fructíferos durante los casi cinco años de trabajo que culminaron en la creación de este volumen. El equipo egipcio (atrapado entre las batallas sobre la MGF y la aceptación prevaleciente en su país) insistió en el reto que suponen para las propias investigadoras las percepciones y los valores planteados por las entrevista-

²⁵ El equipo nigeriano seleccionó a las entrevistadas basado en su membresía en organizaciones populares, pero estos grupos tendían a ser tradicionales, como las asociaciones de mujeres de mercado o los grupos de la iglesia; esta elección fue menos una estrategia analítica que una activista, capaz de desarrollar una base comunitaria para facilitar futuras investigaciones.

das, quienes no comparten el punto de vista de que ciertas prácticas son violatorias de los derechos de la mujer. ¿Son las investigadoras capaces de observar la situación de las participantes a través de sus ojos y no a través de los propios? Las integrantes del equipo de Brasil argumentaron que si bien el dilema entre reproducir las realidades de las mujeres y cambiarlas es inevitable en nuestro trabajo, nuestro propósito es analizar la lógica de las mujeres para interpretarla e intervenir de manera apropiada, y el hecho de que nuestros informantes juzguen que una práctica o tradición es buena o natural no debe llevarnos a juzgarla del mismo modo. Otras brasileñas argumentaron que, aunque procuremos permanecer imparciales, los datos que reunamos necesariamente serán mediados por nuestro análisis e interpretación, ya que seleccionamos ciertos temas y respuestas y los colocamos en un contexto social más amplio. Como investigadoras comprometidas no podemos evitar la doble responsabilidad de esforzarnos por entender la situación de nuestras informantes percibiéndola a través de sus ojos y trabajar para difundir nuestra propia visión del empoderamiento de las mujeres y de los derechos humanos plenos.

Sin embargo, en la realidad, la experiencia del IRRRAG nos ha demostrado que es más fácil resolver el dilema en la teoría que en la práctica y que eso se vuelve más complicado por nuestro compromiso con un marco conceptual cimentado en las éticas de apropiación o de derechos. La tentación de permutar la función profesional de las investigadoras por la de organizadora o educadora comunitaria fue muy grande en ciertos momentos: por ejemplo, cuando algunas entrevistadas de hecho defendían la MGF, que consideraban socialmente benéfica para ellas y sus hijas y negaban el daño sexual que ocasiona para la salud de las mujeres, o cuando afirmaban que exigir relaciones sexuales era prerrogativa del esposo. Sin embargo, un clima de inestabilidad e incertidumbre sobre el futuro, incluyendo las presiones personales y trastornos tan severos para las investigadoras (clase media) como para las participantes (clase pobre y trabajadora), se ha intensificado desde 1992, cuando comenzó nuestra investigación. Sin minimizar las diferencias de clase y educación que separan a nuestras investigadoras de las mujeres con quienes se entrevistan, nos hemos percatado al justipreciar los cambios experimentados en nuestras propias vidas

durante los años de este estudio, que las crisis económicas y políticas causadas por el capitalismo neoliberal en muchas formas nos acercan a nuestras entrevistadas en lugar de alejarnos de ellas. Al viajar al mundo de esas mujeres no sólo hemos descubierto su subjetividad y visión sino también hemos reanimado las nuestras.

Este libro presenta un estudio que se llevó a cabo en siete países y da luz sobre las estrategias de las mujeres para alcanzar su dignidad sexual y reproductiva, si no su autoridad, en contextos muy distintos de cultura, religión y ciclo de vida. Sin embargo, a medida que comienza el siglo xxi, muchas de las experiencias de vida que presentamos en los siguientes capítulos y las condiciones sociales que las limitan, apelan a las mujeres pese a sus diferencias y a su distinta ubicación en el mundo.²⁶

²⁶ La historia más detallada del proceso organizacional y los métodos del IRRRAG, así como las lecciones que queremos compartir con otros investigadores y activistas, se pueden encontrar en una publicación separada: *Catalizadores y mensajeros: Lecciones de un proyecto intercultural sobre los derechos reproductivos y sexuales de la mujer* (1998), disponible en la oficina internacional del IRRRAG. Los siete capítulos siguientes son versiones condensadas de los informes de estudios por país más detallados y extensos. Los nombres que se utilizan en ellos para distinguir a las entrevistadas son pseudónimos, pues es necesario proteger su confidencialidad.

II. NO COMO NUESTRAS MADRES. LA ELECCIÓN REPRODUCTIVA Y EL SURGIMIENTO DE LA CIUDADANÍA ENTRE TRABAJADORAS RURALES, TRABAJADORAS DOMÉSTICAS Y AMAS DE CASA BRASILEÑAS*

SIMONE GRILO DILIZ
CECÍLIA DE MELLO E SOUZA
ANA PAULA PORTELLA**

Para las mujeres brasileñas la actividad reproductiva está entrelazada en el gran tejido de subordinación de género en el lugar de trabajo y la casa: violencia doméstica, representaciones y prácticas relacionadas con el matrimonio y la sexualidad, y un sistema de asistencia médica que se deteriora constantemente. En la nueva constitución brasileña, adoptada en 1988, se estableció que la salud es un derecho universal y una responsabilidad del Estado, pero en la práctica la instrumentación total de este derecho y de la reforma de salud han sido obstruidas por la inestabilidad financiera y la mala administración. Mientras tanto, la tasa de fertilidad de Brasil ha descendido casi 50% desde 1970, de 6.5 a 2.5%, a pesar de la política liberal del gobierno respecto a la planeación familiar (Bemfam-DHS, 1997); sin embargo este *milagro demográfico* no ha estado acompañado por el *milagro económico* que se anticipaba para un gran número de brasileños que continúan atrapados en la pobreza. Las mujeres pobres

* Traducido al inglés por Jones de Freitas y Cecília de Mello e Souza.

** Además de las tres autoras principales, este trabajo no habría podido ver la luz sin la dedicada labor de las otras integrantes del equipo de IRRRAG en Brasil: Margareth Arilha, Cassia Carloto y Maria Dirce Gomes Pinho en São Paulo; Maria Betania D'Avila en Pernambuco, y Helena Bocayuva y Carmen Guimaraes en Río de Janeiro. También agradecemos las aportaciones de nuestras investigadoras: Silvia Marques Dantas, Joseineide de Oliveira y Vanete Almeida en Pernambuco, y Maria Lucia da Silveira en São Paulo.

—en particular las negras y las mestizas— tienen los trabajos peor pagados y menos valorados, sin guarderías u otras instalaciones públicas y casi sin ayuda masculina en los quehaceres domésticos.

En este contexto, no sorprende que las mujeres de nuestro estudio, que pertenecen a las zonas rurales y urbanas pobres, no logren separar con facilidad las esferas de trabajo, reproducción y sexualidad. Para ellas, el cuerpo es un instrumento de trabajo con el cual se afanan en los campos, limpian la casa de alguien, crían a los niños o tienen relaciones sexuales. A pesar de todo, algunas de ellas han comenzado a cuestionar y transformar las obligaciones injustas del trabajo reproductivo que se les impone como mujeres. Éste es el caso de las que participan en movimientos sociales y de trabajo, pues aunque no se identifican a sí mismas como feministas, luchan por los derechos de la mujer y por mejorar su vida diaria.

El equipo del IRRRAG de Brasil aplicó su estudio a tres grupos representativos de las actividades más frecuentes de las mujeres brasileñas: las trabajadoras rurales en el noreste, las trabajadoras domésticas en Río de Janeiro y las amas de casa de bajos ingresos que participaban en el movimiento de salud popular en las afueras de São Paulo. Pese a la separación geográfica y las diferencias en las condiciones de sus trabajos y vidas, son importantes las semejanzas que unen a los tres grupos. Son muchas las trabajadoras domésticas de Río y las esposas de São Paulo que emigraron del noreste con sus familias; por tanto, buena parte de las insertas en los tres grupos comparte orígenes económicos y culturales. Las similitudes también aparecen en sus estrategias para adquirir el poder en la toma de decisiones sobre la producción y la sexualidad, y en sus deseos por transformar sus dolores y penas en una mejor vida para ellas y sus hijos. Sobre todo, una gran cantidad de nuestras encuestadas ha buscado de manera consciente una vida más allá de la reproducción, valiéndose del trabajo pagado fuera de casa y de la participación política en el sindicato y los movimientos populares. Dicha participación ha sido un paso importante hacia el desarrollo de la conciencia de su propia valía, sus capacidades, y sus derechos sociales, reproductivos y sexuales.

EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO Y POLÍTICO BRASILEÑO

Ocupando la mitad del área latinoamericana y con la novena posición en términos del producto interno bruto (PIB) entre las economías capitalistas, Brasil tiene una de las distribuciones de ingresos y recursos más desiguales del mundo. El sureste, la región más rica y desarrollada del país, donde está concentrada casi la mitad de la población, es la zona más industrializada y urbanizada y representa 80% de la producción industrial y 75% de la agrícola. En esta región aplicamos nuestro estudio a algunas mujeres de las dos ciudades más grandes de Brasil, Río de Janeiro y São Paulo. El noreste, en donde se ubica nuestro tercer sitio de investigación, en el *sertao* (tierra interior semiárida que cubre la mayor parte del noreste), se halla una región en el estado de Pernambuco que sigue siendo primordialmente rural y donde aún prevalecen los grandes estados hacendarios y la mano de obra asalariada informal (Soares *et al.*, 1996). Como muestran todos los indicadores sociales, dicha región está mucho más rezagada que el sureste, y sus tasas de analfabetismo y de mortandad infantil son casi tres veces más altas, hay mayor fertilidad, menor esperanza de vida y un salario medio de menos de la mitad que en la parte más próspera del sureste (FIBGE, 1996; FLACSO-CEPIA, 1993).

En la intersección de estas disparidades económicas y regionales se encuentran las disparidades étnicas y de raza. Brasil es una sociedad multirracial cuya población es 45% mestiza y negra (FIBGE, 1996). Además, más de 70% de esa población negra y mestiza vive en el noreste, donde las condiciones de trabajo y de vida son mucho más precarias y marginales que en otras regiones. Las mujeres negras y mestizas tienen el nivel de educación e ingresos más bajo entre todas las brasileñas y generalmente se les emplea en el sector informal con salarios bajos, o como trabajadoras domésticas. Así, el racismo estructural se combina con el género y la opresión de clase que experimentan las mujeres de esta región y experimentaron aquellas que migraron para escapar de estos abusos. Gran parte del trabajo rural en Pernambuco, como en el resto del noreste, permanece sin ser regulado; sus remuneraciones están por debajo del salario mínimo y suelen violarse el mandato nacional de máximo de horas de trabajo y los requerimientos de seguridad. Los derechos que han sido otorgados a las trabajadoras de otros secto-

res de Brasil, como la incapacidad por maternidad, guarderías en los lugares de trabajo, y permiso para que puedan amamantar en su trabajo, aún están fuera del alcance de las trabajadoras agrícolas.

En el *sertao* los conflictos de tierra son el aspecto más visible de un contexto social extraordinariamente violento que incluye la persecución política, el incumplimiento de las leyes laborales, la esclavitud y el trabajo infantil, condiciones inhumanas de trabajo, y la violencia doméstica, como aspectos cotidianos de la vida rural. Además, las sequías periódicas obligan a poblaciones completas a reubicarse en busca de trabajo y alimento. Las mujeres sólo son diestras en el trabajo agrícola y doméstico; de ahí que cuando emigran a la ciudad huyendo de la sequía y la pobreza, se les emplee como domésticas: hacen las tareas de la casa a cambio de salarios, alimento y a menudo también un lugar para vivir.

En el sureste, Río de Janeiro, la segunda ciudad más grande y la capital hasta 1960, continúa siendo un centro económico y cultural, así como una Meca turística conocida internacionalmente. Tanto Río de Janeiro como São Paulo son comparables con los principales centros urbanos de los países desarrollados por sus recursos tecnológicos y culturales, a pesar de los grandes cinturones de pobreza que las rodean, las llamadas *favelas* (barrios bajos, ciudades perdidas). A partir de los años sesenta, ambas ciudades experimentaron el incremento del flujo de inmigrantes en busca de trabajo y mejores condiciones de vida. Las trabajadoras rurales del noreste han emigrado en grandes cantidades al sureste, donde se emplean como domésticas mientras sus esposos trabajan en el sector industrial (véase Minayo, 1995).

De 1964 a 1985 Brasil vivió la dictadura militar, cuyo periodo represivo más importante (1968-1974) coincidió con una intensa industrialización y un notable crecimiento económico. Pero el llamado *milagro económico* se logró a costa de una gran deuda externa, de la exclusión política y económica de las masas brasileñas, y del agrandamiento de la brecha de ingresos entre ricos y pobres. En los años ochenta, la recesión, la inflación, el alto desempleo, la disminución de la inversión social y el deterioro de los servicios públicos incrementaron aún más la brecha y las cargas domésticas sobre las mujeres pobres. Al mismo tiempo, la industrialización y la urbanización en los años sesenta y setenta desencadenaron cam-

bios profundos en la estructura del mercado laboral, en las relaciones familiares y en la posición de la mujer. Como resultado, actualmente más de 39% de todas las mujeres y 50% de las que tienen entre 20 y 49 años de edad, participan en la fuerza de trabajo (comparado con 75% de todos los hombres) (FIBGE, 1996; Bruschini, 1994). Además, grandes contingentes de mujeres que trabajan en el mercado informal no están incluidas oficialmente entre las personas económicamente activas.

Las razones de este incremento masivo de trabajadoras son principalmente económicas, e incluyen la disminución de los salarios para los varones, el aumento de las expectativas del consumidor, y los mercados de trabajo en expansión. Sin embargo, las ganancias de las mujeres no han aumentado respecto a las de los hombres (aunque como grupo reciban más años de educación formal), principalmente como consecuencia de la persistencia de la segregación de género en el mercado de trabajo brasileño (FLACSO-CEPIA, 1993). La mayoría de las mujeres aún desempeña las tareas menos prestigiosas y de menor paga, y forma el contingente urbano más grande en el servicio doméstico. Las trabajadoras domésticas que entrevistamos solían ser migrantes, principalmente negras y mestizas, y ganaban entre 112 y 224 dólares al mes. La mayoría de ellas no había terminado la educación primaria y su nivel de alfabetismo era muy bajo. Se estima que hay 10 millones de trabajadoras domésticas en Brasil, y de ellas 350 000 se ubican en Río de Janeiro.

Dentro de un contexto político militar, los inicios de la década de los ochenta son un periodo de transición conocido como “la apertura”, cuando se reorganizaron los partidos políticos y surgieron muchos movimientos sociales. Se llevaron a cabo elecciones para posiciones ejecutivas y legislativas estatales y federales, culminando con la elección presidencial de 1989. La nueva Constitución que entró en vigor en 1988 ha sido considerada una de las más progresistas del mundo; no sólo garantiza la igualdad de géneros en asuntos civiles, en el trabajo y las relaciones familiares, sino también considera la “práctica del racismo” un crimen federal que se castiga con la cárcel.¹ Además, desde 1948 el gobierno

¹ El movimiento de las mujeres en Brasil ha logrado la instauración de muchos derechos que proporcionan una base formal para transformar las relaciones

brasileño ha firmado varias convenciones, tratados y acuerdos internacionales relativos a las mujeres y sus derechos, incluyendo la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Programa de Acción del Cairo (ICPD) y la Plataforma de Acción de Pekín (FWCW).² Sin embargo siguen existiendo enormes brechas entre los principios democráticos de la Constitución federal y su cumplimiento e instrumentación, especialmente en cuanto a la no discriminación por cuestiones de clase social, género, raza, etnicidad y orientación sexual. La mayoría de las mujeres en nuestro estudio —que son predominantemente de color, trabajadoras domésticas, rurales y del sector informal— caen en estas brechas, donde la igualdad solamente existe en el papel. En 1972 se otorgó a las trabajadoras domésticas el derecho a un contrato formal y a algunos beneficios, tales como un día libre a la semana, vacaciones pagadas, acceso al seguro social y descanso por maternidad; con la Constitución de 1988 obtuvieron algunos beneficios de seguridad social, como la pensión para el retiro. Sin embargo aún se les niega la protección de la ley para trabajar un número máximo de horas y recibir seguridad en el trabajo; no fue sino hasta 1995 cuando las trabajadoras rurales ganaron el derecho de incapacidad por maternidad (CFEMEA, 1994).

Fuera del centro laboral, todas las trabajadoras de Brasil sufren la falta de atención de los varones para compartir las tareas domésticas, a pesar de la participación de la mujer en las tareas extradomésticas; además de su trabajo remunerado, en las mujeres

de género. En cuanto al trabajo, la Constitución prohíbe la discriminación de género en las contrataciones, promociones y sueldos; garantiza el pago de incapacidad por maternidad hasta por 120 días sin que exista riesgo de perder el empleo, al igual que incapacidad por paternidad hasta por 5 días; y da a las mujeres el derecho de poseer y utilizar tierras tanto en áreas rurales como en urbanas. Adicionalmente, declara que los derechos y las obligaciones son iguales para los hombres y las mujeres dentro del matrimonio (Álvarez, 1990; Pitanguy, 1994). Para la historia reciente de la democratización, véase Stepan, 1989.

² Brasil también es signatario de la Convención Interamericana sobre los Derechos Civiles de las Mujeres (1948), la Convención Interamericana sobre los Derechos Políticos de las Mujeres (1948), la Convención sobre Derechos Políticos de las Mujeres (1952) y la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en contra de las Mujeres (1981).

recae la obligación de atender la casa y cuidar a los hijos. Tampoco se han instaurado las políticas sociales para proveer educación y guarderías para niños mayores de seis años, aun cuando dichos beneficios hayan sido previstos en la Constitución de 1988. En Brasil, entre 1982 y 1990 aumentó de 16.6 a 20.3% la proporción de hogares encabezados por mujeres —con ingresos más bajos que los hogares encabezados por hombres—. ³ Además, la falta de cuidado apropiado de los niños u otros apoyos para el trabajo reproductivo, y la práctica ilegal pero común de requerir prueba de embarazo o ligadura de trompas como condición para ser contratadas, ayuda a entender por qué ha disminuido la fecundidad ello aunado a las escasas políticas sociales que apoyan la maternidad (CFEMEA, 1993). ⁴

Al igual que el empleo, la asistencia médica bajo la Constitución federal de Brasil, recibe protecciones formales superiores a las de muchos países, pues se asienta que la salud es un derecho universal y es deber del Estado garantizar el acceso universal. El sistema público de asistencia médica, abierto para todos, se compone de centros de salud pública, centros de emergencia, hospitales y centros de salud privados asociados al Ministerio de Salud. La Constitución también considera que la planificación familiar es un derecho universal basado en la libre decisión de las parejas. En

³ Mientras que en 1990 el promedio mensual de ingresos de las familias encabezadas por varones fue de 705.60 dólares, el de las encabezadas por mujeres fue de sólo 291.20 dólares (PNAD, 1990, citado en Berquó, Araújo y Sorrentino, 1995).

⁴ De hecho, estudios recientes hacen evidente que el rápido descenso de la fecundidad desde la década de los setenta, no fue resultado de una estrategia eficiente y deliberada de control poblacional, sino de la modernización, el cambio socioeconómico, las presiones económicas, la urbanización y las consecuencias tangenciales de las políticas públicas, todo lo cual ha implicado la elevación de costos para el mantenimiento de los hijos; de ahí la preferencia por las familias de tamaño reducido (Martine, 1996). Más aún: estos cambios de las condiciones económicas y sociales han contribuido a realizar transformaciones importantes en el terreno de la cultura popular, incluyendo la diseminación masiva de imágenes televisivas que alientan el consumismo y las familias pequeñas. A su vez, el crecimiento masivo del número de trabajadores de la industria y los servicios ha incrementado ampliamente la cantidad de personas expuestas a la comercialización mediática, pero limitadas por las circunstancias económicas, quienes apoyan una ética capitalista que favorece la preferencia por tener pocos hijos (Faria, 1989).

1983 el Ministerio de Salud, alentado por mujeres feministas dedicadas a la salud y académicas, creó el PAISM, o Programa de Asistencia Integrada para la Salud de las Mujeres, que reconoce la necesidad de acción y servicios dirigidos especialmente hacia las mujeres para ayudarlas desde la infancia hasta la vejez, con atención especial en la etapa reproductiva. El PAISM, concebido como alternativa de los programas tradicionales de maternidad y salud infantil, exige que el Estado proporcione servicios preventivos y educativos para resolver una gran variedad de necesidades, que incluyen el cuidado prenatal, el cuidado de parto y postparto, tratamientos de fertilidad, anticoncepción y prevención; tratamientos para los cánceres de mama y cérvico-uterino y enfermedades de transmisión sexual (ETS), y tratamientos por desórdenes relacionados con la menopausia (Pitanguy, 1994; CFEMEA, 1994).

Sin embargo, la instrumentación de estos servicios ha encontrado dificultades en la práctica debido a los serios problemas de asignación de recursos que afectan muchas áreas del gasto social en Brasil. La privatización y el deterioro de los servicios públicos en el sector salud generalmente van unidos a las presiones culturales y religiosas que ejerce un sector de la sociedad brasileña para impedir la realización práctica de los derechos reproductivos de las mujeres. A pesar de las garantías constitucionales, a pesar del PAISM, y a pesar de que las políticas públicas refrendan el acceso universal a la planificación familiar, el gobierno ha estado muy renuente a traducir estos derechos en acciones. Aunque en 1960 y 1970 las autoridades estatales alentaron los servicios de planificación familiar privados,⁵ fue apenas en 1983 cuando el gobierno lanzó oficialmente el PAISM, pero no le otorgó los recursos necesarios para llevar a la práctica su programa más completo en salud reproductiva. Además, el aborto continúa siendo una práctica ilegal en Brasil, excepto en casos de violación y cuando la vida de la mujer se encuentra en riesgo; así, la mayoría de los abortos se realizan de manera ilegal en el sector privado. Incluso a las mujeres que reúnen los requisitos

⁵ En 1965 la Federación Internacional de la Paternidad Planeada estableció la Bemfam (Sociedad Civil para el Bienestar de la Familia en Brasil), una institución privada que proporciona servicios gratuitos de planificación familiar y defensoría (Barroso y Bruschini, 1989).

necesarios para tener un aborto legal se les niega este servicio en los hospitales públicos, pues los médicos y miembros de la Corte retrasan el proceso hasta que es demasiado tarde.⁶

Así, a pesar de la amplia visión del PAISM, la variedad de métodos de salud reproductiva y los servicios que reciben las mujeres brasileñas siguen siendo en la práctica muy limitados. Aun cuando aumentaron en la demanda y el uso de medios para el control de natalidad en los años ochenta y noventa, esto no ha estado acompañado por un acceso equitativo y libre a una más completa variedad de métodos anticonceptivos efectivos y seguros. Los datos nacionales más recientes sobre el uso de anticonceptivos revelan que alrededor de 77% de las mujeres que tienen entre 15 y 49 años de edad, estén casadas o en unión libre, y 55% de todas las mujeres, utilizan algún método anticonceptivo, aunque dominados por la esterilización femenina, que en 1996 fue el método elegido por 40% de las mujeres con pareja en todo el país, seguido por los métodos hormonales (principalmente la píldora) con 22%. Las tasas de esterilización femenina también varían por región: en el noreste es 44% de las mujeres con pareja, 46.3% de las que viven en Río, y 33.3% de las mujeres que viven en São Paulo (Bemfam-DHS, 1997). La esterilización, a pesar de ser el método anticonceptivo de más uso en Brasil, tuvo un estatus legal ambiguo antes de 1997, pues los servicios de salud pública no lo proporcionaban oficialmente; sin embargo médicos y mujeres encontraron estrategias para realizar las esterilizaciones en forma rutinaria, la más común de las cuales era combinar la ligadura de trompas con una intervención de cesárea. De hecho, 60% de tales ligaduras se realizó de esta manera.⁷

⁶ Sólo un puñado de hospitales proporciona este servicio, siempre después de largas y difíciles negociaciones. La lucha por convencer a las autoridades de los servicios públicos de practicar abortos legales es uno de los retos principales del movimiento de mujeres. El 20 de agosto de 1997 la Constitución y el Comité de Justicia del Congreso aprobaron una propuesta legislativa para regular la provisión de abortos legales por parte de los servicios asistencia médica en las instancias especificadas en el Código Penal (riesgo a la vida de la mujer embarazada o violación).

⁷ Antes de 1997 se podía realizar una ligadura de trompas de manera legal y se registraba en documentos médicos oficiales basados en testimonios médicos que aseguraban que otro embarazo podría poner en peligro la salud o la vida de la mujer, en cuyo caso el Estado pagaba la cirugía. Véase Berquó, 1993; Barros *et al.*,

Aún hoy la mortalidad materna es muy alta en todo Brasil, especialmente en el noreste, pese a la reducción de las tasas de fecundidad. Según las estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la proporción nacional por cada 100 000 nacimientos vivos es de 220 muertes maternas. Las mujeres de pocos recursos siguen falleciendo por causas relacionadas con el embarazo, por circunstancias evitables y tratables; 90% de estas muertes se debe a causas relacionadas con abortos ilegales en condiciones insalubres y riesgosas, hipertensión, enfermedades curables, y hemorragias e infecciones postparto. Estos hechos apuntan hacia las fallas en los servicios de salud pública, que a pesar de su expansión durante los años ochenta siguen siendo deficientes, especialmente en lo relativo a los cuidados prenatales y obstétricos. Se calcula que el aborto inseguro es responsable de 12% de las muertes maternas en Brasil. Dado que se trata de una práctica ilegal y es difícil reunir información confiable, los datos sobre su presencia en Brasil se deben interpretar con cuidado. Sin embargo, las cifras obtenidas de los registros hospitalarios indican que las tasas de aborto del país crecen constantemente desde los ochenta y principios de los noventa, particularmente en el noreste y en Río de Janeiro, donde representan un tercio de todos los embarazos (Singh y Sedgh, 1997). El Ministerio de Salud estima que ocurren entre 800 000 y 1 200 000 abortos cada año en Brasil, ejecutados con métodos diversos, que van desde los de menor riesgo que se realizan en clínicas privadas, hasta los que se llevan a cabo empleando remedios caseros y tradicionales.

El aborto es un procedimiento claramente extendido entre las mujeres de todas las clases sociales, a pesar de que les resulta difícil obtener el cuidado adecuado en caso de complicaciones. La razón principal de esta incidencia tan alta es la mala calidad de los servicios de salud reproductiva y la falta de acceso a las instalaciones públicas —en especial para las mujeres de bajos recursos— para obtener métodos anticonceptivos que sean seguros y no perma-

1991; Faúndes u Ceccatti, 1991, y Vieira y Ford, 1996. La Constitución de 1988 establece la planificación familiar como un derecho básico, pero apenas en 1997 esta disposición formó parte de la ley ordinaria al dictarse reglas claras para la consultoría y la prestación de servicios relacionados con la esterilización.

nentes (Singh y Sedgh, 1997).⁸ A fines de los años ochenta comenzó a utilizarse el abortivo misoprostol, que se compraba sin necesidad de receta médica en forma de una medicina llamada *Cytotec* (que se prescribe para úlceras). El *Cytotec* le ha ofrecido a las mujeres brasileñas una manera relativamente fácil y privada para abortar en un contexto general de ilegalidad y condena religiosa (Ariilha y Barbosa, 1993, véase la nota 28).

Junto con una elevada tasa de ETS, se estima que Brasil tiene 50% de l@s latinoamerican@s que se sabe portan el VIH, y en São Paulo 57% de los casos de sida registrados en Brasil. Como en todas partes del mundo, las mujeres se están infectando con más frecuencia y están enfermando con más rapidez; la relación entre hombres y mujeres con sida ha disminuido en la última década de 1:40 a 1:3 (*Brazil Ministry of Health*, 1996). Las casadas, en especial las que pertenecen a grupos de bajos ingresos, son las más expuestas al VIH y a otras ETS, en un contexto cultural de desigualdad de género que obstaculiza la educación y la prevención, incluyendo la negociación de sexo seguro. Mientras las mujeres aún están atadas a un estándar de monogamia heterosexual, muchos hombres casados tienen varias parejas sexuales y a menudo relaciones homoeróticas que no alteran su identidad sexual ni su posición como cabezas de familia (Barbosa y Villela, 1996; Guimaraes, 1996).

Estas condiciones socioeconómicas en Brasil —principalmente las deficiencias en los servicios de salud en general, y de salud reproductiva en particular— han contribuido a impulsar un movimiento de mujeres inusualmente dinámico y amplio que ha puesto especial atención en lo relativo a los derechos reproductivos y sexuales.

EL MOVIMIENTO DE LAS MUJERES Y EL DESARROLLO DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Desde la caída de la dictadura a fines de los años setenta los movimientos de mujeres en Brasil han estado aliados con otros de ca-

⁸ Estimaciones basadas en hospitalizaciones por complicaciones en el embarazo en 1991, indican que por cada 100 embarazos la proporción para Brasil en general fue de 31.2; para Río de Janeiro, 38.5; para São Paulo, 32.5, y para el nordeste, 37.9 (Singh y Sedgh, 1997, tabla II.1).

rácter popular que tratan de dar alternativas a la miseria humana y la injusticia, e impulsan la democratización y los derechos ciudadanos. Existen diversos grupos de mujeres —algunos vinculados a la Iglesia (por ejemplo, los clubes de madres por parroquia), otros a las Comunidades de Base Católica (CEB), unos más a organizaciones vecinales que luchan por conseguir servicios de salud o guarderías, otros más a sindicatos o partidos políticos de oposición—, “durante los años setenta y ochenta se formaron más de 400 organizaciones autodeclaradas como feministas” (Álvarez, 1990: 10; Barroso y Bruschini, 1989; Soares *et al.*, 1996). Los grupos feministas se localizan principalmente en los centros urbanos, pero la mayoría de los grupos de mujeres (que no necesariamente se identifican como feministas) está activa en las periferias y las *favelas*, en las pequeñas comunidades rurales, y en los sindicatos (Carloto, 1992).

Es irónico que durante el periodo de represión política las mujeres hayan logrado mayor penetración que los hombres en los movimientos sociales populares, lo cual puede atribuirse a que existía una visión común de que la mujer era doméstica y apolítica. Fue entonces que el sector popular del movimiento de mujeres contemporáneo con base en el vecindario, integrado fundamentalmente por amas de casa pobres y algunas trabajadoras, emergió de la domesticidad para organizarse públicamente alrededor de sus preocupaciones como cabezas de familia, protestando contra el régimen militar y el aumento de precios, y exigiendo mejores servicios del gobierno. Los grupos feministas constituyen sólo un segmento de un grande y cada vez más diverso movimiento de mujeres que ha creado muchas oportunidades para su participación política. El movimiento se focaliza en la *cidadania* que significa el restablecimiento de los derechos individuales como derechos sociales mediante la creación de sujetos políticos que aprenden a ejercer su capacidad de toma de decisiones, formulan políticas que expresen los intereses de la comunidad, y monitorean las acciones del Estado. Su particular interés por las necesidades de la vida diaria, incluyendo los derechos reproductivos y sexuales, relaciona las diversas corrientes que existen dentro del movimiento de mujeres brasileñas, tanto de las feministas como de las que no lo son.

Tal vez más que cualquier otra institución en la sociedad civil de Brasil, la Iglesia católica ha actuado en forma contradictoria ante

el desarrollo del movimiento de mujeres, pues si bien ha proporcionado espacios para que las mujeres se organicen, también se ha opuesto a las campañas feministas. En un principio la Iglesia estuvo presente como estímulo y base de apoyo para la mayoría de los movimientos de mujeres de las décadas pasadas, incluyendo los grupos que se analizan en esta investigación. Por medio de las CEB y de diversos movimientos pastorales, la Iglesia proporcionó un canal legítimo para el activismo de las mujeres fuera de la esfera doméstica y un espacio donde los asuntos de justicia e igualdad social eran temas constantes de conversación. Pero, al mismo tiempo, la jerarquía se ha opuesto abiertamente a cualquier política oficial de planificación familiar y a las demandas feministas relacionadas con la legalización del aborto y la anticoncepción. Sin embargo, muchas mujeres que participan en movimientos organizados por la Iglesia han resistido sus enseñanzas y prácticas en estos temas y han llevado a cabo muchas actividades compartidas con grupos feministas, especialmente en el área de la salud (Soares *et al.*, 1996; Barroso y Bruschini, 1989). De hecho, la fuerza de su alianza con las mujeres de base en la Iglesia pudo ayudar a explicar la notoria efectividad de las campañas feministas en algunas áreas.

Los derechos reproductivos de las mujeres son torales en la agenda política del movimiento feminista brasileño. Durante el periodo de democratización de los años ochenta las feministas formularon un entendimiento ético y político de los derechos reproductivos como parte esencial de la *cidadania*. La demanda por los “derechos de las mujeres a controlar su cuerpo” y las críticas feministas de los muchos abusos y deficiencias en las políticas y prácticas de salud y población prevalecientes, ocuparon un lugar importante en los debates públicos. Campañas para aumentar el acceso de las mujeres al aborto legal y seguro han sido cruciales en estos esfuerzos (Álvarez, 1990; Ávila, 1993; Barroso y Bruschini, 1989; Barroso y Corrêa, 1995; Barsted, 1992; Dixon-Mueller, 1993; Martine, 1996; Pitanguy, 1994).

El enfoque de las feministas brasileñas (y de este estudio) había la noción de los derechos reproductivos contiene dos planos analíticos separados; el primero engloba las experiencias reproductivas directamente relacionadas con el cuerpo de la mujer (sexualidades, ETS, fecundidad, contracepción, embarazo, aborto, par-

to, amamantamiento), y el segundo tiene que ver con las tareas domésticas relacionadas con la reproducción social de la vida humana (cuidado de los niños, de la casa, de la salud de la familia, etc.). En el primer plano, en Brasil ahora es posible pensar —gracias al movimiento feminista— en la reproducción como una esfera de responsabilidad social donde se están delineando los derechos. El segundo plano se percibe con menos frecuencia como un motivo de responsabilidad social y estatal; con algunas excepciones, como la poderosa batalla por las guarderías o centros de cuidado infantil (Movimiento de Luta por Creches) en São Paulo en los años setenta (Álvarez, 1990). De este modo, hay un largo camino por recorrer para ampliar el concepto de derechos reproductivos y así abarcar el trabajo no remunerado de las mujeres en la producción social.

METODOLOGÍA, PROCESO Y GRUPOS ESTUDIADOS

Los miembros de siete organizaciones —una en Recife, otra en Río de Janeiro, y cinco en São Paulo— participaron en el equipo de investigación del IRRRAG en Brasil. De estas organizaciones seis han estado relacionadas con la defensa, investigación y educación; una ha constituido un catalizador institucional para la investigación sobre salud reproductiva y cuestiones de derecho en toda América Latina; y tres han trabajado durante varios años en la provisión de servicios y con los movimientos descritos con anterioridad en sus respectivas localidades.⁹ Todas han estado al frente del movimiento feminista de salud en Brasil. Escogimos a las trabajadoras domésticas, trabajadoras agrícolas y esposas urbanas como puntos focales, no sólo porque representan los grupos ocupacionales más grandes

⁹ Las siete organizaciones son: en Río de Janeiro, CEPIA (Cidadania, Estudos, Pesquisa, Informação e Ação), el cual ha trabajado por mucho tiempo con el sindicato de trabajadoras domésticas; en Recife, SOS COROP, que ha tenido una larga relación con el MMTR-NE, y en São Paulo, el Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, el Equipe de Comunicação em Sexualidade (Ecos), FALA PRETA-Organização de Mulheres Negras, Sempreviva Organização Feminista (SOF), los cuales han trabajado por años con el MSZL, y la Fundação Carlos Chagas, un centro de investigación en ciencias sociales cuyo programa PRO-DIR patrocina investigaciones sobre derechos reproductivos y salud en toda Latinoamérica.

de mujeres en Brasil, sino porque ya teníamos una historia de cooperación con ellas, la cual facilitaba nuestra comunicación y futura organización de actividades. Basándose en el trabajo anterior y en las conexiones establecidas por nuestros miembros con los tres movimientos populares, el equipo seleccionó las comunidades de investigación. La muestra de 182 individuos (158 mujeres y 24 hombres) que participaron en la investigación fue seleccionada utilizando un método de bola de nieve; se comenzó estableciendo contacto con los líderes de la comunidad, que luego nos refirieron con algunos participantes individuales de sus movimientos.¹⁰

En el estudio del IRRRAG en Brasil se seleccionó a los informantes entre los miembros de diversas jerarquías de tres organizaciones que representan las tres agrupaciones ocupacionales: el Sindicato dos Trabalhadores Domésticos do Município de Río de Janeiro (Sindicato de Trabajadores Domésticos del Municipio de Río de Janeiro); el Movimento da Mulher Trabalhadora Rural do Nordeste (Movimiento de la Mujer Trabajadora Rural del Noreste, MMTR), y el Movimento de Saú de da Zona Leste (Movimiento de Salud de la Zona Este, MSZL) en São Paulo. La composición ocupacional de los encuestados que se seleccionaron de los tres grupos se muestra en la tabla II.1.

TABLE II.1
Encuestados por ocupación

<i>Ocupación</i>	<i>Porcentajes</i>
No participan en el mercado formal (amas de casa)	25.3
Trabajadoras domésticas	29.6
Trabajadoras rurales	11.0
Pequeños terratenientes	11.6
Pequeñas terratenientes	20.7
Trabajadores de la salud ¹¹	1.8
Total	100.0

¹⁰ Un total de 75 entrevistados (54 mujeres y 21 hombres) participaron en Pernambuco; 54 mujeres en Río de Janeiro, y 50 mujeres y 3 hombres en São Paulo.

¹¹ Tres hombres entrevistados en São Paulo, afiliados al MSZL.

Trabajadoras domésticas

Además de la limitada protección que se les brinda en el área laboral y de que su ambiente laboral es extremadamente aislado, las relaciones sociales del trabajo doméstico lo mantienen alejado de otras ocupaciones. Se trata de una de las pocas relaciones de trabajo que se dan entre dos mujeres, y generalmente está determinado por sus diferencias de clase social y de condición racial (Rollins, 1985). Como mujeres comparten subordinación y una diaria intimidad dentro del campo doméstico pero no tienen igualdad en el poder, pues una de ellas supervisa y la otra realiza las tareas; de ahí que la relación patrona-empleada sea particularmente tensa y conflictiva (Souza, 1980; Mello e Souza, 1989). Así, resulta sorprendente el grado en que se han organizado las trabajadoras domésticas de Río de Janeiro. En 1961 ocho mujeres fundaron una asociación que luego se convirtió en el Sindicato de Trabajadoras Domésticas, bajo el auspicio del movimiento de los Jóvenes Trabajadores Católicos (joc), y apenas en 1989 alcanzó el estatus de sindicato. Actualmente cuenta con más de 2 000 miembros, que provienen de los tres tipos de régimen de trabajo doméstico: trabajadoras diarias (*diaristas*), a quienes se les paga por día y trabajo en diferentes casas todas las semanas; no residentes mensuales (*mensalistas nao-residentes*), que trabajan todos los días en la misma casa a cambio de salarios mensuales pero que viajan diariamente a su lugar de trabajo, y las trabajadoras mensuales residentes (*mensalistas residentes*), que viven en su lugar de trabajo, se les paga mensualmente y tienen un día y medio libres los fines de semana. Con días laborales de 12 horas y un abuso frecuente sobre su derecho de tiempo libre pagado, este último grupo sufre de más violaciones a sus derechos que cualquier otro.¹² Por diferentes razones —como cambios en la economía y el deseo de mayor libertad con mejor paga para las trabajadoras domésticas— las residentes están disminuyendo en número relativamente a las domésticas no residentes. Nuestra muestra se compone de trabajadoras diarias que laboran en diferentes lugares y de residentes que han tenido el mismo trabajo por

¹² Los datos de Portella indican que las condiciones laborales de las trabajadoras domésticas en Río de Janeiro son similares a las de todo Brasil (Portella, 1993).

muchos años. Las dirigentes del sindicato de Río de Janeiro pertenecen a estas últimas.

Trabajadoras rurales

Las mujeres que son pequeñas productoras, las habitantes de comunidades reducidas que no poseen tierras, las trabajadoras diarias y las empleadas de grandes plantaciones, han ido transformando el escenario político y social de la agricultura brasileña, y han demostrado su papel militante en la lucha por asegurar una nueva identidad social (Soares *et al.*, 1986). Hasta principios de los años ochenta el número de trabajadoras rurales sindicalizadas era extremadamente bajo, hecho que impulsó la creación del MMTR en 1981. A lo largo de su existencia este movimiento ha sido independiente de los sindicatos, aunque trabaja muy de cerca con ellos, prepara a las mujeres para que asuman posiciones de liderazgo, e influye en la agenda política de los sindicatos para que incluyan las demandas de las mujeres. Su objetivo principal es organizar a las trabajadoras rurales, reforzar su identidad, y ayudarlas a asumir posiciones en la toma de decisiones dentro de todas las esferas de la sociedad. Hoy día el MMTR tiene presencia nacional y fuertes nexos con otros movimientos rurales latinoamericanos.

En el trabajo rural de Brasil las relaciones sociales están muy diferenciadas. Además de la gran brecha entre los dueños de las grandes propiedades (*latifundios*) y los campesinos, este último grupo engloba muchos estratos diferentes.¹³ Nuestra muestra incluye dos tipos de trabajadores rurales: los pequeños terratenientes que realizan cultivos de subsistencia y desarrollan lazos con los mercados locales, y los trabajador@s, hombres y mujeres, que reciben un salario en el negocio agrícola de la fruta orientado a la exporta-

¹³ Los campesinos incluyen a quienes no poseen tierras (*sem terra*), tanto a quienes perdieron su tierra como a los que nunca tuvieron alguna, trabajadores agrícolas proletarizados contratados por salario para trabajar en grandes plantaciones y en campos de extracción; pequeños terratenientes que trabajan en la agricultura de subsistencia, en cooperativas comerciales, o como productores independientes directamente para el mercado local, y granjeros "integrados" (*integrados*), que venden toda su producción a una sola industria.

ción. Mientras a los pequeños terratenientes se les considera auto-empleados y tienen mínimo acceso a los derechos laborales y a los beneficios sociales, los trabajadores asalariados de las granjas de exportación generalmente están protegidos por sindicatos rigurosos que monitorean las leyes de trabajo. Pero ni las leyes laborales ni los sindicatos han evitado que los derechos reproductivos de las trabajadoras sean violados por compañías que sólo contratan a mujeres sin hijos y esterilizadas. Para enfrentar esta falta de protección, las trabajadoras del campo de la región de São Paulo, lugar donde realizamos nuestra investigación, demostraron su militancia en 1994 al demandar y ganar una cláusula importante en el acuerdo colectivo entre el sindicato y las compañías, que les otorga dos días de descanso durante su periodo de menstruación (FETAPE, 1994).

Amas de casa urbanas

El tercer grupo incluido en nuestra investigación, el MSZL, fue formado por mujeres de los clubes de madres y los CEB de la Iglesia católica, y es propio de los movimientos populares de mujeres de la periferia urbana antes descritos. Surgió en 1973 en el distrito de la clase trabajadora en la parte este de São Paulo, como un vehículo alternativo para demandar mejor asistencia médica durante el régimen militar, cuando se encontraban bloqueados los canales institucionales normales. Con el apoyo de los trabajadores de la salud, el movimiento organizó manifestaciones masivas, estableció comisiones de salud para presionar al gobierno a abrir clínicas y hospitales y contratar más personal, y demandó su participación en el manejo y monitoreo de los servicios de salud por medio de consejos locales. El comité coordinador del MSZL está integrado por 25 participantes, todas mujeres, quienes ahora (con la creación de una Comisión de Salud de la Mujer) conducen las actividades relacionadas con estos temas.

Las entrevistadas en São Paulo se consideran a sí mismas amas de casa y activistas políticas que luchan por el bienestar de la comunidad. La mayoría ha vivido mucho tiempo en la región después de haber migrado de áreas rurales, en especial del noreste. Han

criado a sus familias en São Paulo y han alcanzado niveles de vida superiores al que podrían tener en el interior del país; además no piensan regresar a su estado natal. Sus parejas son predominantemente trabajadores de la zona industrial del estado, la más grande de Brasil, conocida como ABC Paulista.¹⁴ Como tales, han logrado los más altos grados de organización, los salarios mejor remunerados y las mejores condiciones laborales y económicas de entre todos l@s trabajador@s brasileños, lo que resulta evidente al compararlas con las familias de los otros dos grupos estudiados (véase Citeli, 1994). Sin embargo los beneficios familiares, como veremos más adelante, no siempre se convierten en beneficios para las mujeres.

Aunque los puntos de contacto para la investigación fueron los movimientos sociales organizados, varía el grado en el que l@s entrevistad@s pueden ser considerados activistas. Las entrevistas abarcan desde dirigentes que han participado en el movimiento por décadas, en ocasiones con presencia regional o nacional, hasta mujeres cuya afiliación a su organización comenzó en el momento de la investigación y en algunos casos fue motivada por un problema laboral. A pesar de dichas variaciones, reconocemos que nuestras entrevistadas son atípicas entre los grupos rurales y urbanos de bajos recursos en Brasil, en la medida en que su afiliación a un sindicato o movimiento revela cierto grado de conciencia política y de pertenencia a una colectividad, y por ello muestra una disposición previa a pensar en las demandas o derechos del grupo. Decidimos así incluir un pequeño número de mujeres no activistas (10% del total) que no estaban comprometidas con las actividades del movimiento como grupo de control para propósitos comparativos. Por medio del análisis de datos, nos referiremos a *activistas* y *no activistas*, entendiendo que el primer grupo incluye desde líderes hasta miembros de base.

En estos tres sitios de investigación se utilizaron los mismos instrumentos: 1) un cuestionario sociodemográfico (con pregun-

¹⁴ La región formada por las ciudades de San André, São Bernardo y São Caetano, contiene gran parte de las industrias mecánica y metalúrgica de São Paulo. Es el lugar donde surgió el nuevo sindicato del movimiento de Brasil y se formó el Partido de los Trabajadores, que actualmente es el principal grupo de izquierda en Brasil.

tas específicas para cada región); 2) grupos focales o entrevistas de grupo, y 3) entrevistas a profundidad (sólo entre las mujeres). Los métodos para conducir las entrevistas en grupo variaron en algún modo de un lugar a otro, dependiendo de la disponibilidad y las necesidades de los participantes. Nuestras 45 entrevistas a profundidad (el total de los tres sitios) incluyeron tanto a participantes como a no participantes de los grupos focales. En Pernambuco y Río de Janeiro se utilizó en la técnica de la “historia de vida”, mientras que en São Paulo, se plantearon preguntas semiestructuradas dentro de un marco de ciclo vital. Con estos tres subestudios se intentaron entrevistas con personas de un espectro amplio de edades, más o menos divididas en tres categorías generacionales: menores de 21 años (12.5% del total), de 21 a 44 años (46.3% del total), y de 45 años en adelante (41.2% del total).¹⁵

Además de buscar la diversidad generacional, también procuramos variar de entrevistad@s por raza, tomando en consideración la complejidad de la clasificación racial en Brasil.¹⁶ Haciendo eco de la considerable confusión que deriva de ubicar a la raza como un discurso social y político actual en Brasil, los hombres y mujeres entrevistados a menudo utilizaron dicho lenguaje para describirse a sí mismos, reflejando la actual preocupación de la sociedad por los tonos del color de la piel —por ejemplo, *morena*, *escurinha* (morena clara), o *amarelo* (amarillo)—. Elegimos evitar estas categorías, y en su lugar clasificamos a las entrevistadas como “amerindias”, “negras” (incluyendo todas las referencias no especificadas

¹⁵ No hubo participantes en la categoría de menores de 21 años de edad entre las trabajadoras domésticas de Río de Janeiro.

¹⁶ De acuerdo con el FIBGE, la población brasileña se compone de negros, blancos, *pardos* (mestizos) y *amarelos* (de piel amarilla). La autopercepción de los entrevistados para la investigación demográfica determina a cuál de estos grupos pertenecen. Ha habido muchas críticas hacia este sistema de clasificación y sus definiciones basadas en el color de la piel. Disminuye la importancia social de la raza negra, al colocarla en uno de los extremos del continuo que lleva a aumentar los grados de blancura. Este proceso ideológico de “blanquear” la raza negra desafía la construcción social de los negros en cuanto a su propia identidad. Por otro lado, la categoría de los *amarelos* termina mezclando todos los grupos indígenas con los asiáticos, lo cual también es muy confuso y niega las distintas realidades de esos grupos. Para evitar estas complejidades y su bagaje ideológico, adoptamos la clasificación más sencilla en la tabla II.2.

TABLA II.2
 Participantes por raza y lugar
 (porcentajes; total por lugar = 100)

<i>Raza</i>	<i>Pernambuco</i>	<i>Río de Janeiro</i>	<i>São Paulo</i>
Blancos	12	18	60
Negros	85	82	36
Amerindios	3		4

de las entrevistadas en cuanto a la piel oscura), o “blancas”, reservando esta categoría sólo para aquellos casos en que las participantes específicamente hicieron esta referencia de sí mismas. Dentro de esta clasificación, es notable que la gran mayoría de las entrevistadas en Pernambuco y Río de Janeiro fueran negras, mientras que casi dos terceras partes de São Paulo eran blancas. Además, las de São Paulo de alguna manera eran de más edad y más prósperas que las participantes de los otros dos grupos. Sin embargo, como veremos, mientras las condiciones sociales marcan una diferencia en la relación de los grupos con la fuerza laboral y con el trabajo, generalmente el activismo social acerca a muchas de las amas de casa a los otros dos grupos, de quienes difieren por raza y clase, cuando se trata de sus actitudes sobre el género y la reproducción.

NEGOCIANDO ESPACIOS PÚBLICOS Y PRIVADOS: TRABAJO, ACTIVISMO Y CIDADANIA

La distinción entre las esferas pública y privada —incluyendo el mercado laboral y el activismo político social— está profundamente arraigada en la cultura brasileña y se vuelve un punto de referencia necesario en la discusión de la *ciudadania*. En el marco de la *ciudadania*, tal y como emergió en los años ochenta, sólo el dominio público está asociado al lenguaje que describe un sentido de apropiación y derechos como moneda de cambio para la transacción de los reclamos sociales. En el mundo privado de la casa o de las relaciones

entre el patrón y el cliente, el lenguaje de los derechos raramente es aplicado; los temas del espacio doméstico más a menudo se articulan como necesidades que deben ser cumplidas o como problemas personales que se habrán de resolverse dentro de la esfera privada.

Mientras reconocemos la continua fuerza ideológica de la dicotomía público-privado en la cultura dominante, los hallazgos del IRRRAG en Brasil ponen en tela de juicio la distinción entre lo público y lo privado tal y como se entiende. Entre las mujeres que estudiamos, esta distinción tiene muy poca relación con la vida diaria. Para los grupos urbanos la permeabilidad espacial entre lo público y lo privado deriva de la misma configuración de las ciudades, con su inmensa circulación de personas, mejor acceso a los medios de comunicación y a los servicios públicos, y vecindarios atrapados en debates públicos (sobre distribución de recursos, brutalidad policiaca, etc.). Para los grupos rurales el espacio privado es en sí mismo un sistema continuo que enlaza a diferentes casas y parcelas dentro de la misma propiedad. Las condiciones de trabajo en la agricultura y el servicio doméstico también combinan áreas de lo público y lo privado donde el lugar de trabajo y el hogar, el espacio social y el espacio íntimo, frecuentemente se intersecan.

No sólo la experiencia ambiental, sino también la experiencia interpersonal de nuestras entrevistadas contradice las suposiciones generalizadas sobre la división entre lo público y lo privado. Sobre todo, la gran mayoría de ellas, como la mujer brasileña en general, trabaja fuera de casa y a la vez cuida a los miembros de la familia (véase la tabla II.1). Por medio de sus trabajos o de la actividad política que desarrollan, las mujeres que entrevistamos cruzaron el umbral doméstico y llegaron a considerar al espacio público como una vía para desarrollar un nuevo proyecto personal con una visión política colectiva. Entre las activistas de Pernambuco y São Paulo hubo un momento en que se dieron cuenta de que toda su vida había estado dedicada a cuidar de otras personas (una de nuestras entrevistadas de São Paulo había estado tan confinada en sus fronteras domésticas que ni siquiera tenía llave de su propia casa). Su imagen propia cambió de ser una esposa —que no tenía conciencia política o social, dependiente económicamente y ca-

rente de autonomía— a ser un actor social y una ciudadana. Una de las dirigentes del movimiento popular de salud de São Paulo recordó: “Cuando comencé a participar era una maría cualquiera, que no tenía conciencia de nada; una mujer que cuidaba a su esposo y que tenía que arreglarle su ropa y sus zapatos. Aquí en el movimiento tomé conciencia de que debíamos luchar por nuestros derechos, nuestro espacio y que debíamos pensar en el mañana.” Otra dijo: “Aprendimos mucho [...] una mujer que solamente está en su casa [...] parece como un retroceso. La mujer que sale, participa y sale adelante, ve el mundo como es.”

Sin embargo los hombres, particularmente en las áreas rurales, no parecen compartir este punto de vista. Un líder en Pernambuco (un pequeño productor, de 48 años de edad) opinó sobre el lugar de la mujer con perspectiva mucho más tradicional: “No se ve bien que una mujer baje de un camión con un saco de frijoles sobre la cabeza; ¿acaso no sucede esto en la actualidad? Las personas dirán: ‘¿Que no tiene marido?’” Dicha actitud contrasta enormemente con la de las mujeres entrevistadas, para quienes la casa significa restricciones para la mujer, dependencia de sus maridos y padres, obligaciones y deberes domésticos y cuidado de los hijos. Amara, una mujer de 26 años de edad y con cuatro hijos, explica su incapacidad para participar en la vida pública: “No tengo a nadie con quien dejar a mis hijos. Mi esposo [...] dice: ‘Si quieres ir no me voy a oponer, pero no me voy a quedar con los niños para que tú puedas salir’.”

El trabajo de la casa ha desempeñado un papel muy importante en el desarrollo de un concepto de injusticia entre nuestras entrevistadas. Muchas describen las tareas domésticas como repetitivas, que consumen mucho tiempo, solitarias y serviles. No suelen realizarlas otras personas, que por esta misma razón se sienten libres y dan órdenes. Esta labor es invisible y no se recibe paga por ella (excepto en el caso de que se contraten trabajadoras domésticas), y por tanto está socialmente devaluada. Estas realidades convierten a la casa en un lugar del cual se quiere escapar, por lo menos por un rato. Cuando tienen la opción de trabajar dentro o fuera de la casa, la mayoría de las mujeres escogen esta última, por razones como las que expusieron las trabajadoras rurales de uno de los grupos estudiados en Pernambuco:

Prefiero trabajar en los campos porque se puede ver el trabajo hecho. En la casa uno hace algo, y no se ve el producto de ese trabajo. Si uno lava algo, se vuelve a ensuciar. En los campos trabajamos todo el día, y al final de ese día uno puede ver su producción; y después de ocho o quince días ésta aumenta.

El trabajo pagado da a las mujeres autonomía y movilidad, les proporciona la libertad de ir y venir (*ir e vir*) y les permite expandir su mundo. La movilidad espacial y el aumento de contacto social le abren nuevas posibilidades de acceso a la información y a otros puntos de vista. La extensión de la red social del individuo es particularmente relevante en la cultura brasileña debido a que los contactos sociales operan como medios para la resolución de problemas y el logro de objetivos. A algunas, el trabajo les proporciona su primer contacto directo con el dinero, liberándolas de la dependencia de sus padres, esposos u otros parientes masculinos y elevando su autoestima. De las entrevistadas 84% trabajaba fuera de casa, en el sector formal o en el informal.

Al ser parte de un movimiento social relacionado con el trabajo o colaborar en un sindicato las mujeres se introducen directamente en las negociaciones relacionadas con la *ciudadanía*. Las trabajadoras rurales y domésticas, activistas y no activistas, demostraron un elevado sentido de apropiación y un gran conocimiento de sus derechos como resultado de su pertenencia a las únicas dos ocupaciones sin derecho a la protección laboral; era evidente en ellas un sentido de orgullo y conciencia de las leyes laborales que han sido producto de la lucha emprendida por las organizaciones de trabajadoras domésticas y rurales. Como resultado, las trabajadoras domésticas, activistas y no activistas, y las trabajadoras rurales activistas aseguran que ahora les es más fácil exigirle algo a su patrón, rechazar ciertas condiciones de trabajo o, cuando es necesario, buscar la ayuda del sindicato para llevar una queja laboral a la corte. Esto no optimiza grandemente las condiciones de trabajo con que tienen que lidiar la mayoría de las mujeres de nuestro estudio. El aislamiento y las muchas horas de trabajo para las domésticas residentes y los largos viajes para las *dianistas*, dificultan que las trabajadoras domésticas se reúnan, discutan sus problemas laborales, se organicen a partir de ellos, y aun que creen una identidad de trabajo. Sin

embargo a algunas de nuestras entrevistadas precisamente estas condiciones “de esclavitud” e inhumanas las llevaron a crear el sindicato y a desarrollar un fuerte sentido de justicia y derechos.

Se puede apreciar que la mayoría de las activistas que colaboran en los sindicatos de trabajadoras domésticas son residentes que han laborado en la misma casa por más de 10 años y es probable que hayan tenido que sacrificar a sus propias familias. En contraste con las no activistas, las activistas demostraron una fuerte identidad laboral y compromiso con su ocupación, y orgullo por continuar trabajando como domésticas y al mismo tiempo colaborar en el sindicato. El esfuerzo colectivo se ha fusionado con sus proyectos individuales de vida hasta el punto en que el activismo en el sindicato se ha convertido en su ruta principal hacia la auto-realización. Por otro lado, las no activistas, cuya edad varía entre 25 y 35 años, perciben el servicio doméstico como un trabajo arduo y temporal que se realiza mientras se alcanza algo mejor. Para ellas, el trabajo doméstico es una etapa pasajera en un proyecto personal de movimiento ascendente durante el cual buscan mejores oportunidades de trabajo, así como avanzar en sus estudios y entrenamientos para consecuentemente escapar del trabajo doméstico. Más aún, si tienen hijos propios sueñan con una mejor vida para ellos. Esto se advierte en el comentario de Cila respecto de su hija:

Deseo un futuro maravilloso para mi hija. Una cosa sí te digo, que también le he dicho a mis amigos. No quiero que mi hija llegue a ser trabajadora doméstica nunca. Nunca, nunca, nunca. Haré cualquier cosa, con o sin él [su marido...] para que llegue a ser alguien. Pero nunca una doméstica, porque yo lo he sentido. Sé que es la profesión más triste en el mundo, la más estresante y la más discriminada.

Es más probable que las mujeres del MSZL de São Paulo proyecten en sus hijas este sentido de apropiación relacionado con su trabajo, y el deseo de “ser alguien”, ya que la mayoría de ellas permaneció en la fuerza de trabajo remunerada sólo por tiempo breve, si es que alguna vez lo estuvo, o realizaron un trabajo desde su casa en forma irregular. Como observó María (61 años), una antigua dirigente del movimiento: “Cuando estaba criando a mis hijas me dedicaba a coser, trabajé como esclava para que pudieran estudiar

[...] Acostumbraba decirles que no pueden depender del esposo.” Aunque muchas de estas mujeres trabajaron en los sectores industrial o de servicios antes de casarse, enfrentaron numerosos obstáculos para seguir laborando fuera de su casa después del matrimonio, tales como la oposición del marido, la falta de guarderías, y las políticas del empleador que discriminan a las madres trabajadoras (por ejemplo, pruebas de embarazo, despidos por embarazo, o la solicitud de un certificado de ligadura de trompas). Ahora que intentan volver a entrar en el mercado de trabajo, se dan cuenta de que carecen de la experiencia y las habilidades necesarias, y de que son víctimas de discriminación por su edad, lo cual representa una doble injusticia.

Las trabajadoras rurales no activistas, aunque consideran injusto su sufrimiento parecen estar más resignadas con su situación y ser incapaces de prever algún cambio para ellas o sus hijas. Lourdes, campesina y madre de 10 hijos, le enseña a sus hijas que sus vidas siempre estarán separadas de las de los hombres. Amara describe la deprimente repetición del trabajo en la casa y en el campo:

No tuve juventud porque me casé a los 18 años de edad y la vida se hizo una rutina. Trabajar, calienta tu vientre en la estufa y enfríalo en el lavadero. Eso es lo que aprendes. ¡Muévete pollo! ¡Cállate niño! Hoy muchas cosas han cambiado, pero para mí nada cambió. Siempre es lo mismo —campo, casa, niños, lavar...—. Me pongo una cubeta con ropa en la cabeza, un niño en los brazos, otro en mi panza, y otro camina lentamente junto a mí agarrado a mi falda. Cada día es como el anterior.

Las activistas transforman dichas condiciones invitándolas a participar en tareas definidas valoradas por el movimiento en lugar de tareas valoradas por el hermano, el padre o el esposo. Con su trabajo de referencia, que se expande más allá del círculo familiar, esposas e hijas ya no sienten la necesidad de seguir el modelo tradicional de comportamiento según el género. Miraceia, una activista de 38 años de edad y madre de siete, recibe ayuda de su esposo en la casa cuando ella asiste a reuniones políticas: “Si no estoy en casa y algo se necesita él lo hace. Lleva a los niños a la escuela, les ayuda con la tarea, los castiga, todo eso. Ésas son obligaciones de los *padres*”

(pone énfasis en esto). La expectativa de Miraceia de que su esposo comparta la responsabilidad del cuidado de sus hijos es un ejemplo de la forma en que las nociones de justicia e igualdad que se originaron junto con el trabajo o el activismo han permeado otras áreas de la vida de estas mujeres, incluyendo los roles de género y las relaciones dentro de la esfera doméstica.

Aunque entre las trabajadoras domésticas el trabajo remunerado y el activismo político facilitan el desarrollo de un sentido de apropiación y un discurso público para expresarlo, en Pernambuco el activismo fue un factor más importante. La participación en la Iglesia y en los grupos del movimiento fue la puerta de entrada para muchas mujeres en los tres sitios de nuestra investigación. Una vez que se habían interesado por su comunidad, iglesia o sindicato, advirtieron que ya no pensaban ni hablaban únicamente de la familia y de sus hijos, sino que comenzaban a referirse a su clase social y su condición de mujeres como grupo. Adquirieron nueva información, otras habilidades, y ampliaron sus horizontes con el acceso a reuniones, seminarios y viajes —oportunidades que por su pertenencia a cierta clase, género y raza comúnmente se les negaban aunque tuvieran alguna educación—. A las trabajadoras domésticas el participar en el sindicato les proporcionó un espacio para socializar con sus iguales, compensando la brecha emocional y el vacío personal imperantes en sus vidas privadas y laborales.

Sin embargo el camino hacia el activismo no es fácil. Las activistas se toparon con la resistencia de sus esposos, de los miembros de la familia y de sus vecinos, que las acusaban de violar las normas de género establecidas. Así que no sorprende que en los tres sitios de investigación ellas iniciaran su participación con la comunidad después de que su trabajo reproductivo había disminuido, en la etapa de su vida en que el matrimonio y la maternidad ya no eran las preocupaciones centrales; en Río las activistas han sido mujeres solteras en su mayoría. Por lo general después de los 40 años de edad tienen menos niños que cuidar y menos tareas en la casa, o le han pasado la estafeta a sus hijas mayores, y esto les da libertad para realizar actividades fuera de su casa. De este modo comienza un proceso de confrontación de ideas nuevas y de cuestionamiento del pasado, incluyendo la manera en que fue construida y reprimida su sexualidad.

Nuestros datos sugieren, entonces, que el género es un mediador importante sobre la forma en que se perciben las nociones de lo público y lo privado. Las respuestas de las mujeres ponen en tela de juicio los análisis antropológicos de las dinámicas que identifican a lo público como algo negativo (relaciones impersonales, el extraño sospechoso, desconfianza y peligro) y a lo privado como positivo (intimidad, lealtad, confianza, protección) (DaMata, 1987). En los tres lugares de nuestra investigación, las mujeres solían asociar el mundo público del lugar de trabajo u organización con valores como la libertad, la movilidad, el empoderamiento, el autodescubrimiento, el crecimiento personal, la sociabilidad, y las relaciones significativas. En contraste, a menudo describían el universo del hogar, de lo privado, en términos negativos: como encarcelamiento, como algo violento, pesado, una fuente de cansancio, pena y sufrimiento.

SEXUALIDAD, MATRIMONIO Y FAMILIA

El cuerpo silenciado y desconocido

La falta de información o la mala información sobre las funciones del cuerpo, la sexualidad y la reproducción, constituye uno de los principales obstáculos para que las mujeres desarrollen un sentido de apropiación sobre sus cuerpos. En los tres grupos investigados esto va unido a ciertos aspectos de socialización de los roles de género que son impulsados, en primera instancia, por las parientes de más edad.¹⁷ Las mujeres rurales y maduras adquirieron la idea de que su propio cuerpo era una entidad desconocida de la cual no se podía hablar. Al instruir a una joven mujer soltera a que “cuide su cuerpo” se recomienda que proteja su virginidad y la intocabilidad

¹⁷ Uno de los primeros estudios feministas cualitativos sobre las historias de la vida sexual y reproductiva de las mujeres de Brasil a principios de los años setenta, conducido por el Grupo CERES (1981), presentó un análisis extensivo del silencio que rodea al cuerpo femenino. Para análisis más recientes sobre la manera en que las mujeres brasileñas negocian la sexualidad y sus cuerpos, véase Desser, 1993; Guimaraes, 1996; Heilborn, 1996; Parquer y Barbosa, 1996; Quintas, 1987; y Victoria, 1995.

de su cuerpo, manteniendo su pureza y alejándolo de la vergüenza. La única ocasión en la que se transmitía a una joven cierto conocimiento sobre su cuerpo era cuando tenía su primera menstruación, y por lo regular la información no era exacta ni completa (véase Desser, 1993; y Leal, 1994.)

Nuestras entrevistas muestran que las mujeres de más edad tuvieron que buscar por sí mismas desde la infancia las respuestas a sus preguntas sobre los cambios físicos en sus cuerpos. Algunas consultaron libros, revistas, y preguntaron a sus amigas; otras sólo aprendieron estos temas prohibidos de su primera pareja sexual. En este contexto, la menstruación era un acontecimiento de extrema importancia para ellas. Mariana, una esposa de 46 años de edad originaria de São Paulo, narra la típica confusión simbólica entre su generación, en la que la llegada de la menstruación estaba vinculada al miedo a perder la virginidad: “El primer día que menstrué estaba terriblemente perturbada, la sangre comenzó a salir y pensé que había perdido mi virginidad [...] Me espanté mucho y no sabía si debía o no decirle a mi mamá [...] Lloré, ‘Ay, estoy perdida’.” El consejo que le dio su madre es aún más revelador del silencio y la vergüenza que rodeaban a la menstruación:

Cuando mi madre llegó a casa, reuní fuerzas para decirle. Entonces me llevó a su habitación y dijo: “Tienes que hacer lo siguiente: ve a ponerte una tela en tu calzón” y me dio unos pedazos de tela, “y no le digas a nadie de esto, no permitas que la sangre aparezca, no permitas que nadie la vea. Y menos le hables a tus hermanas de esto [...] lava tu ropa interior con cuidado, porque esto es..., muy vergonzoso; si alguien se entera, es muy vergonzoso para una mujer.”

Entre las mujeres rurales los roles de género, las representaciones del cuerpo y la sexualidad están sujetos a reglas y tabúes justificados por la “natural diferencia” entre hombres y mujeres, así como por la noción clave del honor femenino. Una mujer honorable protege su cuerpo de la mirada masculina y del sexo. Debe mantenerse en el restringido espacio familiar, cambiando del hogar paterno, donde obedece a sus padres y hermanos, a su propio hogar, donde se somete al marido. La virginidad, el símbolo fundamental del honor, está grabada en el cuerpo de la mujer, el cual no

debe ser tocado ni siquiera por ella misma. Se trata de una moneda social que compra su futuro, y que es un requerimiento indispensable para el matrimonio, cuyo objetivo último es la procreación. Este código social garantiza la reproducción de la familia, la unidad básica de producción, mientras que su transgresión amenaza la supervivencia de la familia, la herencia y el honor (Quintas, 1987).

Desde la niñez, los adultos tratan de limitar los contactos corporales entre niños y niñas a fin de evitar que surja el deseo sexual. En el área rural de Pernambuco este control es más acentuado que en el sureste, así como la severidad del castigo para quienes transgreden las normas. A las mujeres rurales la experiencia sexual antes del matrimonio puede condenarlas al ostracismo social por medio de sanciones que las obligan a prostituirse, a migrar o a confinarse en el hogar paterno, donde son objeto de humillación y violencia. Entre nuestras entrevistadas rurales de edad avanzada, la pérdida de su virginidad fue una condición que significó pérdida de su estatus como trabajadoras del campo, lo que demuestra el grado tan íntimo en que están relacionadas la sexualidad y la producción. Como adolescentes y adultas jóvenes, las mujeres de más edad que crecieron en el noreste vivieron bajo la constante amenaza de “perderse a sí mismas”. Aun las iniciativas más tentadoras de la búsqueda de placer corporal, como el acercamiento de los chicos, un beso o una caricia, provocaban mucha ansiedad y el miedo a perder el honor. Inés, una vendedora de 45 años de edad en São Paulo, recordó un incidente en el que su novio comenzó a abrazarla “un poco más apretado, y entonces pensé, ¡Dios mío! ¿Todavía soy virgen?” De modo similar, una de las mujeres de mayor edad del grupo de estudio de São Paulo describió las circunstancias que originaron su matrimonio:

Había estado saliendo con un joven por algún tiempo. Un día me besó la frente; no lo esperaba y casi me muero ahí mismo [...].pensé] tengo que casarme con este bastardo ahorita mismo, si quiero terminar la relación no puedo porque le dirá a todos que me besó [...] Mi papá me mataría, y no aceptaré que me besen y me deshonren.

Así, el toque masculino en el cuerpo femenino definió el honor y la moralidad para estas mujeres y finalizó determinando su

futuro. Casarse con el hombre que “la deshonró con un beso” es el único camino de la mujer para conservar su moralidad.

La mayoría de nuestras entrevistadas se enfurecía por la falta de comunicación, la mala información y el silencio sobre la sexualidad y la reproducción que las había rodeado. Aparte de inhibir su vida sexual, percibieron que la falta de conocimiento había debilitado su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su salud reproductiva. Las historias personales revelan la angustia, soledad y desesperanza que experimentaron muchas mujeres cuando dieron a luz; algunas no tenían idea de qué esperar y no contaban con nadie para hablar al respecto. A menudo los hombres, especialmente en las áreas rurales, estaban mal informados, al igual que las mujeres, y por tanto eran de poca o ninguna ayuda para sus esposas. João, un activista del movimiento de salud de 61 años de edad, dice que él “nunca recibió explicación alguna de las enfermedades o del cuerpo porque era tabú. Nadie jamás hablaba de esto en la granja”.

Sin embargo, cuando el asunto tiene que ver con sus propios hijos, nuestros datos muestran una marcada diferencia en la sensibilidad respecto a aquella que nuestros entrevistados experimentaron como adolescentes y adultos jóvenes. Al parecer, y de manera cada vez mayor, los temas relacionados con la sexualidad y la toma de decisiones reproductivas en Brasil ya no se consideran tabúes, contaminantes, o no abordables para los jóvenes, sino que se les ve como “parte de la vida”.¹⁸ No hay duda de que la epidemia del VIH-sida y el aumento de la conciencia sobre éste, particularmente en las ciudades, ha desempeñado un papel importante en el cambio de esta actitud (Daniel y Parker, 1993; Parker y Barbosa, 1996). Sin embargo nuestros datos reflejan también un fuerte sentido de pesar entre las mujeres de más edad sobre los silencios que

¹⁸ Los datos de varias encuestas de opinión nacionales recientes confirman los testimonios de nuestras participantes respecto a que las actitudes de los padres brasileños, especialmente de las mujeres, sobre la importancia de la educación sexual para los jóvenes ha tenido cambios dramáticos. De acuerdo con los resultados de un estudio que realizara el Data Folha Institute en São Paulo y en otros tres estados en 1994, un mayor número de padres apoya que se imparta educación sexual en las escuelas o en las clínicas de salud, aunque se sienten incapaces de proporcionar ellos mismos esta información a sus hijos.

cubrieron sus propios despertares sexuales, pero esto lo aplican de forma positiva en sus hijas adolescentes. Las activistas en São Paulo estaban especialmente abiertas a aceptar la sexualidad de sus hijas y las conminaban a protegerse contra el sida, otras ETS y el embarazo no deseado; sobre todo procuraban que fueran independientes en sus vidas. Incluso quienes no son activistas rechazan las viejas normas de la pureza femenina y la pasividad para sus hijas. “No tengo nada que ver con la noción de la virginidad”, dice Fernanda, de 36 años de edad y madre de tres, “pero quiero que [mi hija] por lo menos termine su preparatoria y tenga una mente más abierta para transitar la adolescencia”. Una madre de São Paulo, en los consejos a su hija, muestra una dramática transformación en los significados tradicionales asociados con el término de “niña buena”: “Tienes que obedecer a tu madre y ser una niña buena. Incluso si tienes relaciones sexuales, hazlo con cuidado, utiliza un condón. Debes saber lo que estás haciendo [...] porque si al final tienes un niño, ¿quién va a cuidar a tus hijos? Existen muchas maneras de evitarlo.”¹⁹

Nuestras pocas entrevistas con adolescentes revelan que el cambio en las actitudes sociales sobre la sexualidad ha tenido un efecto directo sobre las más jóvenes. Éstas, que reflejan un grado de autodeterminación que sus madres no tuvieron a su edad, buscan información relacionada con el cuerpo y la sexualidad, y cuando se topan con la resistencia de mujeres de más edad, las enfrentan. Sin embargo, en contraste con las mujeres de todas las generaciones, nuestros entrevistados varones estaban relativamente despreocupados por su falta de información sexual o reproductiva. Para los hombres la iniciación en el conocimiento sexual suele llegar mediante el contacto con prostitutas, y su única preocupación eran las enfermedades que se transmiten sexualmente. Los hombres de mayor edad parecían más renuentes a cambiar su comportamiento y actitudes personales sobre la sexualidad relacionadas con sus hijos o con su esposa o pareja actual. Haciendo eco de las actitudes

¹⁹ Algunos integrantes del consejo que representa a las entrevistadas más activas en la política tenían razones para preocuparse por el posible embarazo de sus hijas. Además de la inquietud por la posibilidad de que sus hijas pierdan terreno en educación o desarrollo profesional, también les preocupa que las critiquen socialmente por no ser “buenas” madres y por no haber protegido suficientemente a sus hijas.

responsables del drástico aumento de la transmisión del sida en heterosexuales en Brasil, João admite:

Nosotros no utilizamos ningún método, ni condón, no usamos nada. Ella dice que si salgo con otras mujeres podría contaminarla, pero no uso nada [...] Mi pareja dice que le dio un condón a su hija. Yo le dije ¿Tuviste el valor de hacerlo? ¿No crees que estás animando a la niña para que tenga relaciones sexuales?

Luego entonces, nuestros hallazgos revelan signos de valores morales cambiantes y la voluntad de las mujeres para hablarle a sus hijas como sujetos sexuales autónomos, aunque aparentemente los hombres se están quedando rezagados. Entre las adolescentes entrevistadas, el concepto de cuidado del cuerpo incluye la prevención de un embarazo no deseado para evitar la maternidad a una edad temprana y en su lugar construir un plan de vida autónomo con independencia financiera, previniendo el sida y otras enfermedades de transmisión sexual (Guimaraes, 1996). Esta nueva visión es difundida especialmente por las entrevistadas de São Paulo cuyo activismo se enfoca en la salud, mientras que las de Pernambuco replantean sus valores sexuales dando mayor importancia a las futuras generaciones de niñas y niños. Mientras la virginidad puede no haber desaparecido como valor, su importancia ha disminuido a la luz de las realidades médicas y sociales y del impacto de la vida urbana contemporánea en los valores éticos del Brasil.

Matrimonio y relaciones sexuales

Las participantes en este estudio tienen dos lenguajes contradictorios cuando se refieren a las relaciones sexuales: por un lado lo consideran un deber marital y un tipo de trabajo, y por el otro piensan que es una fuente de placer y una actividad saludable. Este último discurso —que surgió en los tres grupos de investigación— en algunos casos estaba asociado parcialmente con la exposición a grupos de mujeres y un sentido más fuerte de “ser” que generan el trabajo y el activismo. Sin embargo, la asociación de sexualidad

placentera con la vida de soltera o de divorciada era más acentuada entre nuestras entrevistadas; y a la inversa, en São Paulo y Pernambuco la asociación de las relaciones sexuales como deber o violencia es inherente al periodo matrimonial. Más que las relaciones sexuales con hombres o las normas de honor y virginidad tradicionales, el matrimonio fue el obstáculo más opresivo para muchas de las mujeres que entrevistamos, el freno que no les permitía realizar su sentido de apropiación y sus aspiraciones de igualdad.

Las trabajadoras domésticas no activistas más jóvenes en Río de Janeiro hablan de su derecho al placer, la libertad de elección sobre el contacto sexual y la igualdad en las relaciones sexuales: “Creo que debe haber placer para nosotros dos”. Sorprendentemente, algunas de las expresiones más fuertes de la autonomía y la libertad sexual en los lazos del matrimonio provienen de esas jóvenes *diaristas*, que exhiben un claro sentido de apropiación de sus derechos sexuales en igualdad de condiciones frente a sus compañeros. Pero también encontramos que las activistas de más edad —las de 45 años o más que habían participado en el sindicato de trabajadores rurales, en el movimiento de las mujeres o en ambos— han desarrollado por sí mismas una idea clara del derecho al placer sexual. Algunas se han hecho más conscientes dentro de los grupos de mujeres. Tal vez es más importante que muchas de ellas se han separado de su primer esposo, a menudo para escapar de la violencia doméstica (véase más adelante), y han tenido la oportunidad de conocer a otras parejas. En su discurso percibimos que el placer sexual está ligado a la salud mental y física, así como a experiencias positivas sobre el uso del condón: “No hay nada mejor que la sexualidad, cuando se hace con alguien que te gusta y cuando lo necesitas. Es la mejor terapia para una mujer. Incluye cada parte del cuerpo.” O: “[Con los condones] no hay diferencia, uh-uh. Porque es algo muy delgado, es muy sensible, y al mismo tiempo es muy suave [...] Es exactamente una pequeña piel grasosa que es completamente igual [...] Si supieras cuán bueno es, nunca lo dejarías de usar.”

En ocasiones las portavoces de los grupos focales de mujeres rurales insisten en la libertad individual relativa a la sexualidad, al grado que su discurso comienza a sonar como el de una auténtica feminista. Una mujer de más de 45 años de edad afirmó: “No

necesita pedir ningún permiso, porque es dueña de su cuerpo. Es su propio cuerpo y hace lo que desea con él.” Otra trabajadora rural, algo más joven, comentó: “Es cuestión de elección. Si alguien se siente mejor con un hombre, debería conservarlo [...] si me gusta una mujer, es de mi incumbencia. Tengo que pensar en mí misma, no en lo que los demás puedan decir [...] Todas tienen el derecho de elegir lo mejor para sí mismas.”

Sin embargo los prejuicios culturales que dictan que la mujer siempre debe estar disponible para las relaciones sexuales y ser complaciente con su pareja, sin importar el riesgo para ella, parecen estar aún muy presentes en la conciencia colectiva e individual. Josefa (51 años), esposa y dirigente del movimiento negro de São Paulo, transmite esta idea tradicional: “Cuando me casé con él [...] una mujer de más edad me aconsejó: ‘No importa si estás enferma o te estás muriendo, siempre debes estar lista y oliendo bien para él’ y hago esto fervientemente. Una ocasión en que tenía inflamado el útero, cuando tuvimos relaciones, casi me muero del dolor. Pero nunca se lo dije.” Si el contacto con grupos de mujeres fue el catalizador final que trajo ideas liberales sobre la sexualidad, también lo fue dentro de un contexto generalizado de restricción e insatisfacción en el matrimonio.

En cuanto a la toma de decisiones sobre si deben casarse, cuándo y con quién, en los tres sitios de investigación las mujeres dijeron que habían tenido muy poca participación. En las áreas rurales sólo los hombres ejercen su facultad de escoger en este terreno, buscando a la mujer adecuada para casarse y allegándose primero el consentimiento de los padres. Las mujeres quedan en una posición reactiva: investigar si el hombre puede ser un buen esposo, si trabaja duro, si no tiene adicciones, si es un buen hijo. La mayoría se casa con el primer hombre que se lo propone. Una participante de un grupo focal en Pernambuco expuso: “Yo no quería casarme. Me casé para obedecer a mis padres.” Las entrevistadas de raza negra en São Paulo también experimentaron la intromisión de sus familias en la elección de la pareja matrimonial, juzgándola a través de los distorsionados lentes de la raza. Con la idea de que una piel clara es directamente proporcional al ascenso social, algunos padres negros se rehusaron a que sus hijas salieran con hombres negros, y en su lugar las alentaron a buscar compañeros con un

color de piel más claro “para mejorar la raza”. Varias trabajadoras domésticas no activistas en Río de Janeiro fueron forzadas a casarse debido a que quedaron embarazadas.

Nuestras entrevistas sugieren que a pesar de estas restricciones muchas se casaron con grandes expectativas no sólo de *reciprocidad* (una división del trabajo de género en donde cada uno realiza su rol establecido) sino también de *igualdad*. Buena parte de las mujeres de más edad en los tres grupos vieron el matrimonio no sólo como un mandato cultural obligatorio sino como un escape del control de sus padres y de los interminables deberes hogareños de una buena hija (en áreas rurales); incluso, como expone Marta, divorciada de 38 años que migró de un área rural a São Paulo, como un medio para “ver lugares y divertirse”. Pero sus expectativas en este sentido fueron tristemente destruidas por la realidad de la vida conyugal, caracterizada por la violencia, el alcoholismo y las aventuras amorosas del marido y la falta de ayuda en el trabajo doméstico. Se sienten engañadas y culpan a los hombres de no cumplir con su parte del contrato. La decepción del matrimonio fue un tema sobresaliente en los tres grupos de mujeres entrevistadas; casi de manera unánime, tanto las activistas como las no activistas hablaron con nostalgia de sus días (premaritales) de solteras como el mejor periodo en sus vidas; después del matrimonio perdieron las pocas ventajas que antes habían tenido. Josefa refiere esta desilusión: “Cuando me casé, pensé que me había escogido como su esposa. [De hecho] me escogió para que fuera su sirvienta, pero sólo ahora lo veo así, después de que me uní al Partido de los Trabajadores (PT).” Selma, una *diarista* blanca de 27 años de edad que a diferencia de Josefa no es activista, también reconoce que el matrimonio fue una limitante a su libertad:

Si tuviera que volver a empezar, no me casaría. Me *namoraria* [permanecer en una relación amorosa duradera...] Pero no viviríamos juntos. Personalmente, cuando estoy sola en casa, me siento mejor. Tienes tu espacio propio, libertad para pensar, para oír música. Estás más tranquila y tienes más autodeterminación.

La máxima expresión de la desigualdad de género en las relaciones sexuales y emocionales, especialmente en el matrimonio, es

la violencia masculina en contra de las mujeres. En los tres lugares de investigación escuchamos numerosos testimonios de esposas que habían sido golpeadas, con frecuencia como resultado del resentimiento masculino por su participación en el trabajo o en el activismo político. En Pernambuco los conflictos domésticos que derivan en violencia ocurren con frecuencia, pero la separación sólo se da cuando la violencia es extrema; es decir, cuando la vida de la mujer está en peligro. En estos casos la familia y a veces también el movimiento de mujeres se involucran y establecen redes solidarias para protegerla. Una dirigente del MMTR, de 46 años de edad, narró la larga historia de violencia y abuso que sufrió de su esposo. Finalmente, con el apoyo de los grupos locales de mujeres, pudo dejarlo y reconstruir su vida.

Para esta mujer como para muchas otras, el ciclo de violencia comenzó con el embarazo. Durante el primer embarazo, en particular entre las mujeres rurales, a menudo los hombres comienzan a rechazarlas sexualmente o a golpearlas y a perseguir a otras mujeres.²⁰ Además de sus motivaciones psicológicas, dicha violencia está relacionada con la división desigual del trabajo, que asigna a las mujeres las múltiples obligaciones de esposa, madre, trabajadora rural y doméstica. Con hijos, el logro de todas estas tareas se hace cada vez más difícil, en particular cuando no existen arreglos que las auxilien en el cuidado de los hijos. Los esposos reaccionan ante lo que perciben como una disminución de atenciones hacia ellos y ante la falta de cumplimiento de la mujer de sus *obligaciones*; entonces surge la violencia como una práctica regular, que se resuelve sólo con la separación. La participante de uno de los grupos focales nos narra el horror de esta situación:

Todos los días me golpeaba. Decía [...] “Si no puedo dejarlo tomaré veneno.” “El veneno es peor porque te vas al infierno” [me decían], y yo les decía que era mejor eso que vivir con ese hijo de puta [...] Sólo había dos soluciones. Matarlo no era solución [...] Tampoco su familia era fácil y estoy segura de que me habrían matado. La última vez que nos separamos [...] tenía seis niños. Me golpeó y me arrastró por

²⁰ Al analizar las conexiones entre la violencia doméstica y la salud reproductiva de las mujeres, Lori Heise advierte que en muchas partes del mundo aumenta el riesgo de la mujeres de ser golpeadas durante el embarazo (Heise, 1995).

todo el piso. Estaba amamantando a mi bebé. Me fui sólo con este pequeño y dejé a cuatro. Uno había muerto. Me fui con este niño, descalza, me había arrancado el cabello y viví dos años y dos meses en la casa de mi padre.

Las mujeres jóvenes que conscientemente tratan de evitar la brutalidad que presenciaron en las vidas de sus madres y abuelas, procuran retrasar su matrimonio y conocer a un hombre que no las oprima. Las adolescentes que entrevistamos en São Paulo intentan evadir el control paterno y salen con muchachos en secreto para prolongar su estatus de mujeres solteras. Cuando se casen, si se casan, esperan tener el control para elegir a sus parejas.

Las trabajadoras domésticas residentes están en desventaja extrema cuando se trata de relaciones sexuales. Aisladas en casas de clase media donde es difícil conocer a hombres convenientes, carecen de tiempo y disponibilidad para formar una relación; de ahí que suelen referirse a las relaciones sexuales como “algo del pasado”. Cuentan historias de cómo sus patrones, celosos porque exigían toda la atención de sus domésticas, desanimaban o sabotaban de manera abierta sus relaciones con hombres. Sin embargo, mientras algunas se quejaban sobre su condición, otras, en especial las sindicalistas más comprometidas, habían preferido casarse con el sindicato que establecerse en unión libre con un hombre. Una ex presidenta del sindicato expresó:

Cuando tomé conciencia de mi vida y de lo que quería, todo fue más fácil. No podía soportar tener un marido. Amo mi libertad. Trabajo como sirvienta, siempre es el mismo trabajo; llega un momento en que uno se cansa y tiene que ver las cosas a su modo. Por eso mi trabajo en el sindicato es tan importante. No puedes juntar la sexualidad y la presidencia. Una mujer no sólo vive para un hombre [...] puede vivir sola. No sólo es con relaciones sexuales con lo que se siente completa.

El aumento del número de mujeres solteras, de las separadas y de las que son cabezas de sus hogares es una realidad creciente en Brasil, y sugiere que la desilusión de las mujeres con el matrimonio puede representar un amplio fenómeno social que se extiende más allá de la ideología feminista. En Pernambuco una activista de

40 años de edad miembro del sindicato agrícola eligió ser madre soltera, y aun así consiguió el respeto y la legitimidad social de la comunidad: “Soy madre soltera. Elegí lo mejor para mi hijo. Puedo cometer errores en su crianza pero espero hacerlo bien y crear un mundo diferente del que nos rodea.”

SALUD REPRODUCTIVA Y REPRODUCCIÓN SOCIAL

Maternidad y cuidado de los niños

Cuando las mujeres de nuestro estudio hablan de reproducción, cuentan una historia que va desde la infancia hasta la edad adulta. El cuidado de los niños y el trabajo de la casa comienzan cuando las niñas suplen a sus madres para que éstas puedan realizar otro trabajo dentro o fuera de casa; estas tareas terminan sólo con la discapacidad o la muerte, en el sentido de que en el otro extremo del ciclo de vida se espera que las abuelas ayuden a sus hijas. Presionadas por la necesidad, en un contexto de incapacidad gubernamental para establecer y llevar a la práctica una legislación sobre el cuidado infantil, y de una creciente erosión de las escuelas estatales, las madres se apoyan en el trabajo infantil femenino, repitiendo en su relación madre-hija los modelos que critican como trabajadoras domésticas y esposas.²¹ Pero entre las mujeres rurales existe una diferencia clara entre las no activistas, que aceptan la división de género tradicional, y las activistas, que están tratando conscientemente de transformarla por medio de sus prácticas en la crianza de los hijos. Las no activistas de nuestro grupo focal de-

²¹ En las áreas rurales (y en menos grado también en las urbanas) el trabajo de la reproducción social tradicionalmente incorporaba a las parientes femeninas, las vecinas y las abuelas; los niños circulaban entre las casas de parientes y vecinos. Más recientemente la migración, la urbanización, la dispersión de la familia, las escuelas para niñas, la inestabilidad de los arreglos conyugales y la entrada de las mujeres de todas las edades al mercado laboral (formal e informal) han limitado dichas posibilidades. De este modo ha disminuido el círculo de familiares femeninas disponibles que ayuden con el trabajo doméstico e incluye sólo a las hijas jóvenes y a la abuela que no trabajan, pero los hijos aún circulan ampliamente entre parientes y vecinos.

cían que sus hijos “ayudaban al padre en los campos” y que ellas les habían enseñado a sus hijas desde pequeñas “que debían cuidar la casa”. En contraste, Miraceia, dirigente sindical y trabajadora rural de tiempo completo, exige la misma cooperación de su esposo activista y de sus hijos:

Yo le enseñé a mis hijos. Ellos lavan ropa, remiendan su ropa, recogen su ropa del tendedero [...] Cuando quieren salir, planchan su ropa [...] ¿Cree que voy a esclavizarme sin compartir el trabajo con mis hijos? [...] Antes [de unirme al movimiento], yo les hacía todo. No les daba de comer en la boca porque habría sido demasiado, pero ponía la mesa, ponía la comida en la mesa, y me decían “Estoy cansado, tráela para acá”, y yo lo hacía. Pero ya no. Si ellos están cansados, yo también. “Ustedes trabajan, yo también, así que vayan a la estufa y sírvanse ustedes.” Así es como eduqué a mis hijos y a mi esposo también.

Las trabajadoras domésticas no activistas (y no residentes), que cuentan con mayores probabilidades de tener esposo e hijos, están presionando para conseguir la igualdad de género en sus hogares. La insistencia de Selma de compartir el trabajo de la casa derivó en serias confrontaciones:

[Mi esposo] no recogía un vaso [...] dondequiera que se sentaba comía algo, y dejaba todo ahí. Un día me molesté mucho y le dije: “Si encuentro un vaso, lo voy a romper, no lo voy a lavar, lo voy a tirar.” Entonces lo hice. Nunca jamás [...] hoy él lava, limpia, hace la cama, lava el baño; me ayuda mucho. Mi suegra dice que incluso antes era peor. Me dijo: “No seas tonta, los derechos deben ser iguales [...]” [ahora] lo único que él no hace es planchar.

Las trabajadoras domésticas presentan un caso especial: desempeñan una ocupación que impone las tareas de la reproducción social mientras inhibe la reproducción biológica. Muchas refieren que les resulta difícil encontrar trabajo si son casadas y tienen hijos. Tanto las activistas como las no activistas, al igual que sus patrones, son conscientes de que el embarazo es un estado que las puede llevar a la pérdida del empleo; por esta razón, muchas se practican abortos ilegales y a veces no deseados en condiciones insalubres e inseguras. Las domésticas que se convierten en espo-

sas y madres lo hacen a un costo muy elevado. Quienes duermen en su trabajo deben confiar el cuidado de su familia a otras personas, y ven a sus esposos e hijos los fines de semana o a veces con menos frecuencia. Las *diaristas* hacen viajes largos y agotadores para regresar con sus familias todas las noches. Así, el cuidado de la familia de otra mujer significa, en efecto, renunciar a la propia.

El trabajo reproductivo incluye no sólo las tareas domésticas, sino incontables negociaciones en la escena pública en un contexto que se vuelve cada vez más estresante debido a la poca calidad de los servicios de salud y otros servicios públicos, las largas distancias y los tiempos de espera, así como al maltrato y la falta de respeto del personal encargado de proporcionar la atención (véase Diniz, 1996, y D'Oliveira, 1996). Marta, una mujer negra divorciada y madre de dos, que trabaja como doméstica en São Paulo, dice que "odia" llevar a los niños a la clínica de salud local porque "nos tratan muy mal. Perdí muchos días de trabajo por recibir cuidado prenatal y también cuidado para los niños". Otras se quejan de la falta de acceso y de la mala calidad de los servicios. Pero las situaciones más amargas están relacionadas con las experiencias de algunas con los servicios ginecológicos y de obstetricia. Amelia, una dirigente del movimiento de salud de 63 años de edad con tres hijos, siente vergüenza por la despersonalización de los servicios ginecológicos públicos: "De repente llegas al lugar y tienes que quitarte la ropa frente a un tipo que nunca antes habías visto y que empieza a tocarte [...] Para mí [...] este tipo de consulta ginecológica es violenta." Otra mujer de São Paulo observó el siguiente incidente de trato abusivo en el parto: "La joven estaba gritando por su trabajo de parto; dijo, '¡Doctor, ayúdeme!' El doctor la miró y le dijo: 'Usted no es mi madre, mi hermana o mi esposa, ¿por qué habría de ayudarla?' y simplemente le dio la espalda y se fue."

La adopción de nuevos procedimientos para reducir los costos en los hospitales ha aumentado los riesgos del alumbramiento al disminuir el de por sí ya reducido tiempo de descanso de las mujeres y el tiempo de recuperación postparto. Una mujer rural maldura en Pernambuco condena este retroceso respecto al pasado:

En mis tiempos la mujer tenía a sus hijos en casa. La madre pasaba no sé cuántos días en la casa con su hijo después del nacimiento.

Pasaban alrededor de quince días antes de que ella pudiera lavarse el cabello. Se tomaba todo un mes de descanso, ¿o no? Ahora, la mujer deja la sala de maternidad en 24 horas y se va a su casa a hacer todo ella sola.

Las costumbres tradicionales de conceder a la mujer dos o más semanas de descanso permitieron a las campesinas abstenerse de realizar las labores domésticas y recuperarse del parto. En la actualidad, cuando se espera que estas mujeres hagan todo el trabajo doméstico sin la ayuda de la familia y que además participen en el trabajo agrícola, el periodo de recuperación postparto ha desaparecido, lo cual acarrea serias consecuencias para su salud.

Las mujeres de bajos recursos pagan un precio muy alto por la maternidad. En el noreste rural los testimonios hablan de dolor, incapacidad para cumplir con las obligaciones maritales, y deterioro de la salud reproductiva, que en última instancia lleva a la ligadura de trompas o a la histerectomía. Algunas de más edad han tenido hasta 20 embarazos y duraron preñadas unos 15 años de sus vidas. Una dirigente del movimiento, de 50 años, que actualmente vive con su nieta en el *sertao*, ejemplifica el sufrimiento y la continua intervención médica asociados con la vida reproductiva de las mujeres en esta región (véase Scheper-Huges, 1992):

Tuve a mi primera hija. Once meses después nació un niño. Luego no pude aguantar más y comencé a utilizar [anticonceptivos...] Tuve muchos sangrados [...] Sangré durante 16 años. Estuve en tratamiento, me mejoré y me volví a embarazar [...] Tuve siete [hijos]. Me han hecho tres electrocauterizaciones, tres cauterizaciones cervicales, una amputación cervical [sic...] y legrado [...] porque tuve una infección cervical y un aborto. A los 38 años de edad tuve una histerectomía completa.

Si el embarazo siempre debe ser visto como una experiencia socialmente construida, en Brasil no sólo es crecientemente medicalizante, sino que cada vez con más frecuencia requiere intervención quirúrgica. Para la mayoría de las mujeres tener niños o evitarlos significa practicarse una cirugía, como lo evidencia el gran número de cesáreas practicadas (52% de todos los nacimientos) y de ligaduras de trompas (véase Mello e Souza, 1994; y Bemfam-

DHS, 1997). Sin embargo, como se expuso con anterioridad, la salud reproductiva no es una experiencia uniforme en todo el país, sino que está mediada por diferencias regionales, las cuales también incluyen diferencias de clases y de razas. Por ejemplo, recibe cuidados prenatales sólo 42% de las mujeres en el norte y noreste, frente a 75% en otras regiones. Además, la calidad del sistema público de cuidado prenatal es muy pobre, y las consultas no duran más de cinco minutos (Berquó, Araújo y Sorrentino, 1995).

Por todas estas razones el embarazo y la maternidad son hoy día experiencias llenas de miedo y angustia en lugar de felicidad. Como lamenta Lenice, una trabajadora doméstica negra de 46 años de edad: “Desde el momento en que quedas embarazada, tienes preocupaciones. Te preocupas por el nacimiento, y después te preocupas por su salud [...] Ya no puedes ser feliz después de tener un hijo.” En la reproducción, los ataques continuos a su cuerpo —tanto médicos como del esposo— llevan a estas mujeres a la percepción realista de que la maternidad es un riesgo para su salud; en las áreas rurales es más probable que se le vea como una amenaza a la vida de la madre. Tener niños significa morir un poco; tener menos hijos es igual a supervivencia. Una activista del MSZL dijo: “¿Puede imaginarse que una mujer aquí en São Paulo tenga 23 hijos como mi madre? ¡Ni siquiera estaría viva!” Pero las percepciones de riesgo son relativas. Selma reflexiona sobre su propia situación: “Mi suegra pensaba que una debería tener sólo un hijo. Cuando tuve al tercero, se puso la mano en la frente y dijo: ‘Mujer, te estás suicidando.’ Ella había tenido siete.”

Estos puntos de vista pesimistas sobre el matrimonio y la reproducción no significan que las mujeres de nuestro estudio rechacen la maternidad; todavía la valoran grandemente, pero están esforzándose por hacerla más compatible con el trabajo, la escuela, la independencia económica, el activismo comunitario, y su propia salud y bienestar. El resultado para las mujeres de más edad es el creciente uso de anticonceptivos, esterilización y abortos, y en algunos casos la separación o el divorcio; y para las mujeres más jóvenes, la realización de mayores esfuerzos para postergar el matrimonio y la maternidad y para llegar a ser más autodeterminadas en sus vidas sexuales.

NEGOCIACIÓN DE LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

Control de la fertilidad

A pesar de que los cambios sociales documentados en nuestra investigación muestran que la reproducción ocupa un lugar cada vez menos prioritario en el curso de vida de nuestras entrevistadas, la mayoría de las mujeres rara vez busca métodos de control antes de tener a su primer hijo. Sólo las trabajadoras domésticas más jóvenes, alentadas por sus novios a evitar embarazos, y temiendo las represalias de los padres y patrones, aceptaron haber utilizado métodos anticonceptivos antes del matrimonio y de un primer embarazo. Por lo general, las mujeres de las tres regiones cambiaron de una actitud pasiva en cuanto al embarazo, a una creciente necesidad de hacerse cargo de su fertilidad. Piensan que con cada niño que nazca, aumentarán sus esfuerzos y preocupaciones. Al principio utilizan inconsistentemente la píldora; una vez que sienten que han alcanzado sus límites físicos, deciden pasar por un dolor mayor y se esterilizan. De este modo, la pauta común es que los métodos de control de fertilidad —sobre todo la esterilización y la píldora, respaldados frecuentemente por el aborto— se utilizan como medios para detener y no como opciones para espaciar o posponer el embarazo.

Nuestros hallazgos confirman las diferencias regionales, discutidas con anterioridad, en la fertilidad total, así como en las tasas de mortandad infantil y materna en Brasil. Así, las entrevistadas en Pernambuco habían tenido un promedio de ocho embarazos y muertes de infantes y seis niños vivos, mientras que los promedios para São Paulo y Río de Janeiro eran considerablemente menores —4.1 y 3.1%, y 3.4 y 3.1%, respectivamente—. En otras palabras, las mujeres del grupo de Pernambuco finalizaron embarazos o perdieron hijos dos veces más y criaron el doble de hijos que las de São Paulo y Río de Janeiro. Las mujeres del noreste están pagando con sus cuerpos, sus angustias y sus vidas la mayor pobreza y el menor acceso a los servicios de salud y de planeación familiar respecto de otras regiones.

Como se esperaba, encontramos una correlación inversa entre la edad y el número de hijos, particularmente en las ciudades ur-

banas del sureste, donde las mujeres que habían tenido cinco o más hijos, estaban en el grupo de edad avanzada (desde más de 40 hasta 60 años). Este esquema fue menos cierto en Pernambuco, donde varias mujeres de más de 35 años tenían cinco o más hijos. Pero, para las entrevistadas rurales más jóvenes, la fertilidad más baja es directamente proporcional a las necesidades de subsistencia. Como se expuso con anterioridad, la decreciente fertilidad en Brasil es consecuencia de las condiciones económicas imperantes; la creciente participación de mujeres en la fuerza laboral, la urbanización, y una nueva ética diseminada por los medios de comunicación masivos, cuyo impacto es mayor en las generaciones más jóvenes. Sin embargo también resulta interesante notar que un número cada vez mayor de mujeres de todas las edades están listas y dispuestas a decir abiertamente: "No quiero más hijos";²² se sienten con derecho a regular su fertilidad y están actuando con ese sentido de apropiación. Aunque nuestras participantes mostraron claramente este cambio de actitud, los métodos que utilizan para ejercer su derecho son limitados y a menudo peligrosos.

Como observamos anteriormente, la esterilización es por mucho el método anticonceptivo utilizado con mayor frecuencia por las brasileñas, seguido por la píldora y fuertemente complementados por el aborto inducido. Las entrevistadas por lo general siguen este modelo pero con diferencias notables, pues la proporción de las que han sido esterilizadas es baja, y la de aquellas que actualmente no utilizan ningún método es alta en comparación con los datos nacionales más recientes de las tres regiones.²³ Aun-

²² En 1986 el principal argumento para la ligadura de trompas en Brasil era por "razones de salud". Para 1992 este motivo había perdido terreno en diferentes estados frente a "ya tengo todos los hijos que quiero" (Berquó, Araújo y Sorrentino, 1995: 99).

²³ De las encuestadas en Pernambuco 26% se ha sometido a la ligadura de trompas, 27% de las participantes en São Paulo, y 16% de las de Río de Janeiro. En los tres sitios la mayoría informó que no estaba utilizando un método de anticoncepción no permanente. Este hecho refleja no sólo la confianza en la esterilización y el aborto, sino también el relativamente alto número de mujeres de edad avanzada y menopáusicas que incluimos en nuestro estudio. En el caso de las entrevistadas en Río, el alto porcentaje de quienes no están esterilizadas y tampoco utilizan algún método anticonceptivo refleja también la situación ocupacional de las trabajadoras domésticas mencionada con anterioridad, pues muchas de ellas son virtualmente célibes.

que entre nuestras entrevistadas eran relativamente pocas las que estaban utilizando la píldora durante el periodo en que se realizó el estudio, muchas más la habían usado en algún momento. Sin embargo, numerosas mujeres en los tres grupos se quejaron de los efectos secundarios de la píldora, y en algunos casos (mas en Río de Janeiro y en Pernambuco) cuestionaron su eficacia. Estos problemas a menudo se usaron como justificación para proceder a la ligadura de trompas —por la mujer, sus médicos, o ambos—. Las mujeres, en particular las del noreste, expresan su miedo a contraer infecciones, cáncer o “atrofia” causada por el uso de la píldora, y consideran que la esterilización es, en contraste, menos dañina. Mientras en ciertos casos los miedos pudieran derivar de la ignorancia, a menudo reflejan experiencias reales (propias y de amigas o vecinas) y los efectos combinados de una salud precaria y una mala alimentación.

En los tres sitios de investigación el método anticonceptivo que se citó como el más utilizado, particularmente entre las más jóvenes, fue el condón, para evitar el sida y las ETS. Sin embargo muy pocas de las mujeres de nuestro estudio utilizan este método, pues aseguran que sus esposos o parejas se niegan a emplearlo. Por otro lado, el testimonio de los varones entrevistados en Pernambuco y otros estudios cualitativos indican que las mujeres no sólo le atribuyen la responsabilidad a los varones, sino que en realidad también a ellas les disgusta utilizar el condón y simplemente ya no insisten en su uso (compárese Barbosa y Villela, 1996 y Badiani *et al.*, 1996 y 1997). En São Paulo, donde el sida es la principal causa de muerte entre las mujeres de 20 a 35 años de edad, este hallazgo es particularmente perturbador. Las esterilizadas, menopáusicas y embarazadas, así como las que confían en la píldora, el método del ritmo o el aborto, no están utilizando ninguna protección contra el VIH u otras ETS. Esta inquietante tendencia de las participantes de nuestra investigación también se ha encontrado en otros estudios de mujeres brasileñas (Barbosa y Villela, 1996; Guimaraes, 1996). Sin embargo, como ya vimos, aunque las mujeres en edad adulta de São Paulo están renuentes a cuidar de sí mismas y exigir sexo seguro, insisten en que sus hijas lo hagan mediante del uso del condón.

Las razones por las cuales es más fácil que las mujeres brasileñas de bajos recursos recurran a la esterilización o el aborto en lu-

gar de acudir a métodos no permanentes para el control de la fertilidad, son muchas y muy complejas. Principalmente están relacionadas con un contexto más amplio de pobreza, trabajo y falta de guarderías; deficiencias y distorsiones de los servicios de salud existentes; y con las actitudes recalcitrantes de los hombres, todo lo cual es mucho más extremo en el noreste. Aunque parece menos frecuente en Río, las mujeres con las que hablamos en los tres sitios tenían que enfrentar la resistencia de sus esposos y parejas en sus esfuerzos por evitar el embarazo. Especialmente en Pernambuco, los hombres a menudo se muestran indiferentes o sabotean abiertamente dichos esfuerzos. Una participante en los grupos focales informó que su esposo “acostumbraba husmear en mis cosas” hasta que finalmente encontró las píldoras anticonceptivas escondidas en una maleta:

Él sabía para qué eran. La etiqueta lo decía. Me preguntó: “¿Para qué tienes esto? ¿Ya no quieres vivir conmigo?” Yo le dije: “Sí, porque eres el padre de mis hijos y tienes que ayudarme a educarlos” [...Luego] tomó las pastillas y las puso en agua, las disolvió y las enterró, diciendo: “Si vuelvo a ver estas pastillas me las pagas.” “Me las pagas”, significa que me golpeará.

Los problemas que enfrentan las mujeres de nuestra investigación por el uso de métodos anticonceptivos no permanentes y seguros también se derivan de deficiencias en el sistema de asistencia médica, como la inaccesibilidad a los servicios públicos de salud reproductiva que ofrecen gran variedad de métodos anticonceptivos, información y asesoría; así como las presiones y prejuicios de los médicos. Hombres y mujeres dan por sentado los puntos de vista médicos de que “la píldora” es un término que se utiliza como sinónimo de “control natal”. En cuanto al control de la fertilidad y la maternidad, los proveedores de atención médica en Brasil tienden a negar el papel de la mujer en la toma de decisiones, especialmente si pertenece al sector pobre y marginal; promueven otros métodos, como la ligadura de trompas, que consideran más *eficientes* para dichas mujeres. Además, la cultura médica prevaleciente en Brasil favorece los métodos quirúrgicos e invasivos. Uno de los hombres que participaron en el grupo de enfoque en Pernambuco ha-

bló de la estandarización de los procedimientos médicos en el sistema público de asistencia médica: “Los doctores le dicen a todas las mujeres que van al hospital que se ligen sus trompas, que se hagan una cauterización [...] y ahora todas tienen que hacerse un injerto plástico de perineo para levantar su vejiga. Dicen que se tiene que hacer.” Sin embargo, como la mayoría de los hombres en Brasil, los médicos parecen estar en contra del uso de la vasectomía,²⁴ como lo informa una mujer del grupo de estudio de São Paulo: “Entonces hice un gran esfuerzo por convencer a mi marido de que se hiciera la vasectomía. Cuando llegamos allá, el bastardo del doctor le dijo: ‘Ya voy a abrirle el vientre a ella [para realizar un parto por cesárea], ¿por qué lo operaría a usted?’”

Las actitudes irrespetuosas y el comportamiento de los médicos son factores importantes que inducen a las mujeres a evitar las visitas médicas siempre que les es posible, y de este modo procuran hacer de la anticoncepción una propuesta de una sola ocasión, por medio de la esterilización. Además las mujeres rurales en Pernambuco enfrentan muchos más problemas para recibir los servicios, sin importar su calidad. El abastecerse de anticonceptivos implica viajar al pueblo para buscar servicios médicos y farmacias. Así, la esterilización se convierte en la alternativa más práctica y la menos pesada, que ayuda a las mujeres a evitar los costos más altos de la anticoncepción, incluyendo el hostigamiento y la violencia de sus esposos. Sin embargo la esterilización femenina, incluso la voluntaria, conlleva sus propias consecuencias negativas. Tanto en São Paulo como en Río de Janeiro las entrevistadas expresaron su preocupación sobre cierta asociación entre la ligadura de trompas y los problemas sexuales; por otro lado, las de Pernambuco tomaron con más serenidad el hecho de que la frigidez pudiera ser resultado de la ligadura, ya que están más dispuestas a zafarse del yugo que representan las relaciones sexuales no deseadas. En Pernambuco y Río de Janeiro la mayoría de las mujeres ve la ligadura como una salvación, mientras que en São Paulo crea una mezcla de alivio

²⁴ Ninguno de los varones entrevistados o parejas de las mujeres participantes de las comunidades que estudiamos se había practicado la vasectomía. Esto refleja los modelos nacionales, en los que tal intervención es muy rara; véase Berquó, Aratújo y Sorrentino, 1995.

y pesar, particularmente entre las que establecen nuevas relaciones o experimentan la pérdida de un hijo (Vieira y Ford, 1996). Una activista de alrededor de 45 años de edad nos contó una historia muy parecida a otras del mismo grupo: Después de haber sido esterilizada a los 28 años en el nacimiento de su único hijo, el niño murió repentinamente: “No podía aceptar haber perdido a mi hijo, el único que tenía, y que ya no podía tener otro [...] enloquecí”.²⁵

Las mismas condiciones sociales que empujan a las mujeres hacia la esterilización y demeritan el uso de los anticonceptivos no permanentes motivan su recurrencia al aborto. A pesar de su ilegalidad, encontramos que el aborto es una práctica común en los tres sitios de nuestra investigación, así como lo es entre las mujeres brasileñas en general (Singh y Sedgh, 1997). Alrededor de 15% de nuestras entrevistadas admitió haber tenido uno o más abortos inducidos, aunque muchas más los tuvieron espontáneamente. La incidencia fue mucho más alta entre las trabajadoras domésticas de Río (31% lo reconoció), probablemente debido a la alta probabilidad de que no mantuvieran una relación y al riesgo de perder su trabajo si estaban embarazadas. Sospechamos que en Pernambuco una proporción indeterminada de eventos reportados como *pérdidas* (aborto espontáneo), en realidad fueron inducidos, dada la práctica común en la región de usar téis abortivos para “traer la menstruación”, así como por ambigüedad de la palabra (*aborto* en portugués se utiliza para el provocado y para el espontáneo). Esta comprensión cultural surgió en una sesión del grupo de estudio sobre anti-concepción cuando una no activista dijo: “Tenemos que usar la medicina al principio, para no dejar que crezca el bebé; se toma cuando uno tiene duda, después de un mes de embarazo. Entonces la menstruación llega y no es un aborto”.²⁶ Este punto de vista fue consistente entre todos nuestros participantes rurales, tanto mujeres como hombres.

²⁵ Sospechamos que dichos sentimientos de pesar entre las mujeres de São Paulo reflejan la influencia de grupos feministas con los que han entrado en contacto y que critican la prevalencia de la esterilización entre las mujeres negras y de bajos recursos de Brasil. También se advierte el interés del MSZL en los temas relacionados con la salud.

²⁶ Leal y Lewgoy (1995), encontraron puntos de vista muy similares en su estudio de la construcción social del aborto y la personalidad en Porto Alegre.

En Río de Janeiro las mujeres no activistas que recurrían al aborto no tenían náuseas y generalmente podían contar con una red de apoyo que las refería a los servicios médicos y las ayudaba financieramente. Entre las de São Paulo la Iglesia católica tiene más penetración y el tema es muy polémico; aun así, el foco de atención son los riesgos concretos de un aborto ilegal más que sus aspectos morales. En muchas ocasiones las mujeres entrevistadas justificaron sus abortos en términos de su comunión con un dios compasivo e indulgente, en una negociación directa que pasa por encima del clero.²⁷ Como dijo una líder de São Paulo en el grupo de estudio: “Cuando estaba ahí con mi hija que sangraba profusamente, le rogué a Dios para que todo saliera bien; le imploré perdón porque sabía que era un pecado. Pero sabía que sólo Dios podía entender mi necesidad”.

Esta creencia en un dios compasivo, que cuida a las mujeres en los momentos en que se practican sus abortos en lugar de condenarlas, también se encuentra presente entre las rurales. Una campesina de más de 45 años no activista del grupo de estudio de Pernambuco habló sobre su aborto, el cual duró cuatro días y terminó en una hemorragia severa y en hospitalización: “Es pecado matar. Yo ya había tenido un aborto. En la farmacia me dieron una medicina muy fuerte para abortar; tuve una hemorragia, casi me muero. Tenía miedo de morir y dejar a mi hija. Pero creo que Dios perdona”.²⁸

Estas historias nos hablan de las distancias que las mujeres están dispuestas a recorrer para controlar su fertilidad en un contexto de ilegalidad y condena moral y religiosa. Por supuesto, lo sor-

²⁷ Se ha observado este modelo en estudios anteriores (Ávila, 1993; Nunes, 1994; Ribeiro, 1994). Un aspecto de la teología de la liberación refleja una larga tradición popular entre los brasileños de bajos recursos, quienes consideran a Dios como un salvador personal que entiende su situación.

²⁸ Como estas dos citas lo indican, el uso de *Cytotec* para inducir el aborto puede ser riesgoso. Adquirido en las farmacias —actualmente en el mercado negro, ya que las regulaciones gubernamentales para su distribución se introdujeron en 1991— a precios exorbitantes, el resultado más frecuente del uso de esta medicina es transformar un embarazo no deseado en un aborto no concluido, a menudo con sangrados profusos cuyo tratamiento requiere hospitalización subsecuente (Arhila y Barbosa, 1993).

prendente no es tanto la influencia de la religión, sino el ingenio de ellas para darle la vuelta: aunque reconocen que el aborto es etiquetado como un pecado, aceptarlo como parte de la vida reproductiva está implícito en su práctica rutinaria. Y mientras algunas parecen aceptar las barreras y dificultades puestas en su camino (por ejemplo, las hemorragias severas) como una forma de penitencia, otras expresan gran enojo por el costo que significa el aborto ilegal en la salud y la vida de las mujeres. Más que nada, este enojo está dirigido hacia la insensibilidad de los proveedores de servicios de salud. Ya reclamaba una participante del grupo de focal de São Paulo: “Muchas mujeres mueren, tienen hemorragias, llegan al hospital y [al personal] no les interesa, no les importa un bledo. ¿Luego qué pasa? La mujer que está sangrando morirá por falta de atención médica en el hospital, y esto pasa todos los días.”

La mayoría de las mujeres entrevistadas en São Paulo está a favor del aborto seguro y voluntario y subraya su rechazo a la violencia de que han sido objeto las mujeres que han tenido abortos ilegales por parte de los prestadores de servicios de salud pública. Aunque ninguna de ellas parece estar en favor de la legalización, al parecer la clase y el género tienen más influencia que las normas religiosas en la formación de las actitudes de las mujeres rurales ante las realidades del aborto. Esto fue evidente por ciertos comentarios de las trabajadoras agrícolas de los grupos focales: “Muchos doctores se oponen. Si conocen a la mujer realizan el aborto; para eso está ella ahí. Tal vez si se pagara, las cosas cambiarían, pero cuando es gratuito.” “Si eres rica, no te regañan, pero si eres pobre sí lo hacen.” “Si soy rica puedo tener un aborto, ¿pero si soy pobre no puedo?”

CONCLUSIONES

Los tres grupos que estudiamos forman parte de la batalla por la *ciudadanía*, de ahí que su sentido de apropiación y su noción de los derechos relacionados con la reproducción y la sexualidad tiendan a figurar entre los más fuertes en relación con la esfera pública, como lo demostraron sus quejas sobre el sistema de salud. Pero sus logros entre el sentido de apropiación de sus derechos o de injus-

ticia y la capacidad para hacer reclamos a las agencias públicas y asegurar la aplicación de los derechos establecidos, o para hacer valer nuevos derechos, siguen siendo magros. Muchas de las mujeres entrevistadas, en especial las trabajadoras rurales y las domésticas, aún se sienten confinadas y tienden a buscar soluciones individuales contra las injusticias que experimentan en sus vidas sexuales y reproductivas.

Sin embargo, encontramos que la mayoría de nuestras encuestadas muestran carácter enérgico y activo al enfrentar los obstáculos que los médicos, esposos e Iglesia oponen a su autodeterminación reproductiva; sus testimonios revelan que hacen esfuerzos heroicos por ganar algún control sobre su fertilidad y sexualidad, a pesar del desproporcionadamente alto precio que a menudo tienen que pagar. Buscan ayuda en sus relaciones personales o en el movimiento en su afán de conseguir dinero para un aborto o una ligadura de trompas, alguien que cuide a sus hijos o un lugar para vivir; demandan compartir el trabajo de la casa con sus esposos e hijos; desafían los prejuicios religiosos contra el aborto al invocar a deidades que simpatizan con la mujer; y alientan a sus hijas a estar más informadas y capacitadas sexualmente; todo con la esperanza de mejorar sus vidas y las de las generaciones futuras de una manera activa. Habiendo sufrido las consecuencias de la pobreza, los roles de género tradicionales, sistemas de salud deficientes o totalmente ausentes, y el mito de la virginidad que las mantiene ignorantes de sus propios cuerpos y sexualidad, las viejas generaciones de mujeres esperan que sus hijas cuenten con educación y una profesión, contraigan matrimonio en una edad madura, tengan menos hijos, y logren un estatus adecuado en la esfera pública del trabajo remunerado y la *ciudadanía*. Sus actitudes nuevas y más abiertas sobre la educación sexual para los jóvenes no sólo surgen del miedo a la epidemia del sida, sino que también reflejan el impacto del feminismo, la urbanización, los medios de comunicación masiva, y el deseo de las mujeres por disfrutar de una vida más libre.

En casi todos los casos encontramos que la participación de las mujeres en los movimientos sociales tiende a aumentar su sentido de apropiación reproductivo y sexual al reforzar su autoestima, aumentar su acceso a la información y facilitar el desarrollo de su

conciencia social y política y sus capacidades relacionadas con la comunidad en su conjunto. Asimismo, advertimos que algunas mujeres no activistas también estaban inusualmente firmes en cuanto a cuestiones como la división de trabajo doméstico y el cuidado de los niños, las tradicionales normas de la virginidad, o su derecho como mujeres al placer sexual en una relación. Constatamos que el factor más importante que desencadena su sentido de apropiación es su vínculo con el trabajo remunerado fuera de la casa. En sus aspectos más positivos, dicho trabajo ofrece a las mujeres movilidad, acceso a la información, nuevas relaciones sociales y cierto grado de independencia económica. Las trabajadoras no activistas no sólo tienen un sentido de su estatus como poseedoras de derechos gracias a la legislación laboral, sino que también conocen el significado de la explotación en el trabajo. Algunas de las trabajadoras domésticas no activistas con quienes nos entrevistamos habían aplicado una idea de igualdad y justicia que surgía de un sentido de sí mismas como trabajadoras y proveedoras familiares que las respaldaba para enfrentar los tradicionales arreglos de género dentro de la familia y demandar reciprocidad a sus esposos, parejas e hijos. Algunas de las trabajadoras rurales fueron firmes al sostener su idea de que la sexualidad es saludable y positiva, y el cuerpo de la mujer es propiedad de sí misma.

Sin embargo, mientras las actividades de las organizaciones comunitarias y el trabajo facilitan el desarrollo de un sentido de apropiación de las mujeres, las tareas y responsabilidades de la reproducción son obstáculos para su realización. Todas las mujeres de nuestro estudio comenzaron a participar en las tareas de reproducción social cuando eran hijas jóvenes y continuaron haciéndolo cuando rebasaron el periodo menopáusico o de la esterilización como madres, abuelas, tías y trabajadoras domésticas. Su experiencia refleja la complejidad del trabajo reproductivo y lo inadecuado del concepto de “años reproductivos” como determinados biológicamente, ya que para las masas de mujeres brasileñas la reproducción termina con la esterilización y no con la menopausia.

A pesar de la idealización cultural del rol materno, en la práctica la maternidad implica deficiencias materiales, sociales, políticas y de salud para las mujeres. Como esposas, madres y trabajadoras su vida diaria se caracteriza por una sobrecarga de trabajo perjudicial

a su salud, en especial la reproductiva. Este problema es más severo entre las trabajadoras rurales, cuyas condiciones socioeconómicas son las más precarias; ellas tienen más hijos, más embarazos, más pérdidas infantiles, y menos acceso a un adecuado sistema de salud. Contra toda lógica, los problemas de salud de las mujeres de más edad justifican que se mantengan dichos arreglos para las niñas, que se hacen cargo de las obligaciones domésticas de sus madres enfermas. Así, la vida doméstica se caracteriza por los esfuerzos no recompensados y la desigualdad de género en todas las etapas del ciclo de vida de la mujer.

Las mujeres de Pernambuco y São Paulo en particular, se sienten poco apreciadas y permanentemente explotadas por sus hijos y sus esposos, y consideran que cuentan con poco espacio para la negociación en la toma de decisiones. Aunque manifiestan que sus hijos son lo más importante para ellas, sus descripciones de la vida diaria y las relaciones familiares están permeadas por la soledad de la maternidad, la opresión del trabajo doméstico, y el permanente riesgo de violencia y abuso marital. El trabajo reproductivo y la falta de guarderías limitan su movilidad y a algunas las imposibilita para participar en movimientos sociales o trabajar fuera de casa. La mayoría de las mujeres de São Paulo dejaron el mercado de trabajo formal una vez que tuvieron a sus hijos, mientras que las trabajadoras domésticas de Río de Janeiro se vieron en la necesidad de renunciar a las relaciones sexuales y a la oportunidad de criar a sus hijos. Luego entonces no es accidental que entre las mujeres incluidas en nuestro estudio, las activistas no tuvieran hijos o que éstos fueran mayores, y por tanto ellas estuvieran libres de las obligaciones de la crianza. Tampoco es de sorprender que muchas de nuestras entrevistadas casadas recordaran con nostalgia sus años de soltería, ni que la maternidad en soltería se esté convirtiendo, de manera creciente, en una opción de vida para las mujeres brasileñas.

Entre las mujeres que entrevistamos existe una combinación de barreras —oposición del esposo, tabúes religiosos, una cultura médica hostil y servicios de salud inadecuados— que inhiben el uso regular de los anticonceptivos como medios para posponer o espaciar los embarazos. Así como las obligaciones de la reproducción biológica y social se van incrementando con la edad, así tam-

bién ellas se vuelven más activas al determinar su fertilidad y su sexualidad, soportar los efectos secundarios de la píldora y los riesgos que para la salud tienen los abortos ilegales, al dejar los matrimonios abusivos y al buscar a veces relaciones más satisfactorias. La esterilización, percibida como la solución definitiva a su problema reproductivo, tipifica la idea que asocia el control de la fertilidad con el fin de la maternidad. El sistema médico ofrece a las mujeres esta “última solución” en un contexto que él mismo ayuda a crear y que les brinda pocas alternativas.

La falta de acceso de las mujeres a la información relacionada con su cuerpo, la sexualidad y la reproducción, empeora sus dificultades reproductivas y aumenta su vulnerabilidad y miedo. Todas nuestras entrevistadas reconocen la importancia de la educación sexual y la información médica para que ellas y sus hijas ejerzan sus derechos sexuales y reproductivos. En muchas formas, este anhelo de conocimiento reproductivo y sexual transgrede las ideas tradicionales de feminidad provenientes de las enseñanzas religiosas católicas que ensalzan la virginidad y la maternidad. Al apelar al dios personal benevolente de la religión popular justifican sus abortos o discuten su derecho a tocar y obtener placer en sus propios cuerpos; así muchas mujeres están rompiendo con las normas religiosas relacionadas con la reproducción y la sexualidad. Si no lo hacen en beneficio de ellas mismas, entonces seguramente será en el de sus hijas; si no lo hacen con sus palabras, entonces por medio de sus acciones reclamarán autoridad sobre su vida sexual y reproductiva. Aquí el género y la clase se intersectan para motivar el enojo de las mujeres contra los insultos y la injusticia que provienen del sistema de salud y las relaciones sociales desiguales. Gradualmente, en tanto van aprendiendo a actuar como agentes sexuales y reproductivos, las mujeres brasileñas comprometidas en movimientos sociales están transformando una ética de sufrimiento y penitencia hacia otra de apropiación y ciudadanía.

III. LA PERSPICACIA DE LAS MUJERES POR ENCIMA DE LA DE LOS HOMBRES. COMPENSACIONES Y ADAPTACIONES ESTRATÉGICAS EN LA VIDA REPRODUCTIVA DE LAS MUJERES EGIPCIAS

AIDA SEIF EL DAWLA

AMAL ABDEL HADI

NADIA ABDEL WAHAB*

Los retos a la práctica de los derechos reproductivos de las mujeres egipcias están insertos en un amplio contexto cultural, político e histórico determinado por las realidades de Egipto y de los egipcios. Entre estas realidades destaca la concordancia cultural y moral que une a las mujeres egipcias, derivada de un lenguaje compartido, el árabe, y de una experiencia histórica común. Esta concordancia de valores trasciende sus divisiones geográficas y culturales: entre lo urbano y lo rural, las zonas del Delta (al norte) la de Aswan (al sur), los musulmanes y los coptos (egipcios cristianos), y es la base

* La organización coordinadora del equipo egipcio de IRRRAG fue el New Woman Research Centre (Centro de Investigación de la Nueva Mujer) en El Cairo, fundado en 1984. Agradecemos la participación de todas las integrantes del equipo: Aida Seif El Dawla, coordinadora de proyecto y coautora del documento preparatorio sobre el contexto político; Mona Zulficar, autora del texto preparatorio sobre el contexto legal; Hala Shukrallah, autora del escrito preparatorio sobre el contexto socioeconómico; Nadia Abdel Wahab, autora del escrito preparatorio sobre el contexto cultural y líder del grupo de discusión, Amal Abdel Hadi, coautora del documento preparatorio sobre el contexto de la salud y líder del grupo de discusión; Barbara Hibrahim Mawaheb El Mouelhy y Moushira Gazairy. También reconocemos la ayuda de nuestra consultora de investigación, Carla Makhoulf Obermeyer. Fuimos muy afortunados al contar con una mujer consultora de nuestra región, que entendió muchas de las dinámicas subyacentes y cuya preocupación fue ver más allá de la punta del iceberg.

de muchas cuestiones que son fuentes de conflicto que abordaremos en este capítulo.¹

Empero, las diferencias entre las mujeres egipcias volvieron larga y difícil nuestra investigación. Para cumplir con el mandato del IRRRAG tuvimos que inmiscuirnos en la difícil vida privada de muchas mujeres encargadas de las tareas de la existencia diaria, para conocer cuáles son las estrategias de supervivencia y transgresión que emplean. Además, como investigadores tuvimos que aceptar que ciertas tradiciones que percibimos dañinas o degradantes para las mujeres, reciben una respuesta muy diferente de muchas de las entrevistadas. Algunas de esas tradiciones (en particular la circuncisión femenina) no sólo están muy enraizadas en la cultura egipcia, sino que también cumplen con una función social que al parecer proporciona a las mujeres protección y sentido de dignidad; de ahí que no traten de cambiar estos mecanismos o parezcan no ser capaces de vislumbrar una forma alternativa de vida. Para nosotras, la investigación fue un proceso de aprendizaje muy valioso, aunque doloroso, pues debimos admitir la lógica de ciertas prácticas que van en contra de nuestras propias creencias.

Nuestra investigación exploró los significados y experiencias del cuerpo femenino, excusa para la opresión de las mujeres, pero en ocasiones también fuente de su orgullo y fortaleza. Tuvimos que preguntar sobre el sentido de apropiación de sus derechos en las decisiones reproductivas, aunque muchas de las entrevistadas ni siquiera tenían conciencia de que pueden exigir ciertos derechos básicos que aún no disfrutaban a cabalidad. La razón de este desconocimiento no sólo deriva de una deficiente información, también proviene de un acuerdo cultural que da privilegios a la tradición y permite muchas transgresiones a la norma, siempre y cuando permanezcan encubiertas y no confronten las relaciones de poder establecidas. De este modo advertimos que nuestras entrevistadas rara vez mostraban resistencia abierta o sumisión absoluta en su

¹ Todos l@s egipci@s hablan el idioma árabe, pero las minorías que viven en los oasis del desierto en el occidente y el sur y los nubios en el sur, hablan árabe además de su lengua indígena. Mientras que la gran mayoría de los egipcios es musulmana, una importante minoría (arriba de 10%) es copta.

comportamiento reproductivo y sexual; solían entretrejer elementos de ambos extremos; la imagen externa de las adaptaciones encubre los sutiles mecanismos de subversión o transgresión.

El mismo concepto de “derechos reproductivos” no tiene tanta resonancia en el idioma árabe como en el inglés. El equivalente en árabe (*al-hoqouq al-ingabiah*, que se refiere literalmente al derecho de procrear) no tiene importancia para la mayoría de l@s egipcí@s; de este modo el término en sí mismo no es una consigna a partir de la cual pueda movilizarse a las mujeres. Por el contrario, el concepto implica un cúmulo de derechos que propugnan las mujeres y otros grupos en Egipto bajo una variedad de temas y términos diferentes. Para darle más importancia en el contexto egipcio, el equipo de IRRRAG tradujo el concepto de derechos reproductivos de manera que se relacionara con problemas reales, según los identifican y reconstruyen las mujeres egipcias. Nosotros entendemos que los derechos reproductivos son derechos humanos básicos que incluyen el derecho político de elegir libremente y sin coerciones y la verdadera posibilidad de ejercer dicha elección. También implican derechos económicos fundamentales de acceso a los servicios de salud, educación, oportunidades de empleo, bienestar, propiedad y servicios legales. En otras palabras, nosotros no restringimos los derechos reproductivos sólo a los estrechos confines del cuerpo femenino; los conceptuamos tanto en forma global como particular en las condiciones históricas, sociales, políticas y económicas. Estas esferas más amplias determinan los límites dentro de los cuales pueden ser formulados, violados, ejercidos o transformados los derechos reproductivos.

EL CONTEXTO NACIONAL

La situación social y económica

De manera general, los cambios en las condiciones sociales y económicas han abierto el camino para la renegociación de las relaciones de género y de poder en Egipto. La erosión lenta pero decidida de las reformas al Estado de bienestar promulgadas durante el gobierno de Nasser confronta a las familias con problemas fi-

nancieros insuperables, pero al mismo tiempo cuestiona los roles de género tradicionales y fuerza a las familias a reconsiderarlos y cuestionarlos. En Egipto como en todas partes, los programas de ajuste estructural (PAE) adoptados por gobiernos sucesivos desde los años setenta como respuesta a las presiones del Fondo Monetario Internacional (FMI) y del Banco Mundial (BM) golpearon primero los servicios básicos, y entre éstos con mayor vigor a la salud y la educación. Los PAE han impulsado cambios en la política nacional para fomentar la privatización de los servicios de salud, educación, servicios sociales y empleo. Estos cambios han acarreado un desproporcionado impacto negativo para las mujeres, especialmente para las de las clases trabajadora y media, quienes en los años sesenta eran las principales beneficiarias del empleo y de cierta ayuda del sector estatal (Hatem, 1994). Los servicios de salud, anteriormente proporcionados por instancias públicas y gratuitas que daban prioridad a la atención materna e infantil, se están convirtiendo hoy en día en un lujo inalcanzable para las egipcias de escasos recursos.

Los problemas de género que se sucedieron a raíz de la instauración de las PAE han afectado a las mujeres en su condición de amas de casa y en la de trabajadoras. El aumento en el precio de los alimentos ocasionado por la cancelación de los subsidios gubernamentales, ha intensificado las cargas y obligaciones diarias que enfrentan las mujeres en términos del presupuesto de la casa y la alimentación familiar. Además, la privatización de la industria y de los servicios sociales y la imposición de rigurosas políticas neoliberales de empleo han resultado en un alto y constante desempleo. Durante los años sesenta y setenta la mitad de la fuerza de trabajo femenina era empleada en los servicios sociales del Estado y en los sectores manufactureros, y sólo una cuarta parte de la masculina; de ahí que cuando se iniciaron los recortes en estos sectores las mujeres se vieran doblemente perjudicadas (Hatem, 1994). Un número cada vez mayor de varones y mujeres se ve obligado a tomar trabajos de alto riesgo en el sector privado, con pocos beneficios, a caer en el desempleo o a realizar trabajos esporádicos; así, los hogares egipcios dependen cada vez más del trabajo de las mujeres e incluso de los niños. Un estudio reciente muestra que tres quintas partes de los hogares del país actualmen-

te se sostienen con los ingresos que perciben al menos dos de sus miembros (Korayem, 1991).

En Egipto una parte de las mujeres casadas solía trabajar dentro o fuera del hogar a cambio de un salario; pero con la disminución de plazas en el sector público han tenido que depender más y más de empleos marginales o con baja remuneración. Las cifras oficiales muestran que la participación femenina en la fuerza de trabajo formal ha aumentado de 4.2% en 1966, a un estimado de 22% en 1994 (UN, 1995a, tabla 11; Moghadam, 1993). Sin embargo, cuando se amplía la definición de trabajo para incluir su participación en el sector doméstico informal, la cifra crece significativamente y alcanza un estimado de 35.4% hacia principios de los años ochenta (Zaalouk, 1985). Otros estudios refieren una disparidad aún mayor entre las cifras oficiales y la realidad, especialmente en la agricultura, donde las mujeres realizan más tareas que los varones.²

Los trastornos sociales derivados de los PAE se complejizan debido a la migración de la mano de obra masculina hacia los países productores de petróleo redefiniendo las relaciones económicas en Egipto y afectado profundamente los roles de género en varias formas. Las mujeres cuyos maridos emigraron se vieron forzadas a reemplazar la fuerza de trabajo ausente e ingresaron al ámbito laboral, adquiriendo la responsabilidad de ser jefas de hogar; un papel desconocido para muchas de ellas, que hasta entonces habían vivido a la sombra de la autoridad masculina. De acuerdo con un estudio reciente, por lo menos 16% —y posiblemente hasta 22%— de los hogares egipcios están actualmente encabezados por mujeres (Badran, 1995). Más aún, la migración a menudo significa moverse hacia los centros urbanos, y las mujeres del campo quedan expuestas a nuevas formas de organización social que las privan de su red tradicional de parentescos y sistemas de apoyo (Zaalouk, 1985).

A pesar de la necesidad de los ingresos y el trabajo femeninos, a las asalariadas no se les ofrece un ambiente de tranquilidad y

² Una investigación de muestra que se realizó en las comunidades rurales en 1988 estimó la participación de las mujeres en la agricultura en 50.7%, comparado con 49.3% de hombres. La misma encuesta mostró que 70.7% de las mujeres rurales participa en una actividad económica sin recibir un salario (El Baz, 1994).

paz. Los prejuicios de género en el lugar de trabajo, las políticas del Estado, que activamente desalientan a las mujeres para que trabajen, y el conservadurismo social prevaleciente —recientemente reforzado por la retórica islámica—, convergen para colocar a la mujer en un doble aprieto. En el sector público, que es por mucho el principal empleador de mujeres, las que han sido aspirantes a funcionarias —vistas por todos como asalariadas secundarias— son las candidatas obvias para perder sus trabajos en un momento de recorte presupuestario y de personal. Una nueva ley unificada de trabajo, redactada por funcionarios del gobierno en consulta con negocios privados y sindicatos controlados por el Estado, anula los derechos reproductivos y laborales de las trabajadoras. La nueva ley diseñada para liberar a las empresas de las protecciones al trabajador promulgadas bajo el régimen de Nasser limita a las mujeres a pedir sólo dos permisos de embarazo durante su vida laboral. Un apéndice explicativo admite que la ley “descuida algunos aspectos humanitarios”, pero afirma que está dirigida a “alentar las políticas de población del Estado”. Desde esta perspectiva, el poner a las mujeres fuera del mercado laboral tiene la intención de asegurar puestos para los trabajadores varones desplazados y la de atender las férreas exhortaciones de los islamistas, quienes sostienen que el “lugar natural” de la mujer es el hogar. Por otro lado, las mujeres se encuentran a sí mismas atrapadas entre su necesidad y la de sus familias de continuar trabajando en el sector formal, y su deseo —y derecho básico— de tener el número de hijos que quieran.³

En cuanto a la educación, el panorama es confuso. Por un lado, durante los años ochenta aumentó en forma dramática (de 54 a 81%) la inscripción de niñas en la educación primaria y secundaria (ONU, 1995a), pero los subsidios gubernamentales a la educación y la salud disminuyeron a causa de los PAE, de ahí que la tasa

³ De hecho, la ley puede tener un efecto en contra de la natalidad (desalentar que las mujeres que trabajan tengan más de dos hij@s) o uno a favor de ésta (desalentar que las mujeres trabajen fuera de casa y de esta manera promocionar indirectamente la maternidad). En ambos casos crea un esquema de incentivos que restringe las opciones reproductivas de las mujeres y va en contra del espíritu y la carta del Programa de Acción ICDP, que firmó el gobierno egipcio.

de mujeres adultas alfabetas permaneciera entre las más bajas de todo el mundo, y la brecha de género en la inscripción a las escuelas persistiera con más severidad en las áreas rurales (UNDP, 1996). Cuando la educación se vuelve económicamente inaccesible, las niñas son las primeras a quienes se saca de la escuela debido a que las influencias culturales favorecen la educación de los varones. Según el Informe de Desarrollo Humano Egipcio del UNDP de 1995, 62.5% de las niñas que vivían en áreas rurales y tenían entre 6 y 15 años de edad fueron inscritas en la escuela primaria, en contraste con 80% de los niños en las mismas áreas y dentro del grupo de la misma edad. Ésta y otras tendencias actuales —tales como la reaparición del trabajo doméstico infantil de niños de 10 o menos años de edad— sugieren que cantidades incalculables de niñas egipcias están quedando fuera de la red social, explotadas y olvidadas por las estadísticas, condenadas a permanecer marginadas, lo que hace que se desconozcan sus problemas y sufrimientos.

La situación política

Durante las dos últimas décadas las mujeres egipcias han luchado por conservar por lo menos en el papel, los derechos políticos y civiles que habían ganado con anterioridad y que ahora se ven amenazados en más de un frente. En 1956 fueron el primer grupo nacional de mujeres entre los países árabes al que se le otorgó el derecho a participar en el parlamento. Sin embargo, a pesar de décadas de una lucha que comenzó en los años veinte para que se reconociera la igualdad de la mujer, en 1956 el gobierno de Nasser disolvió los partidos políticos, las organizaciones políticas independientes y el Sindicato Feminista Egipcio, que existía desde 1923 (New Woman Research and Study Centre, 1996; Badran, 1994). Esto significó que en tanto mujeres y hombres tenían los mismos derechos políticos para votar y ser votados a posiciones en el parlamento, de hecho habían perdido el derecho a la organización política independiente. Aunque en 1976 el gobierno del presidente Anwar Sadat reintrodujo un sistema multipartidista limitado, estos partidos eran una apariencia formal alejada de las preocupaciones de la comunidad y por lo tanto de los prospectos y problemas de

las mujeres. Dos décadas después la situación no había cambiado mucho: los partidos políticos seguían siendo organizaciones de élite que se dirigían a un público reducido.

La tendencia política más popular en el Egipto de nuestros días es el movimiento islámico, al cual aún le prohíbe la ley convertirse en partido político.⁴ Durante los años ochenta este movimiento logró una popularidad significativa y mayor representación en el parlamento, pero lo consiguió a expensas de las mujeres como una fuerza política. En 1979 se aprobó una nueva ley de elección que establecía una cuota de 30 curules para las mujeres en la Asamblea del Pueblo Egipcio, aumentando así la proporción de integrantes femeninas de 2 a 9% (Megahed, 1994). La primera acción que emprendieron los grupos islámicos en el parlamento fue presionar a otros miembros para abolir la cuota concedida a las mujeres, pese a que se trataba de un compromiso en favor de los derechos que habían signado el gobierno y la oposición. En 1986 La Corte Suprema Constitucional dictaminó que aun una cuota mínima de participación (curules) para las mujeres era violatoria de la Constitución; de este modo, en subsecuentes elecciones la proporción de las mujeres que tenían un lugar en el parlamento disminuyó a 2.2%, o a 10 lugares de un total de 444 (Mossa'ad, 1996; Zulficar, 1994).

Las organizaciones feministas que trabajan en Egipto enfrentan diversos obstáculos en varios frentes. Junto con otras agrupaciones que trabajan por los derechos humanos, la participación democrática y el cambio social radical deben enfrentar la represión del Estado disfrazada de leyes emergentes que otorgan al gobierno amplios poderes en el diseño de las políticas y el derecho a suspender las libertades civiles. Al mismo tiempo, las feministas también son atacadas por grupos islámicos que usan la cuestión de las mujeres como un campo de batalla en el cual prueban su poder ante el Estado; en ocasiones incluso están coludidos con el mismo Estado en contra de las posiciones feministas. Un

⁴ Estamos utilizando el término "islámico" para referirnos a los grupos políticos militantes en Egipto y en cualquier parte que recurren a las interpretaciones del islam y pretenden convertir en estados religiosos los países en los cuales están activos. Este término es preferible a "fundamentalista", el cual tiene significados más ambiguos y puede aplicarse a muchos grupos que no son islámicos en todo el mundo (cristianos, judíos, hindúes, monárquicos, etcétera).

ejemplo fundamental de esta tenue relación se dio después del éxito de las organizaciones no gubernamentales (ONG) de derechos y salud de las mujeres en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en El Cairo en 1994, al hacer público el tema de la circuncisión femenina, o mutilación de los genitales de las mujeres (MGF).⁵ El Ministerio de Salud, sucumbiendo a la presión de grupos islámicos y conservadores, emitió una regulación en la que se volvía a autorizar la práctica de la MGF en los hospitales públicos, práctica prohibida durante 35 años. Después de una serie de opiniones religiosas, o *fatāwas* sobre el tema,⁶ y persistentes protestas feministas, el Ministerio de Salud emitió un nuevo decreto en 1996 prohibiendo la MGF en general, tanto en las instalaciones públicas como en las privadas. A fines de 1997 la Corte Constitucional Superior de Egipto falló en favor de la reedición de la prohibición del Ministerio de Salud. Este fallo fue una derrota para los islámicos conservadores relativa a su posición frente a la MGF, y al mismo tiempo representó una declaración positiva que señala que Egipto actualmente prohíbe la práctica. Sin embargo, las leyes dejan lagunas peligrosas en torno de las “indicaciones” médicas y podría estar sujeta a enfrentamientos en las cortes; así que las activistas por los derechos de las mujeres en Egipto siguen emprendiendo una lucha pero desde posiciones cautelosas.

El contexto legal

Egipto fue el primer país árabe que ratificó la Convención sobre la Eliminación de toda forma de Discriminación en contra de las

⁵ Para una definición completa de la mutilación de genitales femeninos y sus variaciones en Egipto y en otros países, véase Toubia, 1995.

⁶ El jeque de Al-Azhar, la autoridad religiosa suprema en Egipto, emitió un *fatāwa* en el que aprobaba la MGF, que iba en contra del emitido por el Gran Mufti (líder de la institución religiosa del Estado) el cual dice que la decisión es un tema que corresponde a los médicos. Éste fue un golpe posterior a los derechos de las mujeres en Egipto, ya que implica que la opinión médica es más importante que los derechos básicos de integridad del cuerpo. Al-Azhar, una universidad islámica antigua que alguna vez desempeñó un papel crucial en la lucha nacional, se ha convertido últimamente en una fuente de *fatāwas* muy conservadores.

Mujeres (Convención de las Mujeres); sin embargo lo hizo con serias y variadas reservas, sobre todo al objetar la igualdad de derechos de hombres y mujeres en el matrimonio y el divorcio, establecidos en el artículo 16. En 1925 se emitió la primera ley egipcia de estatus personal, basada en la *shari'a* (jurisprudencia islámica). En 1979 se introdujeron enmiendas que garantizaban a una esposa el derecho de divorcio cuando el esposo tuviera una segunda esposa, y el derecho de conservar la casa marital siempre y cuando tuviera la custodia de los hijos.⁷ Sin embargo en 1985 los islámicos lograron abolir tales reformas en el parlamento. En teoría la ley egipcia requiere el consentimiento de la novia para firmar un contrato de matrimonio o que ésta autorice a su padre a firmar dicho contrato en su nombre. Al mismo tiempo, no permite que la mujer se case sin el consentimiento de su tutor masculino, a menos que la pareja estuviera casada con anterioridad o que ya ella hubiera alcanzado 21 años de edad. Además, a pesar de que la edad legal mínima para el matrimonio es de 16 años para las mujeres (18 para los hombres), sigue prevaleciendo la tradición de casar a las niñas a muy temprana edad, especialmente en las áreas rurales.

No obstante las interpretaciones iluminadas del *shari'a* islámico, que restringe el derecho de los hombres a la poligamia (Musallam, 1983; Obermeyer, 1992 y 1994), en la actualidad la ley egipcia permite la poligamia y otorga al marido una licencia unilateral para divorciarse de su esposa. Por el contrario, para que una esposa obtenga el divorcio el proceso es mucho más oneroso. Los principios del *shari'a* reconocen al matrimonio como un contrato civil y admiten el derecho de las esposas a incluir una cláusula en el contrato que les dé derecho al divorcio. Sin embargo, en la práctica los antecedentes demuestran que es extremadamente difícil probar el daño sufrido por la esposa frente a una corte. Se debe establecer por lo menos uno de los siguientes motivos: que su esposo ha dejado de apoyarla financieramente, que la ha abandonado por más de un año, o que él sufre de impotencia sexual o de una enfer-

⁷ Las mujeres tienen el derecho de custodia de sus hijos hasta que lleguen a la edad de diez años para los niños (la cual puede extender un juez hasta los 15 años de edad), y de 12 años para las niñas (la cual puede extender un juez hasta su matrimonio).

medad crónica incurable que ella desconocía al momento de casarse. Este proceso toma un promedio de cinco a siete años y muy a menudo termina en fracaso (Zulficar, 1994 y 1995).

Los esfuerzos por mejorar la situación legal de las mujeres en asuntos personales concernientes al matrimonio, divorcio y maternidad son centrales para las actividades de los grupos feministas en Egipto. La nueva Ley de Estatus Personal aprobada en 1985 impone al esposo y la *mazoun* (persona responsable de registrar oficialmente los contratos de matrimonio y divorcio) la obligación de notificarle a la esposa si su marido se divorcia de ella o si se presenta un segundo matrimonio (en el pasado, a ella no se le informaba). Por lo menos esta mínima garantía le asegura el conocimiento de dichos eventos y protege sus derechos financieros y legales. En la actualidad algunos grupos de mujeres están pugnando por un contrato matrimonial que introduzca algunas condiciones opcionales, incluyendo el divorcio a demanda de la esposa si su marido tiene otra esposa (Bahey El Din, 1997).⁸

Actualmente el aborto inducido está prohibido por la ley egipcia, excepto cuando la continuación del embarazo pone en riesgo la vida o la salud de la mujer. El código penal establece fuertes sanciones para cualquier persona, incluyendo a los médicos u otros profesionales, que intencionalmente cause un aborto. Las mujeres que por voluntad propia se practican un aborto pueden ser sancionadas hasta con tres años de prisión. El tema del aborto inducido voluntariamente ha sido objeto de muchos debates entre quienes apoyan la continuación de las restricciones legales y quienes abogan por la despenalización durante los primeros tres meses del embarazo, manteniendo la tendencia principal de la doctrina islámica (Omran, 1992). Las diferencias en las opiniones religiosas islámicas concernientes a la legitimidad del aborto crean un clima de confusión moral en las mujeres egipcias que enfrentan embarazos peligrosos o no deseados.⁹

⁸ Las últimas estadísticas muestran que de cada tres mujeres egipcias entre 29 y 49 años de edad, una se había casado antes de los 18 años (EDHS, 1995). Un estudio reciente sobre dos pueblos rurales indica que 40% de las mujeres de esas áreas se habían casado antes de los 16 años de edad (El Hamamsy *et al.*, 1996).

⁹ El aborto después de tres meses de gestación se considera un pecado en todas las escuelas islámicas de jurisprudencia, aunque es aceptable en algunas es-

Construcciones religiosas y culturales de género y poder

La mayoría de las mujeres en Egipto, musulmanas o coptas, son religiosas en la medida en que son creyentes, rezan y ayunan con regularidad. Sin embargo las diferencias y opiniones religiosas parecen tener un efecto menor sobre la realidad cotidiana o sobre la manera en que las mujeres toman las decisiones más básicas, incluyendo las referentes a la fertilidad. En última instancia, la tradición es la base de las normas más sobresalientes a través de las cuales la mayoría de los egipcios juzga a las mujeres, y el retrato cultural prevaleciente está mucho más determinado por los vestigios patriarcales que por la religión.

La percepción tradicional de la mujer y sus reflejos en la cultura popular son altamente contradictorios. Por un lado se les ve como miembros influyentes del hogar, quienes utilizan su astucia, paciencia, resistencia y enorme fortaleza interna para mantener unidas a sus familias y asegurar su sobrevivencia y bienestar. Un dicho muy conocido asegura: “La perspicacia de las mujeres está por encima de la de los hombres”. Incluso la pasividad de algunas está construida como un acto de fuerza o como el único camino para hacerle frente a la tormenta. Por otro lado, la cultura también contiene fuertes tendencias patriarcales que implican la dependencia económica y social de las mujeres frente a los hombres, como sugiere este proverbio: “La sombra de un hombre es mejor que la sombra de una pared”. Esta tradición patriarcal se ve reforzada por el discurso islámico dominante, el cual se centra en la subordinación de las mujeres como herramienta importante para la lucha por el poder político. Aunque las interpretaciones islámicas de los textos religiosos sostienen que las mujeres son agentes morales responsables de sus actos, claramente las consideran inferiores a los hombres en valor y capacidad moral. De acuerdo con estas interpretaciones el lugar “natural” de las mujeres es el hogar y su

cuelas si se practica antes de ese tiempo. Algunos eruditos lo permitían incluso sin la autorización del esposo; otros lo autorizaban en ciertas condiciones (por ejemplo, en caso de que exista algún riesgo para la vida de la madre o en amamantar al bebé); y un tercer grupo lo consideraba un pecado sin que importara la razón (*Fatawi Al Azhar*, vol. 9, núm. 26).

deber principal es cuidar a su esposo, buscar su comodidad, y cuidar a sus hijos según las enseñanzas religiosas.

Un aspecto crucial de la tradición patriarcal que sobrevive en la cultura popular es el valor que se le otorga a la virginidad y el honor de las mujeres jóvenes —un asunto no negociable para las egipcias de todas las clases y creencias religiosas—. La persistencia de prácticas como la de mostrar una toalla teñida de sangre después de la primera noche de bodas (que en ocasiones equivale a “mostrar el honor”), o su forma más dramática, el *baladi dokhla*, son reflejo obvio de este penetrante código de valores.¹⁰ Ésta es una declaración pública de que las mujeres cuidaron su virginidad y se protegieron hasta el día de su boda, preservando así el honor de la familia y una manera de probar su pureza sexual. Aunque la religión no lo sanciona en ningún lugar —de hecho algunos líderes religiosos deploran la práctica—, el *baladi dokhla* tiene gran aceptación entre las mujeres egipcias rurales y de la clase obrera urbana.

Pero en otros sentidos la cultura popular debilita las enseñanzas religiosas islámicas. Por ejemplo, mientras el Corán le otorga el derecho de poligamia a los varones musulmanes en ciertas condiciones, la mayoría de los egipcios la ven con desdén, y la cultura popular ridiculiza su práctica.¹¹ Reunimos 12 proverbios que hablan de la poligamia, de los cuales sólo dos son indulgentes. El resto la desprecia claramente, por ejemplo: “Tú que tomas el marido de otra mujer, eres públicamente ridiculizada (*mashkara*)”, “Él es un perdedor que las convierte [a sus mujeres] en su negocio”, “El vestido de novia de una segunda esposa es amargo, quien lo viste es una desvergonzada”, y muchos otros. Esta posición de la doctrina religiosa representa uno de muchos ejemplos en que la religión y la tradición se contradicen; sin embargo a las personas no se les dificulta creer en ambas.

¹⁰ En la versión de este ritual *baladi dokhla*, el novio o la partera en presencia del novio y de otras mujeres de la familia, utilizan un pañuelo para desflorar manualmente a la novia virgen en la noche de bodas y luego se exhibe el pañuelo teñido de sangre a los invitados reunidos en el lugar.

¹¹ El Corán permite que el hombre tenga hasta cuatro esposas, pero sólo si puede mantenerlas y tratarlas igual. De acuerdo con las estadísticas nacionales más recientes, sólo 2% de todos los matrimonios en Egipto son polígamos.

La sociedad egipcia celebra la fertilidad y las familias numerosas. Esta tendencia a favor de la natalidad tiene raíces muy profundas en la cultura, pero la religión islámica desempeña un papel fundamental en su fomento. Uno de los dichos del Profeta indica: “Cásate y reproducete, yo te vanagloriaré el día del juicio final”; y otro dice: “La mejor de tus mujeres es la que da a luz más veces”. Las personas que desean tener más hijos son las que citan con más frecuencia estos dichos. Una razón importante de la alta fertilidad y de las “normas sobre el tamaño ideal de la familia”, en especial entre los hombres y mujeres rurales con menor educación y a pesar de que enfrentan circunstancias económicas difíciles, es la preferencia por los hijos varones. Tener hijos varones se considera un activo económico para la familia, particularmente debido al estatus privilegiado de los varones sobre la herencia. Los hombres reciben el doble que las mujeres sobre los bienes, de ahí que el nacimiento de un hijo garantice que toda propiedad permanecerá con la familia. Cuando las mujeres se casan se van a vivir a la casa de su esposo, y en ausencia de un hijo, una parte de la herencia será para el tío o sus hijos. Por lo tanto hay un fuerte interés económico detrás de la perpetuación de la tradición patrilineal.

Sin embargo, junto a estas influencias que apoyan la natalidad son muchos los dichos populares que desalientan la maternidad excesiva: “A más hijos, menos recursos”; “La mejor descendencia son un niño y una niña”. Incluso algunos proverbios ridiculizan a las mujeres que tienen muchos hijos: “La sandía más amarga es la que tiene muchas semillas”. Es interesante que estos proverbios asuman que las mujeres son las responsables de decidir el número de hij@s; en ninguna parte se menciona que los hombres tengan un papel en el asunto. Esto es consistente con una investigación reciente que muestra que las mujeres egipcias a menudo ejercen una influencia importante en las decisiones del hogar sobre la reproducción y la fertilidad aun cuando no tengan poder en otras áreas (Naguib, 1994; Nawar, Lloyd e Ibrahim, 1994; Kishor, 1995). Pero las afirmaciones culturales de su poder reproductivo y su sentido de apropiación de derechos podrían no ser suficientemente fuertes para compensar los déficit que resultan de los servicios de salud cada vez más inadecuados e inaccesibles.

Salud y servicios de salud reproductiva

De acuerdo con el artículo 10 de la Constitución de 1956, una de las responsabilidades más importantes del Estado es garantizar el cuidado de la salud de todos los ciudadanos. La nueva política de salubridad instaurada en los años sesenta creó una red de unidades de salud rural en todo el país, centros para el cuidado maternal e infantil, y servicios médicos y de parto para las madres y sus hijos en casa (CMC), con los servicios de planificación familiar como componente central (Egypt, Institute of National Planning, 1994; Hatem, 1994). Aunque la escala de este sistema es extensa, está limitado su alcance, ya que los centros proporcionan servicios sólo a las mujeres casadas y no atienden las necesidades de las adolescentes ni de salud general de las mujeres adultas fuera de la esfera de los CMC y de la planificación familiar. Sin embargo el impacto inicial en la salud de mujeres y niños fue benéfico, con una disminución de la mortalidad materna de 50% en las décadas anteriores a 1970 y de la mortalidad infantil en 62% (de 150 a 57 por cada 1 000 nacimientos de niños vivos) entre 1970 y 1990 (Hatem, 1994; citando a CAMPAS).

La introducción de los PAE en los años setenta ocasionó una seria disminución del gasto público en salud y con esto un agudo deterioro en la calidad y el acceso a esta clase de servicios. Se han puesto en marcha con gran vigor programas de recuperación de costos en el sector salud, convirtiendo muchos servicios que anteriormente eran gratuitos o de bajo costo y que proporcionaban las clínicas y hospitales públicos, en servicios disponibles solamente para quienes pueden pagarlos. Especialmente las dos décadas pasadas han atestiguado la creciente deficiencia en los servicios de salud; son responsables una gran variedad de factores, entre ellos la disminución de las inversiones del gobierno y el reparto desigual de recursos en relación con las necesidades reales de la mayoría de la población. Esto lo agrava la descentralización de la estructura del sistema de salud egipcio, donde diferentes instituciones operan codo con codo con muy poca coordinación.¹²

¹² Así como se reduce gasto público en la salud y se distribuye en forma desigual entre los 26 gobernadores del país, las áreas urbanas crecen desproporciona-

Aunque el Estado continúa proporcionando los servicios de CMC, en teoría sin costo alguno, su escasa calidad contrarresta la disponibilidad de los servicios. Incluso en cuanto a la planificación familiar y la política gubernamental de control de la población —promovida por donadores internacionales como USAID y el Banco Mundial desde los años sesenta— los servicios no son adecuados. Mientras dos terceras partes de las mujeres casadas de las áreas rurales tienen acceso a la planificación familiar en su propia comunidad y 96% vive en el perímetro de 5 km de una institución de planificación familiar, sólo 48% de todas las casadas en Egipto, y 40.5% de las rurales casadas, utilizaban algún tipo de anticonceptivo en 1995. De hecho las encuestas muestran que más de dos terceras partes de los dispositivos intrauterinos (DIU, el método predominante entre las usuarias de anticonceptivos en el país) se reparten por medio de instituciones privadas. Además, muchas mujeres que usan la píldora, especialmente aquellas que recurren a instancias públicas, parecen hacerlo en forma incorrecta, en parte como resultado de la falta de información (EDHS, 1992 7, 1995; Trottier *et al.*, 1994). Para las mujeres rurales los problemas de acceso no sólo se reflejan en las bajas tasas del uso de anticonceptivos, sino también en su alta fecundidad, como lo muestra la tabla III.1.

La evidencia sugiere que la poca utilización de los servicios está relacionada con la mala calidad de los mismos, lo cual obstaculiza el acceso real. De acuerdo con un estudio de 1992, los servicios de salud reproductiva adolecen de serias limitaciones como resultado de la incompetencia técnica y la falta de capacitación de los trabajadores del área de salud, un limitado abanico de métodos de planificación, la falta de información y consultoría que se proporciona a las pacientes, la ausencia de mecanismos de seguimiento y una mala administración (Egypt, National Population Council, 1992). Otro estudio realizado en el mismo año mostró

damente más que las marginadas y rurales (Egypt Human Development Report, 1994; DANIDA, 1994). Las múltiples instituciones de salud de Egipto incluyen: la Secretaría de Salud, hospitales universitarios, la Autoridad de Seguro de la Salud, instituciones caritativas (militares, de la policía y del sector privado), cada una con sus propias instalaciones, equipo y presupuesto.

TABLA III.1

Tasa total de fecundidad y uso de anticonceptivos
entre las mujeres que alguna vez estuvieron casadas

<i>Ubicación</i>	<i>Tasa total de fecundidad</i>	<i>Uso de anticonceptivos (%)</i> *
Urbana	3.0	56.4
Rural	4.2	40.5
Egipto Bajo	3.2	55.4
Egipto Alto	4.7	32.1
General	3.6	48

* Actualmente las mujeres casadas entre 15 y 49 años de edad utilizan anticonceptivos.

Fuente: EDHS, 1995.

que la mayoría de las entrevistadas prefería viajar más de 30 km si era necesario para recibir estos servicios en hospitales generales o clínicas privadas, y que posponían las visitas hasta lograr hacerse de un “colchoncito” para gastarlo en la consulta (Cairo, Demographic Centre, 1992). Una razón importante por la cual las mujeres evitan acudir a los servicios públicos gratuitos o de bajo costo es el trato irrespetuoso que reciben en ellos. En el sistema de asistencia pública de Egipto los médicos tienden a trivializar las quejas sobre los efectos secundarios más comunes de los anticonceptivos —por ejemplo dolores menstruales, dolores de cabeza y sangrados irregulares—; también descartan o ridiculizan las quejas sexuales de las mujeres, especialmente si se encuentran en sus años posreproductivos (Seif El Dawla, 1996); además, los trabajadores del área de la salud son comúnmente insensibles e inconscientes de los sentimientos de vergüenza de la mujer durante el examen ginecológico (Younist *et al.*, 1993). En la profesión médica —jerárquica, con enfoque de mercado y rezagada por médicos mal capacitados y mal pagados— se advierte muy poco tiempo o interés por aprender sobre la percepción de las mujeres acerca de su bienestar.

Es evidente que esta inaccesibilidad *de facto* y los servicios de mala calidad han tenido funestas consecuencias para la salud re-

productiva de las mujeres en Egipto. Esta afirmación se basa en diferentes indicadores: primero, aunque la mortalidad materna disminuyó en los años sesenta, todavía es en promedio de 170 por cada 100 000 nacimientos vivos; esta cifra coloca a Egipto en el rango medio de los países en vías de desarrollo (véase la tabla IX.1); segundo, otros factores que contribuyen a incrementar la mortalidad y la morbilidad son: 75% de las embarazadas padecen anemia; 61% no recibe cuidado prenatal, y casi 64% da a luz sin recibir atención médica (UNDP, 1996; EDHS, 1995).¹³ Además, aun en El Cairo, donde las instituciones de salud son más abundantes y accesibles que en cualquier otra parte del país, hay altas tasas de mortandad materna y ginecológica por causas que no son diagnosticadas oportunamente (Younis *et al.*, 1993; Khattab, 1992).¹⁴

Sin lugar a dudas también contribuye a la mortalidad materna la persistencia de prácticas abortivas, poco seguras e ilegales. En Egipto no existen datos confiables que permitan construir estimados relativamente exactos de la incidencia de los abortos ilegales.¹⁵ A pesar de todo podemos asumir que el resultado de la ambigüedad legal y de la moral descrita con anterioridad, es una alta proporción de abortos —46% según una fuente— autoinducidos o realizados por curanderos sin experiencia. Para ello se utilizan métodos tradicionales y a menudo peligrosos; por ejemplo, “golpear

¹³ Aparentemente muchas mujeres prefieren tener a sus hijos en su casa y no en hospitales por temor a los riesgos relacionados con las altas tasas de cesáreas que se realizan (Morsy, 1995; El Mouelhy, 1987). Sólo un tercio de las mujeres embarazadas en Egipto dan a luz en hospitales (EDHS, 1995).

¹⁴ Un importante estudio realizado en dos pueblos de Giza en Egipto Bajo, basado en una muestra seleccionada al azar de mujeres que alguna vez se casaron, encontró que entre 56 y 83% sufría de anomalías genitales, uterinas o cervicales serias y que 63% estaba anémico; unas cuantas tenían células cervicales malignas y a otras les habían diagnosticado sífilis. En la gubernatura de Giza, que colinda con El Cairo, 60% de las mujeres habían tenido dos o más enfermedades, de las cuales no se habían tratado hasta la fecha del estudio (Younis *et al.*, 1993).

¹⁵ Un estudio reciente sobre planificación familiar que realizó el Centro Demográfico de El Cairo encontró que la octava parte de todos los embarazos y la cuarta parte de los no deseados, entre la muestra estudiada, resultó en un aborto inducido que se realizó empleando diferentes métodos, no siempre con éxito (Huntington *et al.*, 1995).

o dar masajes violentos en el abdomen, introducir plantas, un catéter, plumas o un cable en el útero, inyectar sustancias en el útero, beber infusiones o tomar diferentes medicamentos” (El Mouelhy, 1993: 114).

En resumen, aunque los funcionarios egipcios de salud han adoptado el lenguaje de “salud reproductiva”, especialmente desde el CIDP, en la práctica los servicios públicos o privados proporcionan el mínimo de métodos de planificación familiar, y sólo a las mujeres casadas. El acceso total a los derechos reproductivos parece lejano y constituye un ideal ignorado en Egipto.

METODOLOGÍA Y DESCRIPCIÓN DE LOS LUGARES DE INVESTIGACIÓN

Nuestra investigación se realizó en siete lugares: dos vecindarios de El Cairo (Boulaq y Sakakini); tres sitios fuera de El Cairo en la región del Delta (Egipto Bajo), dos urbanos y uno rural; y dos, uno urbano y uno rural, en Egipto Alto. Las comunidades donde se condujo la investigación eran de clases baja o media baja. La capital El Cairo, con una población aproximada de 12 millones en la noche y 17 millones en el día, alberga los extremos de riqueza y pobreza, que a veces colindan literalmente uno con el otro en vecindarios adyacentes. La actual remoción de áreas pobres del centro hacia la periferia ha formado un cinturón de pobreza que rodea la ciudad. Los habitantes de estos distritos pobres son principalmente inmigrantes de áreas rurales, que residen permanentemente en El Cairo o vienen como trabajadores asalariados por día y se emplean en la construcción y en todo tipo de tareas extrañas.

La división del país en Egipto Alto (Sa'aid) y Egipto Bajo (Delta) es histórica y cultural. Hablando en términos generales, los egipcios deltas están más actualizados y son más liberales en su forma de percibir el mundo. Aunque los altos egipcios también trabajan tradicionalmente en la agricultura, es a las personas del Delta a quienes generalmente se les llama campesinos. A los altos egipcios se les enseña a ser más conservadores política y culturalmente; su imagen está asociada a la terquedad, la adhesión estricta a la tradición local, a las vendettas y a los asesinatos por honor. Por

mucho tiempo los altos egipcios han sido considerados como gente a la que es difícil cambiar; sin embargo la mayoría de los proyectos de desarrollo del país se realizan ahí, especialmente en Menya, el municipio en donde emprendimos nuestro trabajo de campo. En la actualidad el Egipto Alto es la casa de la mayoría de los egipcios coptos y la región donde tienen más fuerza los islámicos.

El equipo egipcio del IRRRAG está integrado por mujeres activistas, profesionales, académicos e investigadores que comparten su preocupación por los derechos humanos y un interés particular en los temas que están relacionados con la salud de las mujeres.¹⁶ En la primera fase de nuestro proceso, discutimos entre nosotros sobre el concepto de derechos reproductivos en el contexto egipcio, al igual que sobre las dificultades que implica el ventilar ciertos temas, como los relacionados con la sexualidad, la religión, o las estrategias privadas que utilizan las mujeres en su vida diaria. Las experiencias personales de las integrantes del equipo se convirtieron en un punto de referencia toral en estas discusiones exploratorias. Para acceder a la muestra de mujeres mezclada social y geográficamente, tuvimos que apoyarnos en intermediarios, principalmente en las ONG que trabajan en las áreas donde realizamos nuestras discusiones grupales. Estos puentes, en particular la Organización Evangélica Copta para Servicios Sociales (OECSS), desempeñaron un papel fundamental al facilitarnos el acceso a las comunidades locales. Su personal de base había ya ganado la confianza de los hombres y mujeres de las áreas de investigación, y por tanto podía proporcionarnos un clima de acercamiento y confianza en las discusiones grupales, lo cual era esencial para la integridad de la investigación.

Los datos de la investigación se generaron tras 19 discusiones de grupo, 13 con mujeres (85 participantes) y seis con hombres (39 participantes), así como 12 entrevistas a profundidad estructuradas libremente (solamente con mujeres). Las informantes de las entrevistas profundas fueron seleccionadas dentro y fuera de los

¹⁶ Las integrantes del equipo provienen de las siguientes disciplinas: leyes, medicina, derechos humanos, antropología, sociología y ciencias políticas; pero todas han estado realizando trabajos interdisciplinarios relacionados con temas de mujeres.

grupos focales (seis no eran participantes de éstas).¹⁷ Los grupos focales fueron fuente de valores normativos y expectativas comunitarias, mientras las entrevistas a profundidad revelaron más sobre el comportamiento real y las actitudes que podrían desviarse de las normas dominantes. Además de las diferencias entre rurales y urbanos, musulmanes y coptos, tanto entre los hombres como entre las mujeres entrevistados, se incluyeron diversos niveles de educación, grupos de edad, y experiencia de trabajo, así como personas casadas y solteras. El estado civil, más que el trabajo fuera del hogar o la educación, parece ser el indicador que afecta mayormente la percepción de las mujeres sobre los derechos reproductivos. En Egipto una mujer soltera es catalogada como una “niña” (*bint* en árabe), sin importar su edad. Es una suposición virtualmente universal que una mujer que nunca ha estado casada es por definición una virgen, y que la experiencia sexual sólo es posible dentro de los parámetros del matrimonio. Por lo tanto, en el contexto egipcio el estado civil es el factor de diferenciación más crítico cuando se habla de la manera en que las mujeres perciben sus cuerpos, la sexualidad y la experiencia reproductiva. Entre nuestras encuestadas urbanas que tenían más de 19 años de edad en el momento en que se realizó el estudio, de 66 mujeres, 14 de ellas, o 21%, eran solteras, incluyendo a dos que habían estado casadas pero se habían separado. Entre las mujeres rurales mayores de 19 años sólo dos de entre 25, u 8%, eran solteras.

Un grupo focal fue organizado con mujeres estudiantes de medicina en la ciudad de Mansoura en el Egipto Bajo. Estas jóvenes educadas están asociadas con el movimiento político islámico y por tanto altamente politizadas. Aunque no son representativas de las mujeres egipcias como un todo, sí representan una tenden-

¹⁷ Las integrantes centrales del equipo efectuaron entrevistas a profundidad mientras investigadores de campo capacitados (nueve mujeres y tres hombres) coordinaban las discusiones de los grupos focales. El proceso de capacitación intensiva para los investigadores de campo incluyó dos discusiones de grupo de enfoque sobre temas de derechos reproductivos, que condujeron las integrantes centrales del equipo, y trabajo posterior para ayudarlos a hablar de temas más delicados (en especial del aborto y las relaciones sexuales en el matrimonio). Las discusiones de grupo con mujeres islámicas únicamente las condujeron las integrantes centrales del equipo.

cia ideológica y social trascendente en el desarrollo actual de actitudes sobre la sexualidad, el género y la sociedad. También convocamos a un grupo focal de hombres situados en cada una de las seis comunidades en donde condujimos discusiones de grupo y entrevistas con mujeres.¹⁸ Nuestro propósito al trabajar con hombres fue comparar la percepción de las mujeres de los roles y actitudes de los varones con la de los hombres. Ya que el punto de vista de ellos constituye un componente principal del ambiente social en que la mujer experimenta sus derechos reproductivos o la ausencia de ellos, consideramos que deberían ser parte de los datos.

ESCUCHANDO A LAS MUJERES EGIPCAS EN EL CONTEXTO

Socialización sobre el género y la sexualidad

Desde el día en que nace, el destino de una niña egipcia está definido por la tradición popular de la preferencia por el hijo. Esta tradición se expresa en muchos proverbios y refranes folclóricos, como se ilustra en el siguiente refrán: “Cuando me dijeron que era un niño, me sentí fuerte y poderoso y me dieron huevos pelados con mucha mantequilla, pero cuando me dijeron que era una niña, sentí que la casa se cerraba a mi alrededor y me dieron huevos sin pelar cocidos en agua.” Sin embargo, la cultura popular en Egipto también contiene un doble mensaje sobre el valor de una niña, quien por un lado puede llevar vergüenza a la familia, pero por el otro es la hija que da ternura y apoyo a su madre en la vejez.

Los participantes de las discusiones de grupo y de las entrevistas a profundidad reflejaron este tema ambiguo. En una investigación inicial la mayoría de las entrevistadas, tanto casadas como solteras, afirmó que no había discriminación entre niños y niñas

¹⁸ Debido a que estuvimos usando a los hombres como grupo de control, realizamos muy pocas discusiones de grupo y no hicimos entrevistas a profundidad a los hombres. Habríamos preferido trabajar con los esposos y con los parientes masculinos de las mujeres que entrevistamos, pero esto fue logísticamente imposible; por tanto, los informantes masculinos no estaban necesariamente relacionados con las mujeres.

en la educación. Sin embargo, respondiendo a preguntas más detalladas revelaron que las divisiones de género son trascendentales. La mayoría de las casadas enumeraron una larga lista de restricciones que les son impuestas a niñas y mujeres debido a su sexo, y que les parecen razonables o “naturales”. Por ejemplo, la comunidad no culpará a un niño por lo que hace, pero una niña traerá vergüenza a la familia si hace algo malo, debido a que las niñas son las depositarias del honor de ésta. Se espera que una niña egipcia promedio juegue y se relacione con sus hermanos, primos y vecinos de uno y otro sexo hasta la pubertad; a partir de entonces se restringen el juego y la interacción para que las niñas se preparen para el momento en que se conviertan en mujeres. Sin embargo, muchas mujeres afirmaron que los tiempos están cambiando y que las niñas se están volviendo “iguales” a los niños porque están tomando cada vez más la responsabilidad económica de sus familias, mientras que los hombres necesitan más monitoreo para mantenerlos alejados de los problemas. Zeinab —de 35 años de edad, analfabeta y empleada en un taller de costura— se refiere a su experiencia para justificar el trato igual a sus dos hijas y su hijo:

Yo no hago distinciones entre mis hijos. Todos son un regalo de Dios. Es cierto que antes las personas acostumbraban darle preferencia a los niños porque traían dinero a la familia. Ahora tanto las niñas como los niños están sufriendo. Incluso una mujer sufre más; además del trabajo fuera de casa, tiene que lidiar con el embarazo, la crianza y el trabajo de casa. Espero que mis hijas no tengan que trabajar [y que puedan] evitar mi agonía.

Las solteras aseguran que en sus familias no hubo discriminación hacia ellas; veían las diferencias de oportunidades de acceso a la educación y mayores limitaciones para moverse con libertad como algo “natural”, porque “los roles son diferentes”. Manar, una estudiante urbana del Delta, afirma que todos esperaban que fuera indulgente con sus hermanos: “con el hermano mayor, porque era mayor, y con el menor porque debía ser como una madre para él”. Iman, otra estudiante de la misma área, dijo en forma directa: “La igualdad de derechos es solamente una frase.” Sin embargo, mu-

chas aceptaron esta división de roles con renuencia. En los sitios rurales las jóvenes informantes expresaron su deseo de ser niños para tener proyectos propios, viajar por cuestiones de trabajo, mantener a sus familias y adquirir mayor educación. Las cairinas dijeron que sus hermanos tienen más libertad para salir, más amigos, llegan tarde a la casa, hacen lo que quieren sin permiso de los padres, se visten como mejor les parece, hacen amistades y platican con el sexo opuesto. La mayoría de las jóvenes de la ciudad también querían ser niños para tener la misma libertad que sus hermanos. De este modo parece que muchas mujeres solteras no aceptan la discriminación de género; al desear ser hombres o creer que tendrían que cambiar de género para disfrutar de mayor libertad, en cierta manera expresan su insatisfacción con las desigualdades de género que experimentan.

Generalmente los hombres expresaron en los grupos focales la idea de que son superiores a las mujeres, que se debe educar a los niños y a las niñas en forma diferente y que a los niños se les debe dar más espacio. Los hombres de Egipto Alto están de acuerdo con los de El Cairo sobre este tema, pero piensan que a las niñas se les deben proporcionar más cuidados dentro del hogar porque, como futuras madres, necesitan gozar de buena salud y educación para criar a sus hijos adecuadamente. También, al tener una educación apropiada les resulta más fácil conseguir un esposo educado que sepa valorarlas y las respete más. Sin embargo, el respeto verbal de estos entrevistados por la educación de las niñas contrasta con el bajo nivel de escolaridad y de educación de ellas.

Cuando las niñas egipcias llegan a la pubertad, es muy común que se les proporcione muy poca o ninguna información sobre la sexualidad y la reproducción. Wafa'a, una cairina de mediana edad, casada y originaria de Egipto Alto, recuerda:

Tuve mi primera menstruación cuando tenía 12 años de edad [pero] nadie me dijo nada. Mi madre acostumbraba decirme que debía cuidarme y tener cuidado con los niños. Cuando tuve mi menstruación tenía miedo porque pensaba que algo malo estaba pasando. No se lo dije a nadie. Finalmente le dije a mi madre después de un año, aunque estaba segura de que ella ya lo sabía desde mucho tiempo atrás. Pero ella era muy tímida, y esos asuntos no eran tema de discusión entre madre e hijas o entre hermanas, ni siquiera entre amigas o vecinas.

Prácticamente no existen fuentes de información confiables sobre la sexualidad y la salud reproductiva para las mujeres solteras. El sistema educativo egipcio no incluye la educación sexual y el de salud tampoco la proporciona, excepto en las cuestiones relacionadas con la maternidad. Aunque los textos islámicos son abiertos en cuanto a los temas sexuales, en la práctica nunca se discuten antes del matrimonio. Por ejemplo, se consideraría vergonzoso que una mujer soltera visitara al ginecólogo.

Sin embargo ciertas diferencias generacionales emergieron claramente entre nuestras encuestadas relativas a la información sobre menstruación y sexualidad. Al igual que Wafa'a, la mayoría de las mujeres casadas manifestó no poseer información sobre la menstruación: se sorprendieron, atemorizaron y apenaron cuando "eso pasó", pero también adquirieron la conciencia de que estaban entrando a una nueva etapa de su vida: "Cuando la vi [la sangre de la menstruación] supe que ya no podría jugar y correr; tuve que hacerle frente a mis responsabilidades, preparándome a ser una mujer". Por otro lado, la mayoría de las solteras no sabía nada de la menstruación antes de que ésta comenzara; muy pocas recibieron esta información de sus madres, y más bien se la proporcionaron sus amigas y compañeras de clase. Cuando les preguntamos si ellas les darían esta información a sus hijas, la mayoría de las casadas dijo que no querían "abrirles los ojos" prematuramente; lo harían sólo en el momento de la menarquía o el matrimonio; "cuando la información sea necesaria". En cambio las mujeres solteras mostraron una actitud más liberal hacia la importancia de proporcionar a sus hijas información sexual y reproductiva al inicio de la pubertad. Esto incluyó a las mujeres islámicas, quienes consideran que la información sexual y reproductiva antes del matrimonio es esencial pero que preferirían recibirla de su madre para evitar la exposición a las lecturas eróticas.

El grado en que la sexualidad se ve envuelta en el misterio con un toque peligroso para las jóvenes egipcias, aun tratándose de simple información, no evidencia los "secretos que guarda la noche de bodas". La mayoría de nuestras participantes casadas no recibió ninguna información sobre este tema antes del matrimonio; sólo en dos grupos (uno en El Cairo y otro en la parte urbana de Egipto Alto) había previo conocimiento sobre la sexuali-

dad. Aquí también son notorias las diferencias generacionales, pues casi todas las mujeres solteras sabían qué esperar en su noche de bodas. A la mayoría de las que recibieron esta información cuando eran niñas les gustaría informar a sus hijas al respecto para evitarles temores, preocupaciones y problemas asociados con la ignorancia sobre el sexo. Las mujeres islámicas estaban convencidas de que las jóvenes deberían recibir información sexual antes del matrimonio; incluso una sugirió que deberían impartirse clases de educación sexual para las mujeres, pero sólo un poco antes de la boda.

La circuncisión femenina (MGF)

“Por supuesto que me hicieron la circuncisión. ¿A qué se refiere con esta pregunta? ¿Cree que estoy mal? Todo mundo lo hace.” (Donia, trabajadora doméstica de El Cairo, de 40 años de edad, casada dos veces y con tres hijos.)

Cuando una niña llega a la pubertad es probable que vaya a ser circuncidada, un procedimiento que por lo general se justifica como medio para protegerla de la promiscuidad sexual y la deshonor. La mutilación de los órganos genitales femeninos, conocida como *tahara* (significa literalmente *pureza*) en el lenguaje común egipcio, es una práctica ampliamente extendida en todo el país (Toubia, 1995). Los resultados de una encuesta demográfica de salud aún no publicada muestran que 97% de las mujeres egipcias han sido circundadas, y esto incluye tanto a las cristianas como a las islámicas.¹⁹ Aunque la mayoría de los juristas islámicos están de acuerdo en que la MGF es opcional y no una obligación, sus partidarios continúan invocando la religión para alentar la práctica. Dada la creencia errónea de que la práctica es un mandato religioso, no sorprende que muchas de nuestras informantes nos hayan preguntado sobre esto; pero la mayoría defendió la MGF como una tradición que tiene raíces muy arraigadas en sus comunidades.

¹⁹ Más allá de ser islámica en particular, la práctica comenzó en el Egipto antiguo y más tarde la adoptaron los musulmanes y los coptos; no se menciona en ninguna parte del Corán y ni siquiera existe en los países islámicos.

La mayor parte de las mujeres que entrevistamos, y en especial las generaciones más jóvenes, recuerda la MGF como algo muy doloroso. Hoda, una joven islámica, estudiante de medicina de 23 años de edad, estuvo al borde del llanto cuando habló de su experiencia de circuncisión con la *daya* (partera): “No puedo olvidar ese día... Me sentí muy humillada. Una mujer me amarró los brazos a la espalda, y dos abrieron mis piernas, y la *daya* me cortó la carne mientras platicaba con los asistentes. Felicitaron a mi familia, pues desde ese momento Dios aceptaría mis plegarias y mi ayuno”.²⁰

Mary, una cristiana de 50 años de edad y vendedora de comida de Egipto Alto, fue circuncidada cuando tenía seis años de edad. Ella también refirió que “nunca podría olvidar ese día”, incluso estaba más grabado en su memoria que los dolores del parto. Con muy pocas excepciones,²¹ las mujeres rurales solteras de Egipto Alto —todas circundadas— estaban resignadas a realizarle la circuncisión a sus hijas, pues consideraban que no tenían otra opción. Ven la circuncisión necesaria para cumplir con la norma establecida y controlar la sexualidad de sus hijas, en parte para dar confianza a los potenciales esposos por si necesitan viajar al extranjero o salir de casa. La circuncisión es para las niñas un pasaporte hacia la aceptación social y el sentido de pertenencia. Soheir es una trabajadora de medio tiempo que ejecuta labores de limpieza en un hospital privado, tiene 38 años de edad, está casada y tiene tres hijas. Ella no les hizo la circuncisión a sus hijas porque una doctora del hospital le dijo que no lo hiciera. Pero esta decisión le causa gran inquietud:

Estoy preocupada; somos gente común y si las niñas se casan con alguien que es [como nosotros], puede pensar que son extrañas y enton-

²⁰ Según los datos del EDHS más reciente, en la actualidad las *dayas* realizan sólo una tercera parte de las circuncisiones, a diferencia de dos terceras partes en generaciones previas. Debido a que existe más conciencia sobre las severas consecuencias que esta práctica tiene en la salud, cada vez es más común que los médicos realicen tal procedimiento.

²¹ Pocas mujeres rurales estaban decididas a evitarle a sus hijas los dolores que sufrieron por este procedimiento. Es posible que su posición poco común se deba a los esfuerzos que el CEOS ha venido realizando desde hace tiempo para desarrollar una educación en contra de la MGF en esta parte de Egipto Alto.

ces se enojaría con ellas. Yo sé que los doctores no le hacen la circuncisión a sus hijas, pero sus hijas se casan con doctores o arquitectos, que al igual que ellas están acostumbrados a eso. Iba a circuncidarlas pero la doctora me dijo que pueden tener fuertes sangrados o infecciones. Tuve miedo así que no lo hice.

Parecería entonces a partir de los hallazgos de nuestra investigación, que cuando se trata de realizar la MGF, las mujeres egipcias tienen que sopesar las conflictivas presiones de las autoridades religiosas, las autoridades médicas, la división de clases, y sobre todo de las normas de género.

La circuncisión fue causa de un apasionado debate entre las mujeres del grupo de discusión. Sabiendo que algunas de las investigadoras eran médicas, se cuestionó si la práctica de la circuncisión era correcta o no. En uno de los grupos focales una mujer que no había sido circuncidada afirmó que la práctica vuelve sexualmente frígida a la mujer. Otras encuestadas respondieron que “es mejor ser frígida que desear al esposo”, ya que “una mujer circundada siente menos deseo [y de este modo] no estará a merced de su marido buscando satisfacer sus necesidades. Será más fuerte”. En otras palabras, es mejor cortar la parte del cuerpo que la pondría a merced sexual de su marido, a estar necesitada y ser vulnerable. Encontramos con frecuencia este modelo gracias al cual las mujeres transforman la violencia emocional y física en un mecanismo de poder.

El punto de vista de los varones entrevistados era muy diferente al de las mujeres sobre el tema de la MGF. Algunos aseguraban que era una *sunna* (enseñanza del profeta), mientras otros sostenían que era *haram* (prohibido por la religión); pero en ambos casos parece que los hombres pensaban en el tema de manera más abstracta que las mujeres, en términos de enseñanzas religiosas, mientras que los puntos de referencia de ellas a menudo eran más sociales (el estatus de la hija en la comunidad, o la posición negociadora de las esposas de igual a igual con los esposos). La actitud indulgente de algunos informantes sobre un tema que se relaciona directamente con la sexualidad de las mujeres se puede explicar por su confianza en que la circuncisión es una tradición que las propias mujeres deben llevar a cabo.

Una incursión en el matrimonio y las relaciones sexuales

Elección de la pareja

Las decisiones sobre el matrimonio afectan toda la vida de una persona, especialmente en una sociedad donde es muy difícil obtener el divorcio tanto para las cristianas como para las musulmanas y donde éste se percibe como una vergüenza que recae en toda la familia. Por esta razón, en la mayoría de los matrimonios los padres, y en especial las madres, aún desempeñan un papel crucial, e incluso decisivo, en la elección de la pareja matrimonial. Soheir, como muchas otras madres que entrevistamos, quiere dar a sus tres hijas la oportunidad de elegir, pero también pretende ejercer cierto control sobre sus decisiones:

Yo no elegí a mi marido. Éramos pueblerinos y no teníamos educación. Pero mis niñas son educadas, debo preguntarles antes de aceptar a un esposo [para ellas], pero él también debe ser adecuado. No quiero que ninguna de ellas escoja a un mal marido y que como yo después se arrepienta de su elección.

La mayoría de las participantes casadas vivían en matrimonios arreglados, aunque con ciertas variaciones. Las de las áreas urbanas contaban con más libertad; si bien algunas mujeres del Delta habían tratado de oponerse abiertamente al matrimonio arreglado, sólo unas cuantas tuvieron éxito al imponer a la familia su decisión. Todas las casadas de Boulaq habían elegido libremente a sus maridos y rechazaron cualquier tipo de arreglo forzado. “Yo estaba a cargo de la situación cuando se trató de mi matrimonio”, fue la afirmación de una mujer boulaq.²² Incluso en las situaciones más tradicionales, las mujeres ejercieron algún tipo de elección oculta. Una forma de resistencia encubierta hacia una unión no deseada es el chantaje que se hace al rechazar propuestas de matrimonio. Ésta es una táctica muy conocida para poner a la familia

²² Boulaq es uno de los barrios más antiguos en El Cairo. Todas las mujeres de este grupo estaban trabajando en una organización de desarrollo basada en la comunidad, lo cual podría explicar su actitud más firme.

en la posición de aceptar finalmente la decisión de la joven con tal de evitar que siga soltera y se convierta en objeto de chismes y en una continua carga financiera. Nuestras entrevistas a profundidad también evidenciaron que algunos de estos matrimonios arreglados habían comenzado como noviazgos concertados a espaldas de la familia, y después fueron acomodados en la fórmula tradicional. Como Wafa'a dijo: "Él era mi vecino. Me visitaba, y cuando sentí que era serio, estuve de acuerdo en ir con mi padre. Cuando me pidieron dije que sí, lo acepté."

Es interesante observar las posiciones tan variadas y cambiantes respecto a que la joven diga la última palabra sobre su matrimonio. La mayoría de las mujeres casadas en los grupos focales dijo en un principio que la decisión final la debería tomar el padre; sin embargo, en entrevistas posteriores comprobamos que muchas de ellas no obligarían a sus hijas a casarse con alguien aun cuando estuvieran convencidas de que era por su bien. Como lo expusieron algunas de las mujeres de Egipto Alto: "Ahora las cosas están cambiando. Las jóvenes tienen educación y trabajan fuera de casa. Nosotras les damos consejos, pero la decisión final debería ser de ellas." Entre las mujeres solteras la mayoría estuvo de acuerdo en que los padres debían tomar la decisión final, pero insistieron en que no se debe forzar a las jóvenes a casarse con alguien que no les guste y a quien no acepten. Las mujeres con educación tenían posiciones más firmes en este punto; por ejemplo Maha, una estudiante del área urbana del Delta, dijo enfáticamente: "Yo tengo la primera y la última palabra sobre mi matrimonio. Yo soy quien va a vivir con él, soy la que podría sufrir." Algunas ya se han resistido: "Al principio no les gustaba mi prometido, pero insistí y ahora todos lo quieren." Sólo las islámicas jóvenes afirmaron (irónicamente en contraposición a los textos islámicos)²³ que era un derecho absoluto de los padres decidir con quién y cuándo debía casarse una mujer. Explicaron: "la hija no puede estar en desacuerdo con la familia", porque "si se casa en contra de la voluntad de la

²³ De acuerdo con el Corán, nadie puede obligar a una mujer o a un hombre a casarse; de hecho, un matrimonio o una anulación sin la voluntad de la mujer es *haram*, hablando en términos religiosos basados en las historias de los tiempos del Profeta.

familia y tiene problemas con su esposo, éste no la va a respetar; si se divorcia, ya no puede regresar con la familia”. Esto sugiere que, además de la tradición patriarcal, las jóvenes islámicas se apegan a la obediencia familiar sobre la base de un cálculo práctico de seguridad financiera futura.

En agudo contraste con las informantes de mayor edad, la mayoría de los varones dice que la decisión final sobre el matrimonio debe ser de las hijas. Tratarán de influir en la decisión de la hija, pero si no logran nada, entonces depende de ella, “es libre”. Incluso la minoría que opinó que la decisión final es del padre, cambiaría su forma de pensar si la hija fuera educada: “Se le debe dar más espacio a las niñas educadas, tienen más capacidad de tomar sus decisiones.” El único entrevistado que insistió en reafirmar su autoridad patriarcal en el tema, “ella debe casarse con quien yo elija”, fue un hombre de El Cairo analfabeta que no tenía trabajo permanente.

La primera noche de bodas

Me casé de la forma común. A la mañana siguiente mi familia me preguntó por el “honor” [un pañuelo manchado con sangre]. Estas cosas son importantes para las mujeres que salen a trabajar. Mi esposo no estaba preocupado por el asunto. Me preguntó: “¿Por qué quieres guardarlo?” Pero mi hermano pensó que debía hacerlo.

Nour, una mujer casada de 40 años de edad, con cuatro hijos, ha trabajado fuera de casa desde que tenía 14, primero en una fábrica y actualmente en una asociación de desarrollo comunitario. Ella, al igual que muchas en Egipto, acepta el ritual del *baladi dokhla* (BD), a pesar de la vergüenza y el dolor que les causa, debido a que las protege de los chismes después del matrimonio. Aziza, una trabajadora cairina de 24 años de edad que se graduó en una escuela secundaria técnica y que ha estado casada por 12 años, dice:

Mi madre y mis tías decidieron [por mí] que debía tener un BD, porque estaba trabajando en el mismo lugar que mi marido. Mi padre y mi suegro se opusieron, pero mi esposo accedió por las presiones aun

cuando no quería hacerlo. Recuerdo muy bien esa noche, tenía mucho miedo, pero también estaba muy segura de mi honor. Traían y traían toallas, y me estaba desmayando. No pude dormir con él y después tuvieron que tratarme en la clínica durante muchas semanas.

Nuestra investigación encontró una importante correlación entre la práctica del BD, la clase, la edad y el género. La mayoría de las mujeres casadas del Delta y de Boulq-El Cairo no había tenido un BD, mientras que la mayoría en el Egipto Alto la tuvo: sin embargo las últimas afirmaron unánimemente que preferirían no haber tenido que pasar por un BD. De hecho, el único grupo en que la mayoría mostró una clara preferencia por este proceso fue el de las entrevistadas en Sakakini, El Cairo.²⁴ Al igual que las mujeres de Boulq-El Cairo y el Delta que habían tenido un BD, éstas eran amas de casa de bajos recursos y sin educación que habían emigrado de Egipto Alto junto con sus familias. Su fuerte apego a esta tradición refleja la necesidad de las desarraigadas de probar su honor ante una comunidad extraña, de definir su identidad y proteger sus tradiciones y valores para que “la ciudad” no se las coma. Las defensoras del BD argumentan que aunque es una experiencia cruel y dolorosa y ellas mismas tienen recuerdos terribles de él, es mejor hacerlo para que así la mujer pueda evitar los chismes y llevar la cabeza en alto ante su futura familia política.

Sin embargo, buen número de las casadas que entrevistamos en todos los sitios de investigación, que habían tenido un BD, no harían que sus hijas lo tuvieran y creen que en la actualidad las cosas están cambiando. Aparentemente sus hijas sienten lo mismo, ya que la mayoría de las solteras entrevistadas prefiere el *dokhla* ordinario. El único grupo que estaba categóricamente en contra del *baladi dokhla* fue el de las estudiantes islámicas. Todas ellas sostuvieron que es religiosamente *haram* porque se exponen los genitales femeninos, los cuales no se deben mostrar a nadie, ni siquiera a la madre o a la hermana. La gran mayoría de los hombres también prefería una noche de bodas común. Sentían que es más digna para la mujer, que la intimidad de la noche de bodas es un

²⁴ Los investigadores preguntaron: “¿Lo haría de nuevo si tuviera la opción?”, o “¿Desea que a su hija le hagan un BD?”

asunto privado entre marido y mujer, y que la invasión con el ritual de BD puede causar problemas y traumas futuros. Unos cuantos dijeron que iba en contra del islam, e incluso uno de ellos afirmó: “Es un tipo de violación y asesinato de la joven.”

Es desconcertante encontrar que los hombres son quienes defienden la “privacidad” y la integridad del cuerpo de las mujeres y éstas quienes aprietan los dientes y apoyan las normas tradicionales de honor y castidad aunque el precio sea su propio dolor y humillación. Debemos preguntarnos de qué manera la “privacidad” se llega a asociar, en el actual contexto egipcio, con el control de los hombres sobre la sexualidad en el matrimonio; y de qué manera el “honor”, en ausencia de otras formas de poder y movilidad, se convierte en el único pasaporte para que las mujeres circulen con libertad y “puedan llevar la cabeza en alto”.

...Y las noches subsiguientes

Mi marido es bueno conmigo, normalmente me acaricia antes de la relación sexual. Disfruto tener sexo con él, con la condición de que el cuarto esté a oscuras. Él se burla de mí [por esto] pero accede [...] No, nunca le pediría a mi marido tener sexo. Si por él fuera, tendríamos sexo todos los días. Pero creo que una vez a la semana es suficiente porque siempre estoy cansada de trabajar en las tareas de la casa. A veces me siento culpable, porque las personas dicen que es *haram* [rehusarse a estar con el marido], pero sé que Dios me perdonará [porque] sabe cuán cansada estoy en realidad.

La franca descripción de Wafa’a de las relaciones sexuales con su esposo refleja los sentimientos de muchas mujeres casadas con las que hablamos. La mayoría, casadas o solteras, no dudaba en reconocer su derecho al placer sexual en el matrimonio. Esto incluye a las islámicas quienes explican que el derecho al placer sexual de la esposa se menciona en el Corán. Este fue el único grupo (de entre las casadas y las solteras) que mencionó la impotencia del marido como razón válida para que una mujer pida el divorcio. Al mismo tiempo, la mayoría de las encuestadas sentía que “no es adecuado que una mujer exprese su deseo” al marido en forma directa. Esto podría avergonzar a las mujeres, ya que “el hombre debe

buscar a la mujer y no al contrario". Sin embargo, como escuchamos de unas cuantas mujeres muy abiertas en todas las discusiones de grupo al igual que en las entrevistas a profundidad, la mujer puede utilizar diferentes medios indirectos para expresar su deseo sexual mientras mantiene el recato. Por ejemplo, puede "darle una señal, vestir ropa interior provocativa, maquillarse un poco, ponerse perfume, ser amable con él...".

En cuanto a la pregunta sobre si pueden rehusarse a estar con su marido si se les acerca y ellas no tienen deseo, la mayoría de las casadas dijeron en un principio que es derecho del varón tener relaciones con su esposa y que no se le debe negar este derecho: "Es su trabajo"; "¿Para qué se casó con ella?" "Es deber de la esposa servirle al marido". Sin embargo, tras esta actitud de conformidad con las relaciones sexuales no deseadas están latentes algunas realidades prácticas, especialmente el miedo a las represalias del marido. Algunas dijeron: "Haría mi vida miserable" o "El día siguiente sería un desastre", insinuando la amenaza de abuso o violencia (véase más adelante); otras mencionaron el riesgo de que su esposo se divorcie y se vuelva a casar si no satisfacen sus deseos sexuales. De hecho, en todos los grupos y en las entrevistas individuales muchas manifestaban una posición más firme sobre la necesidad de prestar más atención a sus propios deseos. Al igual que Wafa'a, creían que estar cansadas o enfermas eran razones reales para que una mujer se negara a tener relaciones sexuales con su esposo y entonces él debía acomodarse a las necesidades de ella; de lo contrario lo consideraban grosero. Otras tácticas inventivas que se mencionaron para evitar las relaciones cuando no se quería tenerlas, incluyen fingirse enfermas, acostarse con los niños, irse a dormir temprano y simular estar profundamente dormidas, o pellizcar a los hijos para que despierten.

En contraste con las mujeres casadas, las solteras fueron mucho más directas en su punto de vista en cuanto a que el marido no tiene derecho absoluto sobre la relación sexual con su esposa; algunas incluso dijeron que eso era *haram*. Pero, al igual que las casadas, parecían conscientes de los obstáculos prácticos que les impiden hacer valer su derecho a rechazar muy directamente las pretensiones sexuales del marido. También sugirieron diferentes maneras de evitar las relaciones cuando no se desea: "Yo diría que estoy

menstruando o que me duele la espalda o pretendería que estoy dormida.” El objetivo de tales excusas es negarse sin herir el orgullo del hombre ni exponerse a una pelea, en tanto parece que el rechazo no tiene nada que ver con el deseo de la mujer o con la falta de éste. El grupo de jóvenes islámicas fue el único que aceptó en forma unánime el derecho incondicional del varón a copular con su esposa cuando y como él quiera, sin respetar el deseo de ella. Diametralmente opuestas a sus congéneres no islámicas, insistieron en que es *haram* para una esposa negarse al marido, sin importar que esté cansada o enferma.

En contraste, la mayoría de los hombres dijeron que comprenderían que sus esposas se negaran a copular por estar fatigadas, enfermas o menstruando. Unos cuantos estuvieron de acuerdo en que la mujer tiene derecho a negarse si no está de humor, hasta cierto punto, aunque la mayoría trataría primero de razonar con ella. Sólo unos cuantos dijeron que obligarían a su esposa a tener relaciones sexuales (“¿Para qué más me casé con ella?”); y solamente uno dio un argumento muy interesante de la razón por la cual una esposa no debe rechazar el deseo del marido, ya que “es una herramienta de castigo que debe utilizar el hombre y no la mujer”. Si hubiera algún terreno común que valiera la pena en esta discusión —como la residencia, el género, los grupos de determinada edad y el estado civil— sería la suposición de que las mujeres casadas tienen igual capacidad y generalmente el mismo derecho que sus maridos a sentir placer sexual.

Conflictos maritales y divorcio

Aunque la religión y la tradición manifiestan que es responsabilidad del marido satisfacer a su esposa tanto financiera como sexualmente, también designan al hombre jefe del hogar; es quien toma las decisiones principales y el que establece las reglas que se deben obedecer. La capacidad de resistencia de las mujeres en los conflictos maritales es “la naturaleza de las cosas”. Cuando los problemas se vuelven demasiado difíciles ellas pueden dejar la casa temporalmente y regresar con sus familias, pero el divorcio o la separación permanente no se aceptan con facilidad, ya que esto significaría disol-

ver el hogar y dañar a los hijos. La familia puede darle albergue a la hija y a sus críos después de una pelea con su marido mientras se realizan las negociaciones para reconciliarlos y para plantearle ciertas exigencias al hombre; pero la misma familia tratará de desalentar el divorcio debido a que le acarrearía cargas financieras mantenerla a ella y a los niños, y también para evitar la mala reputación que conlleva el hecho de ser una divorciada. Dada la gran dificultad que representa para una mujer llevar a buen término una demanda de divorcio en Egipto (véase más arriba), es probable que se rinda ante las presiones familiares y sociales. De este modo enfrentan con frecuencia la triste elección de seguir con un matrimonio difícil o dejar a los niños con el hombre y regresar solas a casa de su familia.

Tanto en los grupos focales como en las entrevistas a profundidad, las mujeres describieron las características de una buena esposa en términos extremadamente complacientes, incluyendo la tolerancia y paciencia hacia el marido, y la conformidad con lo que él tenga para ofrecer. La buena esposa obedece al marido, le pide permiso para muchas cosas, especialmente para trabajar fuera de casa, e incluso para visitar a su familia. A su vez, el marido debe ser decente y capaz de mantenerla a ella y a sus hijos. Algunas personas admitieron que a veces algo no funciona; por ejemplo, si el marido se pone violento, la mujer puede dejar su casa e ir a la de su familia hasta que el hombre se disculpe. Así lo explica Wafa'a:

[Durante una pelea] generalmente dejo la casa mientras él esta ahí, pero una vez que se va, limpio y preparo la comida para los hijos y me voy antes de que regrese a casa. Pero la última vez se portó terriblemente y estaba completamente equivocado [así que] me salí completamente de la casa y me quedé en casa de mi suegra [...hasta que] su padre lo obligó a disculparse.

Tras el consenso de que el hombre tiene la última palabra en la familia, como sugieren las tácticas de Wafa'a, en la práctica existe espacio considerable para maniobrar. Las mujeres casadas que entrevistamos encontraron muchas formas de sortear las objeciones de sus maridos, ya fuera por medio de la persuasión ("hablan-

do con él”), la manipulación (“medios femeninos”), o buscando enfrentarlo. Muchas insistieron en el arte de ejercer la persuasión sin que parezca que se antagoniza con el hombre, como se refleja en lo que nos contó Nour:

Aun si [estoy] segura de que su punto de vista es erróneo [...] lo escucho hasta el final [...] Si el asunto no es muy importante puedo dejarlo que se salga con la suya en lo que es trivial, para poder discutir con más fuerza en cosas más importantes. Suponga por ejemplo que mi esposo no me deja ir a ver a mi familia. No me le enfrento ni nada parecido pues esto acabaría completamente con el asunto. Lo que hago es llamar a mi familia sin que él se entere y les pido que le digan que quieren verlo [...] Él se sentirá avergonzado y me dejará ir o por lo menos irá conmigo a visitarlos.

Pero algunos esposos no son susceptibles a la persuasión y convierten una discrepancia en un problema de violencia doméstica. Los datos más recientes del EDHS indican que 35% de las esposas egipcias han sido golpeadas al menos en una ocasión por sus maridos, y de alguna manera la proporción aumenta en el caso de las mujeres rurales.²⁵ Las respuestas de las entrevistadas son inquietantes: 86% aceptó que se justifica que los esposos golpeen a sus mujeres algunas veces —particularmente por negarse a la cópula (70%), por contestar (69%), por hablar con otro hombre (64%) y por descuidar a los hijos (51%). Esta actitud conciliatoria entre las mujeres casadas respecto a la violencia doméstica no sólo la refuerza la tradición patriarcal, sino también la política pública. Existen disposiciones específicas de la ley egipcia que están dirigidas a proteger a la mujer de actos de violencia pública, en particular cuando se trata de violación, rapto con violación, o cualquier comportamiento lascivo que ofenda el pudor de la mujer. Pero la violencia de los maridos hacia las esposas se considera de manera implícita como un asunto privado, especialmente si ella es pobre y carece de educación.

Pero, ¿las mujeres egipcias aceptan la violencia masculina contra ellas como algo “privado”? Nuestra investigación, que incluye

²⁵ La última información la reunió el EDHS entre 14 779 mujeres casadas al menos una vez entre los 14 y 45 años de edad en 1995 y 1996.

mucho menos mujeres que el EDHS pero las estudia con mayor profundidad, sugiere que los sentimientos de las mujeres hacia estos temas y su vida diaria son totalmente opuestos. Las mujeres egipcias rechazan moral y psicológicamente la violencia del esposo, aunque en la práctica carezcan de poder para evitarlo.²⁶ Algunas dijeron en los grupos focales que el hombre tiene derecho de pegarle a la esposa “ligeramente”; sin embargo cuando se enfrentaron a la posibilidad real de dicho comportamiento, en las entrevistas a profundidad revelaron mucha más oposición. La mayoría de las del Delta expresaron un claro rechazo a que la esposa sea golpeada; “No es correcto”, “Es una humillación para la mujer, ¿y entonces que queda si ya no hay respeto?”, “Repercutirá en los niños”, etcétera. Buen número de mujeres en El Cairo y de Egipto Alto también sentía que el hombre que golpea a su esposa es malo, a menos que se vea provocado por circunstancias extremas —por ejemplo, como lo expresa Zeinab: “Si ella no cuida el honor de él, o revela sus secretos, o derrocha su dinero.” Pero cuando consideramos el tema en términos más personales, Zeinab manifestó también una fuerte objeción moral:

El hombre que golpea a su esposa no es hombre. Mi marido lo hizo una vez y fue por algo trivial. Cuando lloré él se arrepintió y prometió no volver a hacerlo. Golpear no es parte de la religión. Dios no aceptaría que un hombre utilice su fuerza en contra de la mujer que le sirve a él y a sus hijos.

Las casadas distinguen la violencia verbal de la violencia física. En el caso del abuso verbal, dijeron que lo más inteligente es

²⁶ Los resultados del EGHS relacionados con las actitudes de las mujeres sobre la violencia de los maridos pueden estar distorsionados por la forma en que se hicieron las preguntas; las respuestas obtenidas probablemente reflejen los puntos de vista de las mujeres respecto a las *causas* por las cuales los hombres golpean, pero no intentaron justificar dichas acciones. Como preparación para la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres en Pekín, el Centro de Investigación de la Mujer Nueva y el Centro Nadim sobre la Violencia en El Cairo, entrevistaron a 500 mujeres sobre las formas de violencia a las cuales estuvieron expuestas en diferentes situaciones. En respuesta a la pregunta: “¿Qué le resultaría difícil a una mujer perdonarle a su marido?”, la segunda respuesta más frecuente después del engaño fue la violencia. Véase New Woman Research Centre y El Nadium Centre, 1995.

dejar que pase la tormenta y no armar líos; esto no implica que les guste o que lo acepten, pues no es así, más bien piensan que una mujer que sabe cómo manejar a su esposo puede evitar el abuso. Es tan fuerte y tan fundada su idea de la manipulación de la mujer sobre el varón, que tienden a asumir que si se ha sido o se es víctima de violencia doméstica es porque no se sabe “manejar” adecuadamente al marido. Pero sólo las esposas de bajos ingresos de Sakakini, El Cairo —quienes, como hemos visto, tienden a tomar también posiciones más tradicionales en otros temas— culpaban consistentemente a la mujer golpeada, asumiendo que seguramente hizo algo indebido para merecer el castigo.

Las mujeres jóvenes entrevistadas al pensar en su futuro matrimonio también rechazan la violencia de los esposos. Afirmaron que si bien la violencia doméstica no es necesariamente una razón para pedir el divorcio, sí para irse de la casa dejando los espacios para la negociación de mejores condiciones a la familia. En una primera aproximación el grupo de jóvenes islámicas argumentó que los hombres tenían el derecho de golpear a su esposa, “La religión les otorga este derecho”, y sostenía: “Siempre y cuando sea suave y que él haya tratado de arreglar la situación de otras maneras, como pueden ser involucrar a la familia o rechazarla en la cama.” Sin embargo, cuando una de las investigadoras contó una anécdota ocurrida entre un hombre y su mujer en que él la empujó con violencia, las mujeres se enojaron y dijeron: “Eso no está bien”; “Si esto me pasara, yo me enojaría mucho”; “Es muy ofensivo e inaceptable”. Al final, el rechazo y no la obediencia fueron la abrumadora respuesta al abuso de los maridos.

Trabajo fuera de la casa

En casos de conflicto marital, incluyendo la violencia doméstica, una mujer trabajadora con ingresos propios tendrá una posición negociadora más fortalecida tanto con su familia como con su esposo. Sin embargo, el hecho de que una esposa pueda salir de casa para trabajar es en sí mismo un tema que a menudo precipita una lucha de poder entre marido y mujer. Es creciente el número de esposas egipcias que trabajan como asalariadas, y lo hacen básicamen-

te por necesidad, para asegurar el alimento, la salud y la educación de los hijos. Aun cuando cuentan con el ingreso del esposo, muchas mujeres de bajos recursos tienen que trabajar para cubrir algunas necesidades, especialmente con los incrementos de los precios como consecuencia de la privatización y los PAE. El trabajo y las ganancias no garantizan por sí mismos la igualdad de las mujeres en la sociedad o en el hogar respecto a los hombres, pero les otorgan un poder adicional, recursos de negociación con sus maridos y un posicionamiento en la comunidad. A juzgar por los testimonios de nuestras entrevistadas, éste es un margen de poder que las mujeres valoran grandemente y al que aspiran.

Más de dos tercios de las participantes eran trabajadoras; la mayoría prestaba sus servicios en la región del Delta o en las áreas urbanas. Gran número de éstas laboraba en el gobierno, eran vendedoras, trabajadoras comunitarias, domésticas, afanadoras en instituciones públicas, o enfermeras. Muchas de las que no trabajaban fuera de casa expresaron su deseo de encontrar alguna oportunidad de empleo adecuado, preferentemente dentro de los parámetros de su vecindario; la mayoría tenía la impresión de que trabajar era importante para una mujer: “Para ella esto aumenta el ingreso familiar y contribuye a la educación de hijos, les permite tener más dinero para gastar en lo que buenamente quieran y necesiten”; “No sólo —dicen las mujeres de El Cairo— para la casa, también para sí mismas”; el trabajo es “un arma en caso de que el esposo la abandone”, o como afirmó el grupo de Boulaq: “El trabajo le da a la mujer independencia”. Algunas incluso utilizaron el término “autorrealización” e incluyeron el trabajo entre los factores que le dan valor a una mujer dentro de su comunidad y, como expuso una mujer sakakini, haría que las personas “la respetaran”.

El sentido de apropiación implícito en el trabajo conlleva elementos muy claros de negociación sobre las normas tradicionales en torno de las obligaciones de la mujer dentro del matrimonio. Las mismas mujeres de los grupos de El Cairo que hablaron de las ventajas de tener “independencia” y recursos para mantenerse por sí mismas si fuera necesario, también opinaron que para que esto se convirtiera en su derecho, primero debían ganárselo cumpliendo con su papel de amas de casa y madres. Esto se convierte en un principio de equilibrios: si no puedes pagar por adelanta-

do, no puedes demandar lo que quieres y no lo obtendrás. Además, en todos los grupos la mayoría de las informantes casadas dijo que un esposo tiene el derecho y la capacidad de evitar que la mujer trabaje fuera de casa; si él no está de acuerdo, es muy poco lo que se puede hacer. Pueden tratar de convencerlos, especialmente si el ingreso de la familia es muy bajo, pero es en el varón en quien recae el poder de decisión. Sólo algunas se mostraron un poco reacias a conceder al varón este derecho, y argumentaron que “si una mujer cumple correctamente con sus deberes en la casa, entonces el hombre no tiene por qué impedirlo” (esto es congruente con la filosofía de los principios de equilibrio). En las entrevistas a profundidad, las mujeres adoptaban una posición más firme: sólo unas cuantas del área rural del Delta se enfrentaron abiertamente con sus familias (primero con sus padres, luego con sus esposos) y pudieron continuar con su trabajo. Hamida, una trabajadora doméstica iletrada de 46 años de edad, quien tiene una hija casada y tres hijos varones, fue una de las que insistió: “Él quería que dejara de trabajar, incluso me pegó dos veces, pero yo seguí trabajando. Yo quería educar a mis hijos, y él no estaba trabajando tiempo completo; al final me dejó en paz. Ahora yo soy la que paga todo.”

La mayoría de las solteras entrevistadas no laboraba en el momento de la investigación, algunas porque aún eran estudiantes; sin embargo otras están capacitándose en clases de tejido y costura dentro de los proyectos de desarrollo comunitario, lo que sugiere la posibilidad y el deseo de trabajar fuera de casa en el futuro. Mientras las casadas veían la necesidad económica como la razón principal para buscar un empleo, las solteras insistían más en los valores de satisfacción personal y realización. Algunas de sus respuestas fueron: “No es el dinero lo que me importa, quiero y debo ser capaz de mantenerme yo sola”; “El trabajo es más importante que el matrimonio”; “Siento satisfacción al enseñarle a otros lo que he aprendido.” Una joven nos dijo: hice prevalecer “mi opinión dentro de mi familia cuando comencé a trabajar y a contribuir con el ingreso familiar”. Como resultado, a pesar de que ella estaba circuncidada, estuvo en condiciones de abogar con éxito por evitar que operaran a su hermana menor —un ejemplo notable de la forma en que el poder económico puede apoyar las de-

mandas de las mujeres relativas a la integridad corporal y la salud reproductiva.

Aunque las jóvenes islámicas tienen la intención de trabajar después de graduarse, todas coinciden en que si existiera algún conflicto entre el trabajo y sus deberes hogareños después de casarse, escogerían quedarse en casa. La razón de trabajar fuera es para servir a la comunidad, especialmente para cubrir la necesidad de médicos mujeres. Aunque la autorrealización es estimada por ellas, lo mismo que por las solteras, también están más preparadas para obedecer el deseo de sus maridos de quedarse en casa. Por otro lado, al igual que las casadas, utilizan el tradicional argumento de que una mujer puede intentar persuadir, pero la decisión final le corresponde al varón.

Aunque en un principio muchos de los hombres encuestados estuvieron de acuerdo en que las mujeres deberían estar en posibilidad de trabajar fuera del hogar, en especial si tienen educación, este consentimiento dependería más a menudo de la necesidad económica —si el ingreso del marido es muy bajo o si éste llega a morir—. Muy pocos estuvieron dispuestos a reconocer que las mujeres necesitan trabajar para realizar sus propias metas, y muchos menos reconocieron que ellas tienen valor y dignidad en la comunidad. Un hombre de Egipto Alto afirmó: “La vida se está volviendo muy difícil y no es ninguna vergüenza que la mujer le ayude al marido.” Otros, que en lo abstracto insistieron que la mujer debe permanecer en casa y servirle al marido y a los hijos, cuando fueron presionados justificaron algunas excepciones en el caso de que hubiera problemas económicos; un hombre de la línea dura admitió que su esposa trabaja fuera de casa. De este modo, aunque los egipcios, a juzgar por nuestros informantes, tienden a rechazar la idea de que sus esposas ganen un salario, también parece que lo necesitan.²⁷ Sin embargo, algunos hombres (la mayoría en Sakakini-El Cairo) seguían rechazando la idea de que las mujeres trabajaran fuera de su casa, a pesar de las presiones económicas. Las mujeres “deben servir en la casa” y dedicarse al cuidado de los hijos, dice

²⁷ Los informantes masculinos en Egipto Alto lo aceptan a regañadientes si se cumplen ciertas condiciones, por ejemplo, que sus esposas se vistan en forma modesta para salir (faldas y mangas largas) y que no usen el transporte público.

un hombre del área rural de Mineya. Algunos argumentaron que las mujeres son diferentes de los hombres y que no tienen los mismos trabajos: “Suponga que una mujer sea alcaldesa, y usted pregunta por ella, y le dicen que la alcaldesa está en trabajo de parto, ¿qué haría?”

Es dudoso pensar que algunos de nuestros entrevistados pusieran énfasis en su posición superior dentro de sus familias con tanto ahínco si no fuera porque estuvieron conscientes de que esta superioridad está cada vez más amenazada, especialmente porque las cambiantes condiciones económicas y sociales precipitan una transformación en los roles de género. Al enfrentarse con dichos cambios, los hombres, al igual que las mujeres, tienden a acomodarse a las normas patriarcales tradicionales; pero existe una diferencia, pues adoptan la postura de acomodar la tradición para probarse a sí mismos y defender su propio poder a expensas de la mujer.²⁸ Además, en ciertos estratos no hay duda de que los hombres están conscientes de la expansión de las actividades de las mujeres y de que su libertad de movimiento fuera de casa seguramente afectará el poder y la capacidad de ellos en la toma de decisiones dentro de ésta, incluyendo las elecciones relacionadas con la fecundidad y la maternidad.

Maternidad y opciones reproductivas

Todos nuestros informantes, tanto mujeres como hombres, dieron fe de que los niños son la razón principal para casarse y establecer

²⁸ Es importante observar que mientras estas afirmaciones reflejan una actitud de superioridad sobre la mujer, la forma valiente y desafiante en que se están expresando podría explicarse como una reacción por la entrevista. Encontramos que cuando las mujeres se sentían avergonzadas por alguna pregunta en ocasiones se quedaban en silencio o hacían afirmaciones que sonaban como un lema más que como sus propios puntos de vista. Por otro lado, los hombres que entrevistábamos generalmente no mostraban vergüenza, pero en ocasiones parecía que los habían provocado y comenzaban a hacer declaraciones de machos que tendían a convertirse en una resistencia del grupo en contra de la apropiación de la mujer. En términos psicológicos, podemos decir que dicho comportamiento representa un mecanismo que forma una reacción por la cual el hombre intenta mantener su dignidad y la imagen de sí mismo.

una familia, y de que la crianza de los niños es el deber principal de una esposa egipcia, ya que éstos son la fuente esencial del valor de una mujer. Una vez que los tiene se ha ganado el poder para negociar y pararse ante su marido; sin ellos se vuelve débil y vulnerable a soportar las condiciones que no aprueba en el matrimonio. Los niños también sirven como un tipo de seguro contra el divorcio; en tiempos de conflicto marital es común que las madres aconsejen a sus hijas que tengan otro bebé para desviar el problema. La fuerza del mandato de la maternidad para las mujeres es evidente, pues hay consenso entre nuestras participantes en cuanto a que sería legítimo que un marido se divorciara de su esposa por su incapacidad de tener hijos. De hecho, la esterilidad es la única razón por la que algunos harían una excepción a su casi unánime condenación de la poligamia. Wafa'a, quien tiene cuatro hijos dice:

Por supuesto que es importante tener hijos para los hombres y para las mujeres [...] Mi esposo estaba como loco porque teníamos cinco meses de casados y yo no había quedado embarazada [...] Si se aman y se llevan bien, tal vez puedan soportar no tener hijos [...] Si [la infertilidad] fuera de él [su problema] lo habría tolerado porque es un buen hombre [...]pero si hubiera sido mi culpa, él querría casarse y tener hijos, entonces estaría en su derecho [...] nos divorciaríamos, porque yo nunca aceptaría una segunda esposa.

Estos comentarios reflejan una posición doble en los casos de esterilidad: se espera que un esposo se divorcie de su mujer (o tal vez que tenga una segunda esposa) si ella es estéril, pero si el que no puede tener hijos es él, entonces ella tendrá que valorar qué tan "bueno" es y cuánto lo ama antes de determinar si busca el divorcio (es claro que ella no cuenta con la opción de tener un segundo esposo). A pesar del alto valor que se le atribuye a la mujer debido a la maternidad, la opción entre seguir sin hijos y divorciarse se presentaba como una dificultad entre las mujeres que entrevistamos. Esto puede reflejar que el estar casada es más importante para el estatus y el sentido de valor propio de las mujeres en Egipto, que el tener hijos. Además, si el esposo es estéril no se puede culpar a la mujer porque la pareja no tenga hijos. Entonces se pueden evitar los comentarios de los vecinos y la familia, y en su lugar preva-

lecerá la imagen de la esposa que se ha sacrificado para conservar su matrimonio.

Paralelamente, un análisis reciente sobre los datos de una encuesta nacional en Egipto muestra que la primera reacción de la mayoría de las informantes casadas en nuestro estudio en cuanto a la pregunta sobre quién decide el tiempo entre cada embarazo o el número de hijos, fue que ésa debe ser una decisión que se tome entre marido y mujer; la posición de ellas en la toma de decisiones reproductivas es una “igualdad y no una autonomía” (Govindasami y Malhotra, 1996).²⁹ En caso de desacuerdo, la decisión final deberá quedar en manos del hombre, dicen ellas: “Porque él es el que paga” (es decir, controla las decisiones del presupuesto de la casa). Sin embargo, pruebas posteriores revelaron que en realidad hay un escenario diferente. Si se presenta un conflicto real o anticipado, muchas mujeres en nuestro estudio al parecer hacen lo que ellas desean sin decírselo a sus maridos —es decir, utilizan o dejan de utilizar anticonceptivos o en ocasiones recurren a métodos tradicionales de aborto (véase más adelante)—. Una esposa cairina de Boulaq afirmó que dejaría su casa y se iría con su familia si su marido tratara de obligarla a embarazarse o si intentaba evitar un embarazo, y añadió de manera decidida: “Es mi decisión, sólo mía.” Todas las cairinas estuvieron de acuerdo en que tener hijos es crucial para las mujeres, y en que el número de hijos es decisión de ellas. Zeinab, una diestra costurera que trabaja en un taller de ropa, afirma su autoridad en este terreno: “No, mi marido no tiene nada que ver con el tema de la anticoncepción... Él quería hijos, le di hijas y tuve un varón; eso es todo. Difícilmente podemos alimentarnos nosotros mismos”.

El fuerte sentido de su apropiación para hacerse cargo de las decisiones reproductivas que demostraron nuestras entrevistadas casadas concuerda con las conclusiones de otras investigaciones respecto a que es más probable que las mujeres egipcias que trabajan por salarios fuera de casa y que tienen mayor libertad y movilidad, utilicen algún método anticonceptivo (Govindasami y Malhorta, 1996). Esto puede reflejar la alta tasa de participación de la fuerza de trabajo, tan desproporcionada entre nuestra muestra de muje-

²⁹ La base de datos utilizada en este análisis fue de 1988 EDHS.

res casadas comparada con los datos nacionales. Sin embargo nuestro estudio enfrenta la suposición de que cuando se trata del tema del control de la fecundidad, en Egipto las esposas prefieren que la toma de decisiones sea conjunta (marido-mujer) en lugar de autónoma, incluso cuando la cultura y ellas mismas “apoyan la interacción y la negociación” en muchas otras áreas. Sin embargo, es más frecuente que este sentido de apropiación se ejerza secretamente y no de manera abierta. En uno de los grupos focales de El Cairo, una participante observó que si ella quería tener un bebé y su esposo no, se quitaría el DIU sin que su esposo lo supiera. Otra dijo que podía inducirse un aborto si tomaba Pepsi Cola hervida, y así no parecería un aborto inducido. Cualquiera que sea el caso, ya sea que se desee tener otro hijo o que se trate de evitarlo, el grupo sugirió formas en que las mujeres pueden controlar la situación en secreto aparentando que están atentas a los deseos de su esposo. Las razones más importantes que se arguyeron para el uso de algún anticonceptivo o para terminar con un embarazo, fueron: primero, la salud de la mujer, luego la situación económica de la familia, y por último, que ya tengan un hijo y no cuenten con acceso a una guardería si la madre está trabajando.

A diferencia de las de otros grupos, las mujeres islámicas estaban en contra del uso de cualquier tipo de planeación familiar artificial; argumentaron que el número de hijos es decisión de Dios. Una mujer que es miembro del grupo nos contó una historia sobre una “hermana” que estaba en contra de limitar el número de hijos y que dejaba que Dios decidiera. Dios amablemente le había dado cuatro hijos, después ya no se embarazó y no tuvo que utilizar ningún método. La única razón por la cual estas jóvenes accedían a emplear algún anticonceptivo era para espaciar los embarazos mientras estaban amamantando y cuando la salud de la mujer se hallaba en peligro. Al mismo tiempo, se preguntaban si existía algún método que no causara daños a la salud o que no tuviera efectos secundarios para la mujer, que no interfiriera con el placer sexual del hombre, y que estuviera aprobado claramente por la religión (como la interrupción del coito o el método del ritmo). En otras palabras, su deseo de ser religiosamente correctas coincide con el de no tener más hijos de los que quieren. La mayoría de las otras mujeres casadas esperan limitar su número de hijos a dos o

tres y han abandonado la preferencia tradicional por el hijo en favor de una ética de igualdad de género. “La vida ha cambiado”, dicen, “ahora las niñas son iguales a los niños”. La mayoría pensaba que el número de hijos se debía decidir en pareja; sin embargo algunas de ellas estaban convencidas de que la salud y el bienestar de la mujer debe ser el determinante principal para decidir cuándo y cuántos hijos habrá de tener una mujer, incluso si se ve precisada a “manipular” a su esposo.

Los hombres que entrevistamos también mostraron preferencia porque todas las decisiones sobre la maternidad y el control de la fertilidad se tomen en pareja, dependiendo en primer lugar de la salud de la mujer y en segundo de las circunstancias económicas familiares. Pero igual que con muchas otras decisiones, insistieron en que si no se logra un acuerdo mutuo la decisión final era del hombre porque es quien está a cargo de la economía del hogar. Varios recordaron que a algunos se les permite tener una segunda esposa si la primera no puede tener hijos, para que de este modo su propiedad, sin importar su tamaño, pase a manos de su descendencia. Sólo un hombre objetó esto por temor a que los papeles se cambiaran y la esposa “pueda tener el derecho de dejar al esposo si éste no puede tener hijos”. Sin embargo, en general los informantes fundaron su demanda de detentar la autoridad máxima sobre las decisiones reproductivas en su poder económico y en su posición de cabezas de la familia. Esta aseveración puede ser cada vez más añorada, dadas las dos realidades prevalecientes: que las esposas están obteniendo cierto grado de independencia económica, y que de hecho están tomando ellas solas las decisiones sobre la fecundidad y la maternidad.

Anticoncepción y aborto

Si bien una pequeña muestra de participantes no es representativa de la generalidad de las mujeres egipcias, y muchas de las mujeres que entrevistamos no habían terminado de criar a sus hijos, una mirada al decreciente número de hijos entre las casadas sugiere que están limitando de manera efectiva el número de embarazos. La mayoría de estas mujeres, incluyendo a las de Egipto Alto y a las de

las áreas rurales, tiene entre uno y cuatro hijos; casi la mitad tiene dos o menos, y solo tres de las 45 entrevistadas casadas tenían más de cuatro hijos en el momento en que realizamos el estudio.

La mayoría de las mujeres casadas de nuestro estudio estaba utilizando en ese momento o había utilizado tiempo atrás alguna forma de contracepción, aunque no necesariamente una forma “moderna” o médica. Las que no empleaban anticonceptivos tenían razones prácticas específicas: trataban de embarazarse, sus maridos se encontraban lejos, o estaban separadas o divorciadas. Es interesante ver que las que estaban utilizando o habían utilizado anticonceptivos creían (erróneamente) que la religión prohibía el uso de anticonceptivos artificiales. Esto pone de relieve la realidad que descubrimos una y otra vez cuando hablamos de las decisiones de la mujer sobre la fecundidad y el embarazo: su propio punto de vista de necesidad práctica suplanta las creencias religiosas o la tradición patriarcal en la manera en que toman sus decisiones.

El sentido de apropiación para determinar su fecundidad puede estar acompañado por la falta de métodos o por información poco confiable. Zeinab, por ejemplo, utiliza píldoras anticonceptivas “cuando lo necesita” (esto es, cuando tiene relaciones sexuales con su marido) porque “generalmente sucede [la relación sexual] sólo una vez al mes”. Ella está mal informada en cuanto al uso correcto de la píldora, y su bajo nivel de educación hace que tenga dificultades para entender las instrucciones escritas. No es de sorprender que el uso poco efectivo de la anticoncepción lleve a las mujeres a intentar inducir un aborto, el cual puede no ser efectivo. Una mujer que trabaja en mantenimiento en El Cairo informó con evidente orgullo en su inventiva:

Tuve tres abortos; dos me los hice yo misma. Tomé Coca Cola hervida, cargué cosas pesadas y me dejé caer de todos lados. Pero mi segundo aborto fue muy difícil y tuve muchos dolores, así que cuando me volví a embarazar fui con la *daya* y fue más fácil [riéndose]. Por supuesto que [mi esposo] nunca supo nada de eso.

La norma comúnmente aceptada en las comunidades de la investigación, como revelaron todos los grupos focales, es que tener un aborto es *haram*. Preguntas más detalladas y entrevistas a pro-

fundidad revelaron un rango de valores y experiencias mucho más complejo, especialmente cuando se le preguntaba a las mujeres qué hacían sus amigas y parientes para resolver los embarazos no deseados. La mayoría, casadas y solteras, supone que la mujer siempre puede encontrar un método para terminar con el embarazo sin que su esposo se entere y también sin ir al médico o hacer pública la situación. Por supuesto, esto implica el uso de métodos peligrosos autoinducidos, como cargar cosas pesadas, tirarse de una cama o de un sillón, o utilizar remedios tradicionales como las hojas de cebolla, Coca Cola hervida u otras bebidas carbonatadas. Algunas incluso insertan una aguja de tejer en el cérvix para inducir el sangrado y con ello lograr que las admitan en un hospital público donde esperan que se concluya el procedimiento. Pero dadas las malas condiciones que existen en los hospitales del sector público, ésta es una medida de último recurso.

Cualquiera que sea el método, la clara implicación de dichas acciones, así como la forma tan natural en que lo informan, no sólo indica que los abortos inducidos entre las mujeres egipcias son frecuentes (tengan éxito o no), sino también que a menudo se les toma como necesarios y en ocasiones como justificados. En las entrevistas de más profundidad, muchas mujeres admitieron que ellas se habían provocado el aborto. Algunas dijeron que era *haram*, pero que no tenían otra opción porque en ese momento no podían tener otro hijo. Así que la explicación de sus experiencias es común y confirma otros estudios (véase Huntington *et al.*, 1995):

Una vez tuve un aborto. Estaba usando un dispositivo intrauterino pero quedé embarazada. Mi vecina me aconsejó tomar Coca Cola hervida y que me hiciera un enema. Estuve sangrando durante quince días, luego me transfirieron a un hospital y me hicieron una operación pequeña. Nunca le dije a nadie que yo me lo había hecho, ni siquiera a mi esposo. Es un hombre religioso. Tenía miedo del castigo de Dios, pero al mismo tiempo me preguntaba si Dios aceptaría el sufrimiento de toda la familia si tuviera que dejar de trabajar [para darle pecho a otro bebé].

En dichas afirmaciones hay implícita una moralidad práctica que gobierna la fecundidad y la maternidad, en donde las realida-

des económicas inherentes de alimentar y cuidar a una familia tienen prioridad sobre la forma en que se perciben la doctrina religiosa y la tradición de la obediencia conyugal. Además, como ilustra el razonamiento de Soheir, a veces las mujeres crean su propia interpretación de la voluntad de Dios, mucho más acorde con las necesidades de reproducción en la vida diaria que la teología oficial.

CONCLUSIÓN

Nuestra investigación confirma que los mismos conceptos de derechos, incluyendo los derechos reproductivos, reciben un particular significado de la cultura específica, el espacio social y el contexto político en que se ejerce un derecho. La cultura egipcia no coloca a la persona por encima de la comunidad. El solo hecho de que una mujer forme parte de una familia, un matrimonio, una pareja y una comunidad, supone que en forma voluntaria compromete parte de sí misma por el bien de estas afiliaciones, las cuales a su vez prometen proporcionarle apoyo emocional, material y moral. Las relaciones de las mujeres con su cuerpo están formadas por dichas negociaciones entre necesidades, deseos y obligaciones; la propiedad del cuerpo se determina social y personalmente. Es difícil que alguna de nuestras entrevistadas diga que actualmente alguien más tiene el control de su cuerpo y no ella misma, pero casi todas relegan una parte de su control personal por su sumisión a las normas sociales y a las tradiciones. Ellas no perciben esta conformidad como autodesconocimiento o servidumbre, pero sí como una ruta hacia esa mayor seguridad que reciben de la aceptación y la solidaridad de la comunidad.

Pero su adhesión a enfoques de derechos comunales en vez de individuales no significa que la mujer en Egipto esté dispuesta a obedecer en forma pasiva. Para proteger su dignidad, su bienestar material y físico y el de sus hijos, las egipcias asirán el poder en la toma de decisiones con sus propias manos; a veces infringirán la tradición, la opinión religiosa y la autoridad patriarcal. Uno de los hallazgos más importantes de este estudio se refiere a la religión, pues aunque ésta tiene fuerte presencia en sus vidas, no gobierna las opciones sexuales y reproductivas de la mayoría de nuestras

entrevistadas. Si se trata de evitar las relaciones sexuales cuando no lo desean o los embarazos no planeados, ellas confían en el perdón personal de Dios más que en las opiniones de las autoridades religiosas. En sus estrategias subversivas existe una convicción patriarcal, si no es que moral, sobre su apropiación de la integridad sexual y de sus cuerpos, incluso en el matrimonio; así como un esfuerzo por encontrar equilibrio entre las definiciones tradicionales de la esposa obediente y su propia creencia en un dios misericordioso.

Descubrimos cuatro variantes en las estrategias sexuales y reproductivas de las mujeres:

1. *Simplemente es la naturaleza de las cosas.* Identificamos algunas áreas donde las mujeres percibían en forma fatalista su situación como “la manera en que funcionan las cosas”. Por ejemplo, en sus experiencias de discriminación de género en la educación de los niños y las niñas, o en concederle la autoridad al esposo en ciertos temas (especialmente relacionados con el trabajo), muchas participantes no manifestaron sentirse oprimidas. Es probable que en este caso “acuerdo” no sea el término exacto, ya que las mujeres sentían que estaban tratando con comportamientos o actitudes normales que no se pueden cambiar, aunque las pocas que se sentían frustradas a causa de dichas experiencias no mostraron rebeldía contra la situación ni trataron de manipularla.
2. *Doloroso, pero necesario.* En otros temas —en particular el *baladi dokhla* y la circuncisión femenina— muchas mujeres aceptaron una tradición que para ellas tiene una función social positiva. A pesar del dolor que sufrieron cuando pasaron por estas prácticas, se sometieron a ellas como intercambio necesario para comprar otros beneficios que valoran más que el “control de sus cuerpos”: respeto y aceptación en sus comunidades, honor para ellas y sus familias, libertad para ir y venir sin que haya chismes. Para algunas la sumisión al contacto sexual no deseado con sus maridos entra en esta categoría, como una negociación para evitar la violencia del hombre o posiblemente el divorcio.
3. *Resistencia y resistencia disfrazada.* Este espectro abarca múltiples estrategias verbales y de comportamiento que las informantes representan de igual a igual con sus maridos en la vida

diaria, particularmente respecto a temas como la maternidad, la anticoncepción, el aborto, las relaciones sexuales, y salir de casa.³⁰ En estas áreas nuestra investigación descubrió que las mujeres adoptan de manera consciente muchas tácticas y subterfugios para tomar el control de la situación —y de sus cuerpos— y poner los asuntos a su favor: embellecerse para atraer a sus esposos sin que esto parezca que están iniciando la relación sexual, fingir enfermedad para evitar el coito cuando no lo desean, hacerse abortos, o quitarse el DIU en secreto. Al describir dichas estrategias estas mujeres no utilizan palabras como “resistencia” o “derecho”, pero hablan de inteligencia, ingenio, valoraciones exactas de la situación, etcétera.

4. *¡No es no!* De forma mucho más extraña, escuchamos afirmaciones abiertas o negativas de unas cuantas mujeres, tanto jóvenes como de mayor edad, especialmente en relación con la violencia doméstica y las cópulas forzadas con los maridos. También identificamos mayor seguridad, si no es que resistencia, de las más jóvenes (solteras) respecto a las de más edad en cuanto a ciertos temas —por ejemplo, la exigencia de más información sexual y reproductiva a una edad más temprana, rechazo por el matrimonio arreglado o forzado, rechazo por el *baladi dokhla*, y en un caso, resistencia a la imposición de la MGF en una hermana menor—. Este sentido de apropiación puede deberse a que son mayores las oportunidades en la educación y el acceso a sueldos (limitados) entre las mujeres más jóvenes.

Las mujeres egipcias comparten la posesión de su “ser” con la sociedad, lo cual se refleja a la larga en el valor tan alto que le dan a la castidad femenina, a la virginidad y a evitar las relaciones antes del matrimonio o fuera de éste. Esto se ilustra con la sorprendente

³⁰ La evidencia de comportamiento agresivo en estos terrenos a menudo surgió por medio de una interesante dinámica de grupo en que la primera mujer que hablaba generalmente expresaba la norma que se espera de una mujer y esposa correcta. Más tarde en la conversación, cuando alguien refería una posibilidad de subvertir la norma, esto disparaba entre ellas una secuencia de comentarios subversivos similares, incluyendo los que exponía a la primera que había hecho la afirmación.

aceptación entre la mayoría de las mujeres egipcias (incluyendo a nuestras participantes) por la MGF y, entre muchas, por el *baladi dokhla*. Sienten que deben pagar ese precio para probar su pudor y de este modo asegurar la apropiación de sus derechos sexuales y reproductivos. Dada la fuerza de tal sentimiento, no podemos decir que en este momento la lucha contra la MGF basada en el sentido de apropiación refleje el sentir de la mayoría de las mujeres en Egipto sobre el tema. Esto no sugiere que se deba suspender la lucha, pero sí que quienes abogan por los derechos y la salud de las mujeres deben reconocer que la MGF tiene una función social, y que muchas niñas y mujeres se sienten obligadas a seguirla —más allá de la elección—. El tema se vuelve más complejo porque las propias mujeres ven dichas tradiciones como una herramienta de apropiación más que de opresión, por ejemplo al reducir su necesidad de gratificación sexual. Es claro que el reto no sólo consiste en oponerse a las prácticas dañinas o movilizarse en torno de los derechos, pero puede desarmarse públicamente ese sistema social e ideológico —con raíces en las divisiones de género de muchos años atrás— que induce a que esas prácticas se acepten y a veces se deseen.

Podemos advertir asimismo el alto valor que conceden las egipcias a la maternidad y a la aceptación de la división tradicional del trabajo dentro de la familia. En las comunidades de nuestra investigación ellas no consideran que la esperanza de que tendrán hijos cuando se casen sea coercitiva o una invasión de su privacidad; por el contrario, es parte del pacto por el cual reciben seguridad social y el respeto de la familia y del esposo. Solamente cuando no pueden tener hijos se sienten coartadas y vulnerables, en especial si se les amenaza con el divorcio o con la llegada de una segunda esposa. Sin embargo, nuestra investigación confirma que para un creciente número de egipcias el matrimonio y la maternidad se han ido combinando cada vez más con el trabajo remunerado. Y las mujeres, a diferencia de sus padres y esposos, ven el trabajo no sólo como una obligación que se realiza por necesidad económica, sino como algo importante para su autorrealización y su apropiación. Aunque de ninguna forma asegura su igualdad o liberación, el tener un ingreso propio le da a la mujer posibilidades de negociación más fuertes en el hogar y la familia, lo que les

permite comprometerse un poco menos y demandar un poco más. La oposición de los varones conservadores en la sociedad hacia las mujeres que trabajan fuera del hogar es una evidencia de que su independencia financiera, incluso si es parcial, puede expandir la capacidad de las mujeres para tomar sus propias decisiones, transgredir las normas tradicionales, tal vez dejar un matrimonio infeliz y vivir solas.

Tampoco en otras esferas la tolerancia práctica de algunas formas de subordinación significa una aceptación incondicional. Una mujer no consiente que la golpee su marido, pero esto tampoco significa que buscará la separación o el divorcio la primera vez que su esposo le ponga una mano encima. Está dispuesta, especialmente si hay niños, a olvidar o soportar el abuso, pero sólo hasta cierto punto, después del cual tomará cartas en el asunto (es decir, dejará la casa). Lo mismo se aplica a las limitaciones sobre los embarazos. Como generalmente hacen las egipcias, las mujeres que entrevistamos en nuestro estudio preferían tomar esas decisiones en forma conjunta con sus parejas y trataban de hacerlo de este modo, pues la libertad de decidir por sí mismas no es algo que valoren para su bien. Al mismo tiempo, la sumisión a sus maridos o a una familia que las presiona (a tener otro hijo o un hijo varón) es por sí misma una elección consciente. Hasta cierto límite, cuando tienen que soportar presiones compensatorias —por ejemplo, demasiadas bocas que alimentar, sus propias necesidades de salud, o la ausencia de guarderías— están dispuestas a terminar con el compromiso de tomar las decisiones de manera conjunta y a encontrar su propia salida para evitar un embarazo no deseado. Pueden desafiar la ley, la religión o los deseos de sus maridos para hacerse un aborto, arriesgando sus vidas con métodos tradicionales y peligrosos. La disminución de la tasa de fecundidad en Egipto, combinada con un deficiente uso de anticonceptivos, según la experiencia de nuestras participantes, ocasiona que las mujeres egipcias recurran de manera frecuente y efectiva a los abortos para resolver embarazos no deseados, pese a que enfrentan serios riesgos legales y en su salud.

Las mujeres que se someten a la autoridad religiosa en todos los aspectos de su vida son una excepción en Egipto. Las islámicas que entrevistamos son activistas con información política que han

decidido crear una identidad alternativa como mujeres basada en ciertas interpretaciones del islam. Desde nuestro punto de vista, esta identidad alternativa está plagada de vergüenza, miedo y dominación masculina, lo cual pronostica el aislamiento y la omisión de las mujeres, su confinamiento al hogar y la regulación de sus cuerpos. Sin embargo las mujeres con las que trabajamos en Mansoura, como integrantes del proyecto cultural y político islámico, se perciben en una lucha no dirigida contra los opresores patriarcales y locales, sino contra el gobierno egipcio, la dominación económica y cultural de Occidente, y las fuerzas globales que imponen políticas económicas estrictas que enajenan sus estilos de vida. En cuanto a esto no existe diferencia alguna entre los movimientos de mujeres en el mundo árabe que por voluntad propia han subordinado su lucha a la contienda política regional y nacional.

Las decisiones de nuestro grupo evidenciaron que incluso estas mujeres islámicas quieren limitar su número de hijos (aunque valiéndose de medios “naturales” o proporcionados por Dios); esperan trabajar fuera de la casa (para servir a la comunidad como médicas), y la posibilidad de que exista violencia de sus esposos hacia ellas les parece espantosa. Encontramos que las motivaciones de las jóvenes estudiantes islámicas no siempre son estrictamente religiosas, ya que en ocasiones son claramente prácticas y económicas: por ejemplo, su insistencia en que los padres deben aprobar su elección de marido para asegurar su apoyo en caso de que el matrimonio se deshaga. Puede ser que junto con la ideología política y religiosa, estas jóvenes también hayan recibido la influencia de los cambios generacionales y de su educación universitaria de clase media. En general, nuestras entrevistadas expresaron una “moderna” creencia en la educación para las mujeres y sostuvieron que la mujer tiene capacidad para tomar sus propias decisiones.

Al igual que las islámicas, los hombres participantes en nuestro estudio generalmente pensaban de manera más conservadora que las mujeres, a menudo parecían motivados por las condiciones económicas así como por la tradición patriarcal y la religión. El desempleo, la pobreza y la inseguridad económica provocan en ellos coraje y frustración, que tienden a canalizar hacia las mujeres como un desahogo. La desestabilización de su posición de jefes de familia les ha acarreado una pérdida de dignidad y compromete

su hombría, lo que en ocasiones los lleva a la violencia doméstica y a resistirse a que las mujeres trabajen fuera del hogar y controlen su fecundidad. Por otro lado, las ansiedades económicas de los hombres pueden tener un efecto opuesto; por ejemplo, los padres pueden acceder a que sus hijas elijan libremente a su compañero para disminuir el riesgo de que el matrimonio fracase y se les revierta a ellos la responsabilidad financiera. En todo caso, las condiciones estructurales influyen fuertemente en los valores reproductivos.

Muy a menudo nuestras entrevistadas se situaban en algún lugar entre los dos polos del fatalismo y la resistencia. Para la mayoría de ellas, casadas o no, la igualdad y el sentido de apropiación están incrustados en un complejo mosaico de estrategias y negociaciones. Esto con frecuencia significa negociar un sentido de apropiación directo a ciertos derechos valiéndose de una secuencia de mecanismos y racionalizaciones dirigidos a asegurar lo mejor de lo que haya disponible sin violar abiertamente la norma y sin ocasionar que la familia y la comunidad marginen a la mujer y le quiten su apoyo. Algunas de las que entrevistamos —en particular las del grupo islámico y de Sakakini-El Cairo— aceptan las ideas tradicionales de división de género y jerarquía. Otras, sin embargo —en especial las de Egipto Alto y de Boulaq-El Cairo, y sobre todo las jóvenes solteras— tienen una fuerte creencia en la igualdad de género y la idea de que la mujer puede hacer muchas cosas igual o mejor que los hombres; pero incluso ellas generalmente preferían utilizar tácticas sutiles en lugar de una confrontación directa, convencer al hombre de que la decisión final es de él mientras de manera oculta tratan de influenciarlo.

Para todas las egipcias y para nosotr@s como investigador@s, el concepto de “derechos reproductivos” sigue siendo algo delicado, polémico y complejo. Esto se debe en gran parte al contexto social cargado de factores represivos que afectan la capacidad de las mujeres para actuar según sus derechos: los problemas económicos, la preponderancia de la violencia masculina, la dificultad de la supervivencia para las mujeres tras un divorcio o fuera del matrimonio, la mala calidad de los servicios de salud, la continua oposición a la igualdad de género entre los hombres y sus propias familias, y la falta de actividades fuera de la familia y de redes apoyo para las mujeres (fuera de los grupos islámicos y de los círculos

feministas de clase media que operan en las áreas urbanas). Parece que las generaciones más jóvenes de mujeres tienen más seguridad respecto a sus derechos que sus abuelas, en parte debido a que cuentan con mayor acceso a la educación, pero tampoco estarán en posibilidad de adquirir opciones informadas y reales sobre la reproducción y la sexualidad hasta que estas otras condiciones sociales comiencen a cambiar. Hasta entonces, la cultura basada en el camuflaje y la acomodación estratégica de las mujeres egipcias prevalecerá por encima de las voces directas de algunas mujeres.

IV. ENTRE LA MODERNIZACIÓN Y EL RESURGIMIENTO PATRIARCAL. LAS NEGOCIACIONES REPRODUCTIVAS DE LAS MUJERES EN LA PENÍNSULA DE MALASIA

RITA RAJ
CHEE HENG
RASHIDA SHUIB*

EL CONTEXTO NACIONAL

Malasia es un país con una gran diversidad étnica, cultural y religiosa que antes de la crisis asiática de 1997 a menudo era citado como ejemplo de rápido desarrollo y sostenido crecimiento económico (UNDP, 1996, casilla, 2.8). En este país el origen étnico y la religión están entrelazados e incluso son las características principales que identifican social, económica y políticamente a los individuos y a las familias. Sin embargo existen diferencias importantes entre los tres principales grupos étnicos —malayos, chinos e hindúes—, de los cuales los malayos perciben el menor ingreso, tienen predominancia en las áreas rurales y representan las tasas de fecundidad más altas.¹

* Además del trabajo de las tres principales autoras —quienes fueron coordinadoras e investigadoras del grupo de IRRRAG en Malasia— agradecemos a las demás integrantes del equipo su gran compromiso con este trabajo: a la coordinadora Rashidah Abdullah, y a las investigadoras Roziah Omar, Rajeswari Nagaraja y Siti Norazah Zulkufli. También reconocemos el valioso trabajo de quienes nos ayudaron en la investigación y recopilación de datos: Mastura Andan, Norisah Che Ahmad, Zuria Abu Bakar, Zaiton Kassim, Swarna Rekha Kodikara, Kristina Wati Ramlan, Low Paik Swan, Angela Kuga Thas, y Chong Wei Yee; en la traducción y la transcripción Suganeswary y la señora Usha Ramachandran, y en el apoyo administrativo Thilaha Alliah, N. Manimekaladevy y Khatijah Mohd Baki.

¹ El principal ingreso mensual de un hogar (1990) para los chinos fue de 1 631 RM (ringgits malasios) (652 dólares de EU), seguidos por los hindúes con 1 201 RM (480 dólares) y los malayos con 938 RM (371 dólares).

Los malayos, que por definición son musulmanes, representan aproximadamente 61% de la población; los chinos generalmente practican la religión popular china y representan 30% y finalmente los hindúes abarcan 8% (Malaysia Department of Statistics, 1992).² Una pequeña minoría entre los no malayos es cristiana. Aunque la religión del Estado es el islam, y el resurgimiento islámico ha recibido últimamente fuerte apoyo gubernamental, la libertad de culto está garantizada constitucionalmente.

Desde que se obtuvo la independencia de Inglaterra en 1957, el gobierno malayo ha mantenido un delicado equilibrio que afecta la distribución cuantitativa de los recursos entre los tres principales grupos. De este modo, las políticas económicas y sociales se han convertido en instrumento para el reparto de recursos y para el control político entre los grupos étnicos y, según algunos analistas, para llevar a la población rural malaya a una posición más ventajosa dentro de una economía capitalista industrial en proceso de expansión (Ackerman y Lee, 1990; Ong, 1994; 1987). Estas políticas afectan y se ven afectadas por las actitudes oficiales hacia la posición de la mujer en relación con la economía y la familia.

Condiciones políticas y económicas

Tras los disturbios comunales de 1969, el gobierno malasio instauró su Nueva Política Económica (NPE), cuyo objetivo estaba encaminado a erradicar la pobreza y a atender los desequilibrios socioeconómicos heredados del dominio colonial británico. La NPE y los diversos planes de desarrollo que se derivaron de ella, en particular las políticas que pretendían acelerar el proceso de industrialización y por ende incrementar el salario que percibían los trabaja-

² En la Constitución se define a los malayos como las personas que hablan habitualmente el idioma nacional, que practican la *adat* (costumbre) malaya y que son musulmanes. En contraste, los chinos en Malasia practican una combinación de budismo, taoísmo, y confucianismo, "una religión sincrética que incluye el antiguo culto que se basa en los elementos budistas y taoístas como características secundarias" (Chang-Wing-tsit, citado en Ju, 1983: 3). El idioma oficial en el país es el malayo o bahasa malayo, pero también se hablan otros idiomas y dialectos, incluyendo el inglés, el mandarín, el cantonés, el hokkien y el tamil.

dores, en especial los del campo, han resultado en palpables mejoras de las condiciones económicas de los campesinos de bajos recursos. Por ejemplo, para 1990 solamente 15% de todos los hogares en la península de Malasia estaban clasificados por debajo de la línea de pobreza, comparado con 40% en 1976 (Government of Malaysia, 1985). Esta confianza en la industrialización y el trabajo asalariado, incluyendo la creación de zonas de libre comercio (ZLC), también ha acarreado importantes cambios en la división del trabajo de género y la posición relativa de las mujeres (Ng, 1989). En este sentido, no sólo los varones jóvenes han sido expulsados del sector agrícola; las mujeres jóvenes también han sido alentadas a ingresar a los sectores manufactureros y de servicios que se están expandiendo con rapidez. Ong describe el nuevo "ejército de hijas trabajadoras" generado, tal vez sin una intención directa, por las políticas gubernamentales que buscan expandir los mercados laborales y crear una fuerza de trabajo calificada:

Por primera vez en la historia malaya, un gran número de mujeres [jóvenes] tenía el dinero y la libertad social para experimentar con un recientemente adquirido sentido de sí mismas. Muchas llegaron a definirse, a través de las experiencias en el trabajo y de las opciones de mercado, y no en términos materiales o incluso moralmente dependientes de sus padres y parientes (Ong, 1994: 30).

Como resultado del rápido desarrollo del sector manufacturero, y hasta cierto grado del sector de servicios, la tasa de participación de la mujer en la fuerza de trabajo ha aumentado de 37.2% en 1970 a 47.1% en 1995, y ya para entonces representaba 33.7% de la fuerza de trabajo total (Malaysia Department of Statistics, 1995). Ellas son mayoría en algunas industrias situadas en las ZLC (especialmente en electrónica y textiles), las cuales explotan a mujeres jóvenes porque ofrecen mano de obra barata, trabajadora y dócil. Es claro que estas tendencias han acarreado tanto resultados negativos como positivos a las mujeres malayas. Las diferencias salariales según el género todavía perviven, especialmente en el sector privado, donde las mujeres sólo ganan 83% de lo que perciben los varones (Ng y Chee, 1996), y las que realizan el mismo trabajo que los varones en plantaciones de carácter privado perciben salarios mucho más ba-

jos.³ Además, la reestructuración económica prometida por “la Visión de Malasia 2020” —una proyección de largo plazo en la que se busca el completo desarrollo de la nación— no invalida necesariamente las jerarquías de género existentes, ya que propone que las industrias que emplean tecnología de punta deben optar por mano de obra calificada; esto es, contratar varones, mientras que las mujeres continúan prácticamente confinadas al empleo no calificado (Jamilah, 1994).

Mientras que por un lado el gobierno exhorta a las mujeres a que tengan completa participación en la educación y en los procesos de industrialización, por el otro no ha proporcionado los apoyos sociales necesarios que faciliten esta participación. Diversas agencias gubernamentales ofrecen cursos de “desarrollo familiar”, como cocina, costura y artesanías, en lugar de crear y abrir centros de desarrollo infantil y propiciar un debate propositivo en torno de la legislación familiar. Ejemplo de ello es la declaración del primer ministro en 1994, quien expuso la idea de que la mujer casada que trabajaba fuera del hogar era un paliativo temporal, y que aquellas cuyos maridos podían mantenerlas debían quedarse en casa y parir por lo menos cinco niños (Chee, 1988). La ambigüedad en la posición económica de las mujeres refleja los contradictorios bandazos de la política estatal: por un lado tiende hacia la modernización económica, y por el otro aún arrastra la visión patriarcal tradicional de las divisiones de género en la familia. Mientras que se necesita a las mujeres como recurso humano en la estrategia de desarrollo de Malasia, su inclusión ha estado motivada más por el interés y la plusvalía que por algún compromiso con la apropiación de sus derechos o la igualdad de género. De este modo, la Política Nacional sobre las Mujeres adoptada en 1989, cuyo objetivo era incorporarlas completamente en el plan de desarrollo nacional, permanece en suspenso aun cuando los fondos ya hayan sido asignados. En el contexto de estas crecientes y profundas contradicciones, las malayas encuentran que su vida diaria se vuelve más complicada en tanto tratan de equilibrar las dinámicas de la vida diaria que chocan con los modelos culturales.

³ La tasa diaria promedio para un transportista varón es de 21 RM (8 dólares de EU), mientras que para una mujer transportista es de 14 RM (6 dólares) (Malaysia

Cultura, leyes y religión

A finales de los años setenta, junto con el renacimiento islámico resurgieron la mayoría de las prácticas y los valores patriarcales islámicos, y con ellos comenzó a emerger en Malasia el movimiento *dakwa* (misionario), que fue estimulado por los sucesos ocurridos en Irán y en otras partes de Medio Oriente (Nagata, 1984; Ong, 1994). Como en muchos países con movimientos neorreligiosos y fundamentalistas emergentes, el resurgimiento islámico en Malasia se puede leer, en parte, como una postura sobre el género, los significados de la tradición y la necesidad de controlar la sexualidad, la reproducción y la movilidad social de las mujeres.⁴

Para los malayos, uno de los factores más poderosos que delimitan las posiciones relativas de los hombres y las mujeres en la sociedad es la interacción entre las *adat* (prácticas tradicionales) y el islam. Bajo el sistema de *adat*, en la sociedad *kampung* (aldea) tradicional unos y otras carecían de libertad para casarse cuando y con quien ellos eligieran; las mujeres no contaban con una opción distinta a la maternidad como meta final. Al mismo tiempo no estaban atadas a la casa ni dependían completamente de sus maridos para su supervivencia económica. En contraste, el renacimiento islámico invoca una jerarquía de género más rígida; mientras que las prácticas *adat* otorgaban a las mujeres cierto grado de autonomía, las interpretaciones renovadas del islam definen al hombre por el control que ejerce sobre su esposa y sus hijas y por su capacidad de mantener económicamente el hogar. Al requisito islámico de la castidad de la mujer y su énfasis en la modestia de su

Department of Statistics, 1993). El Acta de Igual Paga por Igual Trabajo (1969) cubre sólo el sector público.

⁴ En un artículo muy ilustrativo Lynn Freedman argumenta que el término "fundamentalista" es problemático y reductivo como categoría, sin embargo es útil para señalar ciertas semejanzas en las culturas y religiones. Entre otras características, según el análisis de Freedman, podemos mencionar: la visión de la propia comunidad siempre bajo amenaza y en constante peligro; la visión del mundo confrontativa y apocalíptica; la tendencia a reinventar la tradición, y sobre todo, a utilizar a las mujeres en el proyecto de retrazar el mapa de la tradición, particularmente por medio de la instrumentación de leyes que regulen su comportamiento reproductivo y sexual (Freedman, 1996: 56-58).

conducta y su vestir, se agrega el control que tienen los padres y esposos sobre la sexualidad femenina (Ong, 1994; Wazir-Jahan, 1992).

La respuesta del Estado al resurgimiento islámico ha sido de acoplamiento y contención: por un lado aprueba las construcciones morales oficiales del islam respecto a la mujer y esposa musulmana ideal (por ejemplo, adoptando programas gubernamentales de educación familiar); y por el otro, trata de frenar el resurgimiento islámico extremista al tiempo que alienta el liberalismo en el pensamiento islámico (Norani, 1994). Estas corrientes opuestas sobre el entendimiento del islam en las jerarquías más altas de las políticas del Estado crean un contexto confuso para el musulmán promedio de Malasia. Por ejemplo, a las jóvenes de secundaria se les alienta a ingresar en los campos de la ciencia y la tecnología, actualmente dominados por los varones, y se les enseña que tienen las mismas capacidades intelectuales que ellos; sin embargo los programas de televisión islámicos financiados por el gobierno promueven las imágenes de la madre sacrificada y esposa obediente. Entonces, ¿para qué están siendo preparadas las mujeres jóvenes? La modernización y el intento por reafirmar la autoridad masculina tradicional y la ascendencia étnica malaya coexisten difícilmente con la regulación del estatus de las mujeres (Ong, 1994).

Ciertamente, dentro del contexto multiétnico de Malasia la cultura y religión hindúes, la religión popular china y el cristianismo desempeñan un papel importante en la construcción de la estructura social y la forma de vida de sus respectivos adeptos. Recientemente cada uno de estos grupos religiosos ha experimentado el resurgimiento de su práctica religiosa; sin embargo, el renacimiento islámico ha logrado mayor alcance, incluso más allá de la comunidad malaya, mediante el influjo de las políticas y los programas gubernamentales y también por su peso en la vida diaria; por ejemplo, en las oraciones y sermones de los pastores musulmanes que se transmiten frecuentemente por radio y televisión o en actividades públicas. Presionado por el crecimiento del islamismo, el Estado ha adoptado políticas que reducen los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres al reforzar las ideas sobre la familia patriarcal. De este modo, la delegación malaya se alineó junto a otros grupos fundamentalistas encabezados por el Vaticano para opo-

nerse a las disposiciones del Programa de El Cairo y la Plataforma de Pekín, que reconocen los derechos reproductivos de las mujeres y su derecho a controlar su sexualidad (Ng y Chee, 1996). En este sentido la política gubernamental de población en favor de la natalidad (véase más adelante) plantea un discurso maternalista en que la feminidad limita los horizontes de las mujeres malasias.

En cuanto a la ley formal, en la Constitución Federal de Malasia se establece que “todas las personas son iguales ante la ley y tienen derecho a igual protección por parte de la ley”; sin embargo, en la cláusula donde se asienta que “no habrá discriminación en contra de los ciudadanos en el terreno de la religión, la raza, la descendencia o el lugar de nacimiento bajo ninguna ley” (Artículo 8), se omite la palabra “sexo”. Las mujeres y los hombres gozan de igualdad formal en cuanto a sus derechos civiles (votar, derechos de propiedad, contratos), pero en áreas del derecho familiar como el divorcio, la custodia de los hijos y la herencia, el legado del colonialismo y la influencia del islamismo todavía resultan en una discriminación de género abierta y en la diferente aplicación de la ley para los musulmanes y los no musulmanes. El Acta de Matrimonio y de Divorcio de Malasia, instaurada en 1982, suprime la práctica de la poligamia, expande los terrenos del divorcio tanto para los hombres como para las mujeres y asegura mayor protección para éstas y sus hijos en caso de divorcio; sin embargo tal disposición legal se aplica sólo a los no musulmanes. A las musulmanas las rige la ley *syariah* mediante la jurisdicción de estados individuales.⁵ Conforme a la ley *syariah* un hombre puede tener cuatro esposas, siempre y cuando demuestre que las puede mantener a todas por igual y obtenga permiso escrito de la corte religiosa (Merhun, 1988). Un esposo puede terminar y disolver el matrimonio al declararlo *talaq*, declaración que se hace frente a un testigo cualquiera. Nuevas leyes han intentado regular este derecho unilateral sobre el divorcio mediante la utilización de los recursos de conciliación, pero la decisión del esposo continúa siendo definitiva; sin embargo esta discriminación formal llega a ser contrarrestada por las prácticas culturales: las familias malayas tienen las tasas más al-

⁵ *Syariah* es la forma común empleada en Asia del sur para escribir *shari'a*, o la sagrada ley islámica.

tas de divorcio y segundas nupcias, y en ocasiones se le da más apoyo a las mujeres que desean el divorcio que en otras comunidades étnicas de Malasia (véase los datos más adelante).

El movimiento de mujeres

El resurgimiento de los valores patriarcales en Malasia, de los cuales el renacimiento islámico es tal vez más un síntoma que una causa, ha provocado variedad de respuestas de los grupos de mujeres organizadas. Las escritoras feministas malayas han criticado las recientes políticas estatales que tratan de legitimar las “formas arcaicas y patriarcales de subordinación y control de las mujeres” (Norani, 1994: 123; Chandra en Norani, 1994). Además de las críticas teóricas, las mujeres malayas han organizado diversas formas de activismo y protesta en contra de dichas políticas. Estos esfuerzos coordinados han sido en parte resultado de la modernización poscolonial y de los recientes cambios sociales y económicos en la vida de las mujeres, así como reacción en contra de las corrientes patriarcales y fundamentalistas. Como se expuso anteriormente, la expansión del mercado laboral con la NPE trajo avances importantes para las generaciones más jóvenes de mujeres. Para las de clase media, una mayor educación ha significado la oportunidad de entrar en contacto con nuevas ideas y movimientos, incluyendo el feminismo: “Las mujeres que eran estudiantes en los años setenta, tanto en el país como en el extranjero, y que tuvieron la influencia de corrientes feministas, se unieron a organizaciones de mujeres que ya existían o más a menudo iniciaban grupos autónomos de mujeres” (Ng y Chee, 1996: 6).

Los diversos grupos de mujeres surgidos en Malasia durante los sesenta, setenta y ochenta se crearon a partir de estos sucesos. El Consejo Nacional de Organizaciones de Mujeres (CNOM), formado en 1963, se ha enfocado principalmente a la labor de cabildeo y a impulsar las reformas legales a las leyes familiares civil y musulmana para terminar con la discriminación en contra de las mujeres. Como la mayoría de las ONG en Malasia, el gobierno controla y monitorea de cerca al CNOM, el cual intenta ser una organización no confrontacional pero reformista, trabaja valiéndose de institu-

ciones establecidas y respeta las jerarquías sociales. Para mediados de los años ochenta se formaron coaliciones más activas, como el Grupo de Acción Conjunta Contra la Violencia Hacia las Mujeres (GAC) y la Coalición Nacional de Mujeres —un conglomerado de organizaciones que comenzaron a reunirse en los noventa para darle perspectiva de género a los derechos humanos, a la posesión de la tierra, al trabajo y a otros temas, y para iniciar los movimientos necesarios para asistir a la CCMM en Pekín— (Dairiam, 1995; Ng y Chee, 1996).⁶

Asimismo, algunas mujeres más religiosas o tradicionales han encontrado una voz pública para expresar sus preocupaciones. Las amas de casa rurales han demandado al gobierno ciertas concesiones y la imposición de las obligaciones tradicionales masculinas relacionadas con la manutención de la familia. Son muchas las estudiantes universitarias de las zonas urbanas que se han unido al movimiento *dakwa* en contra de la cultura y el consumismo occidentales y voluntariamente han aceptado usar el *tudung* (una pañoleta que se pone en la cabeza) e incluso el *hijab* completo y el velo en la cara (Ong, 1994). En un sentido distinto, el grupo Hermanas en Islam surgió a fines de los ochenta para dar una voz alternativa a la ideología musulmana conservadora prevaleciente. Originalmente preocupadas por el trato discriminatorio a las mujeres bajo la ley *siryah* relativa al divorcio, la manutención y la violencia doméstica, el grupo de las Hermanas en Islam se ha convertido recientemente en parte de un movimiento internacional de musulmanas que promueven la interpretación del Corán desde la perspectiva de las mujeres (Rashidah, 1996).

Más que cualquier otro tema, el objetivo de combatir las diferentes formas de violencia en contra de las mujeres ha encauzado la energía de las organizaciones de mujeres en Malasia, las cuales han seguido la guía de grupos de la India y Filipinas. Comenzando con

⁶ En el momento en que se escribía esta investigación ningún grupo de mujeres malayas se identificaba explícitamente como “feminista”; tampoco ninguna organización trató abiertamente temas relacionados con el lesbianismo o con alguna orientación sexual. El uso del término “feminista” se refiere a grupos como el GAC y la Coalición Nacional de Mujeres y se basa en el interés que dichos grupos ponen en el proceso de toma de decisiones colectivas, una estructura no jerárquica, y el análisis de opresión de género con carácter sistemático dentro de la familia y la sociedad.

el establecimiento de un refugio para mujeres golpeadas en 1982, la Organización de Ayuda a las Mujeres (OAM) brindó una visión feminista y de liderazgo a este movimiento. Mediante foros públicos, campañas en los medios informativos y demostraciones masivas, la OAM y otras organizaciones junto con el GAC lograron crear un movimiento real con diversidad étnica y aumentar la conciencia pública sobre los temas de violación y violencia doméstica en contra de las mujeres y las niñas. Estos esfuerzos resultaron en importantes reformas legales y judiciales, que se vieron reflejadas en enmiendas a las leyes de violación y en una nueva ley sobre violencia doméstica que amplía el rango de alcance de las sanciones criminales al abuso marital y pone a la violencia doméstica fuera de las cortes islámicas situándola dentro de la jurisdicción civil (Dairiam, 1995; Ng y Chee, 1996; Rashidah, Raj-Hasim y Schmitt, 1995).

En Malasia como en muchos países, las acciones tendientes a combatir la violencia en contra de las mujeres reflejan una visión más amplia del derecho de éstas a controlar sus cuerpos respecto a campos más positivos, entre los que se incluyen la fertilidad y la sexualidad. Las malayas participaron en la reunión internacional de activistas que se realizó en Amsterdam en 1984, donde el término “derechos reproductivos” fue adoptado oficialmente (véase el capítulo I). En el contexto nacional, algunos de los grupos de mujeres que formaron el GAC intentaron a mediados de los años ochenta, iniciar debates públicos sobre la Nueva Política de Población (véase más adelante) y atraer la atención hacia las necesidades de las mujeres de todas las clases y grupos étnicos, para promover mayor acceso a métodos anticonceptivos efectivos y seguros y a servicios de educación sexual. Pero estos esfuerzos no tuvieron resultados prácticos positivos, y no ha surgido en Malasia hasta el momento una organización gubernamental cuya labor se enfoque básicamente en las cuestiones de salud ni en los derechos reproductivos de las mujeres (Rashidah, 1993). Esto se hizo más evidente cuando los grupos de mujeres se enfrentaron con las políticas gubernamentales de población en favor de la natalidad y con el discurso oficial de la naturaleza maternal de las mujeres.

Políticas de población y de salud

Al igual que otras sociedades que se industrializaron con rapidez, Malasia experimentó durante los años sesenta y setenta una disminución en la tasa de fecundidad, lo que ayudó a reducir su índice de crecimiento poblacional. Esta disminución no sólo es atribuible al aumento en el nivel educativo de las mujeres, a su participación en la fuerza laboral, a que se casaron a mayor edad, a la urbanización y a la mejora de los estándares de vida; sino también en parte a la deliberada política gubernamental de promocionar la planificación familiar y los servicios de salud y bienestar como parte integral del desarrollo nacional (Leete, 1996). Sin embargo en 1984 el gobierno malayo introdujo su Nueva Política de Población con el objetivo de favorecer la natalidad: lograr la meta de 70 millones de habitantes para el año 2100 y crear “una gran base de consumidores con un poder de compra cada vez mayor para generar y apoyar el crecimiento industrial” (Government of Malaysia, 1985). Sus estrategias para contrarrestar la disminución de la fecundidad incluyen alentar a más mujeres a que se casen y tengan hijos, promover el matrimonio y la estabilidad familiar, ofrecer incentivos para la maternidad por medio de permisos por maternidad y reducción de impuestos.

En realidad esta política natalista parece haber tenido muy poco éxito, ya que las tasas de fecundidad en los tres principales grupos étnicos, incluyendo los malayos, siguen en descenso. Según la Encuesta de Población y Familia realizada por el gobierno en 1990, la tasa de fertilidad de los malayos fue de 4.1 (inferior a la de 5.1 en 1970), la hindú fue de 2.6 (por debajo del 4.8), y la de los chinos de 2.3 (por debajo del 4.6). Es probable que el rápido crecimiento de las tasas y una lenta reducción de las mismas entre las mujeres del grupo malayo recibieran la influencia del resurgimiento islámico en los años setenta y siguieran la tendencia de los malayos a utilizar métodos anticonceptivos tradicionales en lugar de los modernos, como era previsto por la nueva política (Leete, 1996; Leete y Tan, 1993). Además, la diferencia étnica pudo haber estado inducida en el corto plazo por el desempeño de los prestadores de servicios de planificación familiar que procuraban evitar ofender la sensibilidad religiosa local en las áreas rurales predominante-

mente malayas. Aunque el uso de anticonceptivos varía entre los tres grupos étnicos (es más alto entre los chinos y más bajo entre los malayos), ha aumentado en términos generales al tiempo que la fecundidad ha disminuido. Aparentemente, entonces, las políticas de desarrollo han invalidado las políticas de población al influir en las decisiones de planificación familiar entre los distintos grupos malayos (Rashidah, 1993; Tey, 1993).

Sin embargo, la política natalista aún logra influir ideológica y psicológicamente, lo que refuerza la idea de que el papel primario de las mujeres es quedarse en casa y criar a *las hijas*, agravando así los sentimientos de conflicto, culpa y confusión entre la cada vez más creciente mayoría de las que toman un camino diferente. Además, aparentemente esta política ha afectado su acceso a la práctica del aborto en condiciones legales; en Malasia éste es legal cuando lo realiza un profesional de la medicina debidamente registrado, quien puede juzgar si “la continuación del embarazo pone en peligro la vida de la madre, o si el daño a la salud mental o física de ésta es mayor al que puede tener si se permite la continuación del embarazo” (Johan, 1993: 28). A pesar de este lenguaje tan restringido, en el periodo anterior a la Nueva Política de Población los hospitales de gobierno y las clínicas de planeación familiar, así como los médicos practicantes en instituciones privadas llevaban a cabo abortos “en forma un poco liberal desde mediados de los años setenta” (Rashidah, 1993). No obstante, después de la instauración de la nueva política pronatalista los centros de salud públicos, que principalmente brindan el servicio a personas de bajos ingresos, se volvieron mucho más restrictivos al aplicar las leyes de aborto (Rashidah, 1993).

En relación con otros aspectos de la salud reproductiva el sistema de salubridad de Malasia ha desempeñado un papel positivo. Por medio de su programa de Salud Materna e Infantil (SMI), el gobierno ha adoptado estrategias específicas para reducir la mortalidad materna. Una extensa red de centros de salud, clínicas de SMI y equipos móviles ofrecen a la mayor parte de la población rural amplia variedad de programas de salud pública: salud familiar, obstetricia para asistir partos en casa, consultas a domicilio, servicios de SMI, y servicios de planeación familiar. En las ciudades, los servicios de salud se proporcionan mediante hospitales y

policlínicas de distrito y generales del gobierno, pero cada vez más frecuentemente están siendo privatizados los servicios de salud, con la construcción de muchas nuevas clínicas y hospitales que atienden principalmente a aquellas personas que pueden solventar los gastos. El sector agrícola de plantación es de propiedad privada y no está incluido en el ámbito de los servicios de salud gubernamental, aunque sus trabajadores pueden recibir el servicio siempre que tengan forma de viajar a las clínicas (Kanidah, 1993).

En combinación con el desarrollo general y los altos niveles de vida —y, hasta el momento, a pesar de la tendencia hacia la privatización— la expansión de la infraestructura de salubridad, especialmente en las áreas rurales, ha significado una mejora considerable en la salud reproductiva de las mujeres de Malasia y sus hijos. De este modo las tasas de mortalidad materna e infantil han disminuido rápidamente desde los años sesenta; según las cifras oficiales, la tasa de mortalidad infantil disminuyó de 30 muertos por cada 1 000 nacidos vivos en 1960, a 11.6 en 1992; y la proporción de mortalidad materna cayó de 240 por cada 100 000 nacidos vivos a 20 durante el mismo periodo (Malaysia Ministry of Health, 1992).⁷

En cuanto al sida, la incidencia de contagio femenino en Malasia todavía es relativamente baja comparada con la de los varones: en octubre de 1996 se sabía de 788 mujeres infectadas con el VIH y de 37 que tenían sida, mientras 17 373 hombres eran VIH positivos y 585 tenían sida. Para reducir la transmisión del VIH, el Ministerio de Salud ha lanzado una activa campaña con el Programa de Estilo de Vida Saludable, que se vale de los medios de comunicación masiva, de exhibiciones y pláticas públicas, y de la distribución de material informativo. En colaboración con el Consejo Malayo para el sida, varias ONG están realizando actividades de prevención, dando consultoría y proporcionando servicio social a drogadictos y prostitutas, así como educación al público. Recientemente el gobierno levantó una prohibición que impedía el anuncio de condones en los medios de comunicación masiva y comenzó a alentar una mayor educación sexual entre los adolescentes. En consulta

⁷ Estas cifras del gobierno malayo difieren de los estimados de las agencias de las Naciones Unidas: para mortalidad infantil, de 13 por cada 1 000 nacimientos vivos en 1993 (OMS-UNICEF). Véase tabla IX.1.

con las enfermos de VIH-sida, con las ONG y algunos grupos religiosos, así como con trabajadoras sexuales, también introdujo la Carta Malaya de sida que establece los derechos y responsabilidades individuales y de grupo relacionados con el VIH-sida (Norazah Zulkifli *et al.*, 1996).

Estos desarrollos positivos sugieren mantenerse cautelosos, con cierto grado de optimismo, en la interpretación de la situación contradictoria en que se encuentran las mujeres de Malasia. Por un lado la ideología patriarcal dominante aún percibe la actividad reproductiva de las mujeres como su ocupación principal, y al trabajo remunerado como algo secundario a la maternidad y al empleo del marido; por otro lado, las políticas de desarrollo y sus efectos materiales han alentado a un creciente número de mujeres para que se conviertan en miembros permanentes de la fuerza de trabajo, decidan casarse a edades más tardías, disminuyan su fertilidad, y eleven sus expectativas de contribuir como miembros plenos de la sociedad más allá de la esfera doméstica. La investigación del IRRRAG en Malasia (que se presenta más adelante) confirma que para las mujeres jóvenes — beneficiarias principales del desarrollo económico y de la igualdad de género en la educación— el creciente deseo de tomar decisiones por ellas mismas sobre el matrimonio y la maternidad puede ser irreversible, no obstante la adhesión dominante de la sociedad a los códigos patriarcales y la adecuación del Estado al resurgimiento religioso y fundamentalista.

PERFIL DE LA INVESTIGACIÓN EN MALASIA: MÉTODOS, LUGARES Y ENTREVISTADAS

El equipo malasio de IRRRAG decidió conducir el estudio de campo principalmente mediante el uso de historias de vida, las cuales nos permitieron explorar la secuencia de eventos y las dinámicas de la vida de las mujeres desde la pubertad hasta el presente. Basándonos en un diseño de investigación que trazó el mapa de los diferentes componentes de la salud y los derechos reproductivos y los factores que influyeron en ellos, identificamos una lista de temas clave y diseñamos pautas para las preguntas que plantearíamos en

entrevistas con un formato semiestructurado más amplio. Los temas incluían la educación, el trabajo, la sexualidad antes del matrimonio, el matrimonio, el divorcio, la poligamia, la violencia doméstica, la maternidad y la regulación de la fecundidad, junto con los métodos anticonceptivos y el aborto. Los investigadores probaron y reestructuraron las preguntas antes de realizar las entrevistas; también recopilaron información sobre los datos demográficos locales, la infraestructura y los servicios, y reunieron noticias básicas de los antecedentes socioeconómicos de las entrevistadas. Esta investigación nos ayudó a identificar a los sujetos principales dentro de las comunidades, así como las variables económicas y sociales que podrían haber influido en los valores y las opciones sexuales y reproductivas de las entrevistadas.

Para este estudio seleccionamos cinco lugares con ingresos económicos bajos, todos en Malasia Peninsular: dos aldeas rurales (Sekmai habitada por chinos y Kampung Pulau habitada por malayos); una plantación rural (en el estado Sungei Linggi, habitada por hindúes); y dos comunidades urbanas (KL Flats, habitada por chinos y Kampung Liri habitada por malayos). La selección de los sitios se basó en investigaciones previas o en los contactos personales de alguno de los miembros o asociados del equipo de investigación con el lugar.⁸ Ciertos personajes clave de la comunidad nos presentaron a las entrevistadas elegidas por este medio, con excepción de aquellas de la plantación, que escogimos a partir de una encuesta que realizamos en los hogares. En total seleccionamos a 81 mujeres para entrevistas de historia de vida reproductiva, incluyendo a solteras, casadas y a aquellas que se habían casado con anterioridad, todas dentro de un rango de edad comprendido entre

⁸ El equipo estaba formado por ocho integrantes con conocimientos y experiencias de trabajo diferentes que reflejaban a todos los grupos étnicos principales del país. Cinco eran profesoras universitarias en los campos de salud pública, antropología médica, educación, comunicaciones y ciencias políticas; las otras tres trabajan con una ONG regional, el Centro de Recursos e Investigación para la Mujer Asiático-Pacífico (CRIMAP), que tiene amplios conocimientos en investigación y evaluación sobre planificación familiar, salud materna e infantil, desarrollo y defensa de los derechos de las mujeres. La mayoría de las integrantes del equipo han participado en ONG malayas trabajando sobre temas relacionados con las mujeres, en particular alrededor de la salud y la violencia doméstica.

los 14 y 58 años. Nos entrevistamos con cada mujer de dos a cinco veces, dependiendo de su disponibilidad, en su idioma natal (que fue transcrito después al inglés), para dejar más clara la interpretación que ellas hacen de su propia historia reproductiva. Todas fueron entrevistadas en la privacidad de su hogar, sin la presencia de sus esposos, con la excepción de algunas de las informantes hindúes, con quienes preferimos la clínica del Estado (véase más adelante) para asegurarles la privacidad de la que no disfrutaban en sus concurridas casas.⁹

*KL Flats.*¹⁰ Sus casas habitación son de interés social y de bajo costo; están ubicadas en la ciudad capital Kuala Lumpur, cuya población rebasa el millón de habitantes. En esta comunidad el ingreso familiar promedio es de aproximadamente 500 RM (600 dólares de EU), una cantidad apenas suficiente para solventar los costos de la vida diaria y la educación de los niños. Las mujeres que viven allí son chinas urbanas, y los esposos de las entrevistadas son trabajadores semicalificados, mientras que ellas constituyen una mezcla de amas de casa y mujeres que trabajan fuera del hogar, por ejemplo como meseras o vendedoras.

Sekmai, el otro sitio chino, es una nueva comunidad rural;¹¹ se localiza a unos 25 km de Ipoh, ciudad costera al noroeste de la península de Malasia. Se compone de aproximadamente 180 casas con alrededor de 800 personas, casi todas de origen chino, de las cuales entrevistamos a 12 mujeres casadas y cuatro solteras. Excepto por unas cuantas cónyuges que llegaron de fuera, hay muy pocas inmigrantes. Los habitantes trabajan en fábricas, manejan maquinaria pesada y camiones; son agricultores, granjeros que cultivan vegetales y tapioca, trabajadores del caucho, pequeños comer-

⁹ En el caso de las encuestadas hindúes, quienes trabajaban para el Estado en las plantaciones de aceite de palma, el gerente estatal les dio días libres pagados para facilitar su participación en la investigación.

¹⁰ Tanto a los cinco sitios como a las mujeres entrevistadas les pusimos nombres ficticios para proteger la confidencialidad.

¹¹ Durante la emergencia de 1948-1960, cuando el Partido Comunista de Malasia peleó contra el gobierno colonial británico, la población rural china en todo el país estaba desarraigada y fue reubicada. Sekmai es el centro de uno de esos planes de reasentamiento. Los pobladores rurales chinos en toda el área fueron reagrupados alrededor del pueblo de Sekmai y formaron la Nueva Aldea de Sekmai.

ciantes y vendedores ambulantes. Su rango de ingresos es muy amplio, pero el de la mayoría de los hogares es en promedio de 1 000 RM (400 dólares) a 2 000 RM (800 dólares) incluyendo el ingreso de los padres del esposo.

A diferencia de KL Flats, donde l@s residentes tienen acceso a las clínicas de salud públicas y a las clínicas y hospitales privados en la capital, el único servicio de salud disponible en Sekmai es la clínica móvil del gobierno, que realiza visitas una vez al mes. Muchos residentes utilizan este servicio para atender enfermedades comunes y para vacunar a l@s niñ@s. Varias clínicas privadas están disponibles a una distancia que varía entre tres y seis kilómetros, mientras que los hospitales públicos se ubican en el rango de 10 a 25 km de distancia. Para los cuidados prenatales y consultas sobre planeación familiar, las residentes de Sekmai utilizan las clínicas privadas o las clínicas de maternidad u hospitales del gobierno.

Kampung Liri (malayos urbanos) es un complejo de seis series de edificios en las afueras de Kuala Lumpur, donde nos entrevistamos con ocho mujeres casadas y tres solteras. Su población total es de 2 280 habitantes, la mayoría de ellos malayos que residen en edificios de cinco pisos sin elevador. Gran parte de los adultos residentes de Kampung Liri trabajan en el área industrial cercana, donde se localizan las compañías multinacionales y las fábricas procesadoras de alimentos. Entre sus esposas hay quienes trabajan medio tiempo en las fábricas o haciendo la limpieza en algún hotel cercano. Los residentes de Kampung Liri perciben ingresos bajos y medios, aunque hay algunos que ganan arriba de los 1 000 RM (400 dólares) al mes. Los residentes tienen acceso a tres clínicas públicas cercanas al área, así como a otras privadas que se encuentran en el poblado próximo, y al hospital de la universidad, para problemas más serios.

Kampung Pulau, una aldea de pescadores (malayos rurales), se localiza más o menos a tres kilómetros de Kota Bharu, la capital del estado de Kelantan.¹² Cuenta con una población aproximada

¹² Kelantan es el único estado de oposición en Malasia, y su partido de oposición gobernante —al cual pertenece el cacique de Kampung Pulau— mantiene una relación difícil con el gobierno federal. En parte como resultado de esta situación política, la tasa de crecimiento económico del área es la más baja del país.

de 500 personas, con un promedio de siete hijos por familia y un total de casi 70 hogares, donde nos entrevistamos con 16 mujeres (10 casadas, dos divorciadas y cuatro solteras). Hasta hace poco la pesca era su ocupación principal; sin embargo, en años recientes el número de pescador@s ha disminuido rápidamente debido a que l@s jóvenes han dejado la aldea para desempeñar trabajos mejor remunerados en las ciudades, especialmente en Kuala Lumpur y Singapur. Algunas jóvenes trabajan en fábricas de ropa o de cerámica en un área industrial que se encuentra a 13 kilómetros de distancia (30 minutos en camión). Muchos residentes de Kampung Pulau trabajan en la industria artesanal, especialmente en la impresión y pintado de batik. Ésta es una forma especialmente común de generar ingresos para las amas de casa de las aldeas, a quienes les son proporcionados los materiales por los dueños que viven cerca de la aldea. Todas las entrevistadas son pacientes de las clínicas de SMI situadas a unos dos kilómetros de la aldea. Entre las personas con liderazgo reconocido dentro de la comunidad y que tienen notable influencia en las decisiones de salud y reproducción de las mujeres destaca la *bidan kampung* (la partera tradicional). Sus servicios todavía son muy solicitados, a pesar de la presencia de los obstetras oficiales en las clínicas de SMI.

Estado de Sungei Linggi (hindúes rurales), una plantación dedicada a la extracción de aceite de palmera propiedad de un grupo de compañías malayas; se localiza en el estado de Selangor, a 85 kilómetros de Kuala Lumpur. Entrevistamos a 12 mujeres —seis casadas, dos solteras, dos separadas y dos viudas—. La plantación tiene una población residente de 1 562 personas, principalmente originarias del sur de India; mantienen el sistema de castas, especialmente tratándose del matrimonio, las oportunidades de trabajo y la vida social. La principal actividad económica en la que participan nuestras 12 entrevistadas es la plantación y procesamiento del aceite de palma. En esta comunidad sólo hay una instalación clínica que está subutilizada, y únicamente proporciona consulta externa, ya que cuenta con tan sólo un asistente residente del hospital, una enfermera, y los poco frecuentes servicios de un oficial médico visitante.¹³

¹³ El personal médico de visita (PMV) por lo general asiste al lugar una vez a la semana durante media hora en la mañana, cuando las trabajadoras se encuentran

Los servicios preventivos como la inmunización, el cuidado prenatal, la planificación familiar y la educación sanitaria están disponibles en la clínica de salud pública que se encuentra a un kilómetro de distancia. Si algún trabajador requiere hospitalización, se le transporta al hospital de gobierno más cercano, a unos 40 kilómetros de distancia.

Aunque a los cinco sitios que mencionamos se les considera de bajos recursos, los niveles de ingresos varían considerablemente dentro y entre estas comunidades. Es consistente con la imagen nacional (véase descripción previa) que las dos comunidades chinas de nuestro estudio tengan rangos de ingresos más altos que los de las comunidades malayas o hindúes; sin embargo son menores que los de otras comunidades chinas en Malasia. De igual forma, los grupos urbanos de este estudio tienen ingresos más altos que los grupos rurales, pero se les considera de bajos recursos frente al resto de la población urbana.

La migración interna y los fuertes lazos entre las áreas rurales y urbanas tienen un papel preponderante en la formación de la vida de quienes residen en la mayoría de las comunidades. Los jóvenes de Kampung Pulau migran a las ciudades en busca de trabajo, mientras sus esposas e hijos permanecen en la aldea. Muchas jóvenes solteras de Sekmai, al igual que los hombres, encuentran trabajo en cualquier lugar; los esposos de la mayoría de las casadas tienen trabajos fuera de la aldea y visitan a sus familias únicamente los fines de semana e incluso con menor frecuencia. Las entrevistadas en Kuala Lumpur, tanto las de las afueras de Kampung Liri como las que viven en el centro de la ciudad (KL Flats), tienen nexos con las áreas rurales fuera de Kuala Lumpur. Las malayas urbanas mantienen lazos especialmente fuertes con sus familias que siguen en las aldeas, a quienes visitan durante los periodos vacacionales; regresan a la casa de los padres para el momento del alumbramiento, y cuando vuelven a la ciudad mandan a sus hij@s de regreso a la aldea para que los cuiden. Ellas

fuera, en el campo. Todos los PMV y otros profesionales que practican en el pueblo más cercano son hombres, lo cual ocasiona ciertos problemas de comunicación a las mujeres que viven en las plantaciones, pues sienten vergüenza al hablar a los médicos sobre sus necesidades de salud reproductiva.

mismas migraron hace poco a la ciudad: se mudaron después de concluir sus estudios con la finalidad de encontrar trabajo o para seguir a sus maridos. Fue en parte debido a este modelo migratorio que casi todas las entrevistadas estaban viviendo en hogares nucleares; sólo las mujeres chinas de áreas rurales compartían la casa de su familia política.

Las mujeres malayas hablan. Historias desde el campo

Educación y empleo: “Si estás trabajando, no tienes miedo...”

Entre las diferencias generacionales que caracterizan a las mujeres entrevistadas para este estudio, de todos los sitios y grupos étnicos, ninguna es más sorprendente que el nivel de educación. Desde los años setenta, el concepto de educación universal promovido por las políticas de modernización del gobierno se ha filtrado en todos los estratos de la sociedad malasia. Aunque nuestras encuestas no pronuncien la palabra “derecho”, sus actitudes reflejan su fuerte convicción de que la educación es un medio de adquirir poder. La mayoría de las de más edad (entre 50 y 60 años), en especial de las áreas rurales, no recibieron educación o cursaron sólo algunos años de estudios de primaria, pues tuvieron que dejar la escuela por cuidar a sus hermanos menores o la abandonaron debido a la pobreza. Estas mujeres han aceptado su situación; sólo una (Hoi Chiew, china rural de 59 años de edad) expresó su resentimiento al respecto, mientras que las otras aceptaron las expectativas familiares de ayudar a sus padres con las labores de la casa. Sin embargo, cuando se trataba de sus hijas, estas mismas mujeres reconocían firmemente la importancia de que concluyeran su educación.

En contraste con las mujeres de más edad, para la generación joven la educación es parte integral del crecimiento. En los sitios chinos y malayos la mayoría de las mujeres de los grupos de menor edad ha estudiado por lo menos entre nueve y 11 años; de hecho, dos habían alcanzado la educación preparatoria.¹⁴ Este modelo

¹⁴ Este modelo cambió de alguna forma entre las entrevistadas hindúes, de las cuales la mayoría tenía entre cinco y nueve años de educación, y una (con más de 40

es consistente con los datos del Censo Nacional de Población de 1991, que indican que de las mujeres que se encuentran entre 20 y 24 años de edad, 6.3% no ha asistido a la escuela, comparado con 35.5% de la población femenina entre 45 y 49 años. Sin embargo, también observamos una tendencia más inquietante entre las jóvenes, las cuales suelen abandonar los estudios después de terminar el mínimo de años requeridos legalmente para trabajar o casarse, debido a sus malas calificaciones o a la presión de sus iguales, aun cuando a los padres les gustaría que continuaran con sus estudios. Ésta puede ser una respuesta al doble mensaje que las jóvenes están recibiendo de los medios de comunicación masiva y la influencia religiosa en Malasia: tengan una educación, *pero sobre todo cásense y tengan hijos*. Sin embargo, el compromiso de abandonar los estudios también puede evocar sentimientos posteriores de arrepentimiento: Siti, una mujer rural malaya de 25 años de edad, observó: "Si hubiera continuado con mi educación, no estaría en esta situación [...] con dos hijos y sin trabajo." Este pesar en sí mismo es signo de un cambio generacional importante en los sentimientos de apropiación de las mujeres hacia una mayor dignidad y valoración social.

La mayoría de las entrevistadas (48 de 71 o 68%) trabaja por un ingreso, ya sea medio tiempo o tiempo completo en la economía formal o en la informal. Sus ocupaciones más frecuentes son de obreras y trabajadoras agrícolas; costureras, trabajadoras de batik, vendedoras callejeras, encargadas de mostradores, maestras, asistentes administrativas, oficinistas, y niñeras. En Sekmai, dos mujeres cuya edad se acerca a los 50 años se han retirado del trabajo pero pasan el tiempo atendiendo la casa y a sus nietos. Cuatro son amas de casa de tiempo completo, mientras que el resto, aunque se considera ama de casa de tiempo completo, trabaja fuera o genera ingresos realizando labores desde su hogar. Lai Yin, por ejemplo, hace trabajos de costura para una fábrica de ropa e integra esta labor a su trabajo doméstico, supervisando la educación de sus hijos y cuidando al bebé. Pek Siew cultiva tapioca, cría pescado y cultiva vegetales, todo para la venta. Del mismo modo, en Kampung

años) carecía de ella. Sin embargo, dos de las mujeres hindúes habían recibido educación superior a la secundaria y trabajaban como maestras.

Pulau la mayoría de las casadas desempeña trabajos de medio tiempo y así obtienen un ingreso adicional para sus familias, normalmente pintando batik en casa o haciendo pasteles para venderlos en los puestos del mercado cercano.

Existe un modelo similar en ambos sitios urbanos. En Kampung Liri sólo una estudiante y dos mujeres mayores (las que tienen menor educación) de entre nuestras entrevistadas, no tienen trabajo. Todas las demás hacen labores en sus casas (vendiendo textiles y todo tipo de mercancía) o prestan sus servicios fuera de sus hogares. En KL Flats vive el mayor número de participantes que afirman ser amas de casa de tiempo completo, pero aquí también un mayor número estaba trabajando para ganar un salario. Para las entrevistadas de las áreas rurales hindúes, más que para cualquier otro grupo, el trabajo asalariado es una parte intrínseca de la vida tanto como lo es para sus esposos. La mayoría de estas mujeres reciben salarios diarios, y trabajan como recolectoras de frutas o en faenas agrícolas; de las siete mujeres que trabajaban en el campo, tres también fungían en las tardes como operadoras en fábricas cercanas. Dos contaban con mucho mayor educación que las otras y eran maestras. Pero todas las hindúes trabajaban tiempo completo fuera de casa.

La totalidad de las mujeres casadas de nuestro estudio había ejercido alguna actividad remunerada antes de casarse, pero incluso las que dejaron de trabajar o quienes ejercían alguna actividad remunerada de medio tiempo, dejaron sus trabajos cuando nacieron sus hijos. Una de las principales razones que orilla a las malayas a abandonar su empleo es la falta de guarderías adecuadas. Aunque las madres y las suegras siguen siendo un apoyo importante, con la migración y la pérdida de familiares cercanos, tanto a las mujeres rurales como a las urbanas les resulta más difícil hacerle frente a esta situación. En Sekmai, donde la práctica diaria del patriarcado es la norma, las mujeres reciben apoyo durante la maternidad de sus suegras y de sus madres. En la localidad de aceite de palma, las hindúes pueden seguir trabajando porque la administración —con enfoque competitivo y de productividad— proporciona servicio de guardería (aunque de pobre calidad). Sin embargo, en otras comunidades el trabajo que se realiza dentro del hogar, como en el caso de Lai Yin, es la solución para la falta de guarderías.

De este modo, el trabajo es muy importante en la vida de las entrevistadas, y lo determinan diversas variables: bajos ingresos del esposo, la aspiración de alcanzar un nivel de vida más alto, acceso femenino a trabajos u oportunidades de obtener ganancias en el sector informal, disponibilidad (o no) de guarderías, y su propio deseo de independencia financiera. Pero sobre todo la idea de tener un mejor estándar de vida y asegurar el bienestar familiar parece haber rebasado las ideas tradicionales sobre la mujer casada y dependiente, y sobre el varón como único sustento familiar. Sarala, una viuda hindú de 31 años de edad, que trabaja en el cultivo y cosecha para el Estado, bien podría hablar por otras cuando dice: "Si lo que él gana es suficiente, entonces puedo sentarme en la casa y cuidarla. Pero si lo que gana no es suficiente entonces es mejor para mí que yo también gane dinero. Sólo entonces podemos criar a la familia; podemos comprar una tierra y vivir felizmente."

Para las entrevistadas de bajos ingresos, generalmente no se encasilla la idea del trabajo como el camino para desarrollar una carrera individual, sino que más bien se construye a partir de un complejo sentido de identidad que por una parte es responsabilidad familiar, por otra parte realismo, y por otra más valoración propia. Esta compleja noción suelen expresarla tanto las mujeres más jóvenes como las más adultas —por ejemplo Aini, de 18 años y Wan Ros de 19, de Kampung Pulau, evocan la posición tradicional del varón como principal sustento familiar, pero al mismo tiempo asumen que también trabajarán para asegurar la estabilidad financiera antes del matrimonio y para apoyar a sus familias después de casarse. Asocian el trabajo con la capacidad de ser económicamente independientes de sus padres y esposos, lo que les proporciona una red de seguridad en contra de las relaciones potencialmente abusivas o infelices—. Sai Leng (china rural) de 16 años de edad expone: "Es mejor trabajar después del matrimonio. Si te quedas en la casa tu marido puede tiranizarte. Si estás trabajando no tienes miedo, porque te estás manteniendo tú misma. Incluso si vives con la familia de tu marido, puedes solventar el cambiarte de casa cuando tú quieras. A menos que los salarios sean muy bajos..., en cuyo caso, no trabajaría."

Una fórmula para resolver la tensión entre la realidad económica y la ideología patriarcal dominante sobre el trabajo de las

mujeres es definiendo las ganancias de las mujeres casadas como “suplementarias”, “extraordinarias”, o como beneficios para el marido. De este modo Zai (urbana malaya de treinta y cinco años de edad), haciendo eco de la forma de pensar de nuestras entrevistadas, habla de su derecho a trabajar, pero lo califica como completamente suplementario al ingreso de su esposo, pues así la familia puede vivir con mayor comodidad en la ciudad. El discurso del salario suplementario o auxiliar sirve, por un lado, como mecanismo de condescendencia para cerrar la brecha que existe entre el deseo de recursos económicos y la autonomía, y por el otro, para evadir el riesgo del estigma social o del conflicto marital.

También utilizan otros medios para atenuar esta tensión: mediante el trabajo que realizan desde su casa, o practicando su actividad en secreto; así consiguen ganancias y evitan disputas y críticas de sus esposos, sus suegros o de la comunidad. Debido a las dificultades económicas, la mayoría de los maridos no tratan de evitar que sus esposas trabajen por un sueldo, especialmente porque éstas combinan el trabajo asalariado con las tareas de la casa y el cuidado de los niños. Hay algunas mujeres que todavía tienen que enfrentar a los maridos. Che Ton, una malaya rural, se sintió obligada a dejar el trabajo no sólo por sus hijos, sino también porque el marido se lo exigió; sin embargo, ella sigue buscando oportunidades para hacer pequeños negocios sin que él se entere; así, es abiertamente condescendiente con las exigencias del marido mientras gana dinero para ella a escondidas. Del mismo modo Lia, malaya urbana de 31 años de edad, a pesar de que cuenta con 11 años de educación, dejó de trabajar porque su esposo la celaba constantemente y le prohibió salir sin permiso. Ahora vende telas en su casa a través de sus amigas.

Para mantener la paz en el hogar o para concederle lugar a las normas culturales, estas mujeres adaptan sus condiciones de trabajo a las demandas del cónyuge o de los padres; pero renuncian a la posibilidad de autodeterminación económica. Un caso muy diferente —un tipo de resistencia invertida— es el de Pek Siew, china rural de 45 años de edad, quien acostumbraba trabajar fuera de casa, pero dejó de hacerlo como represalia cuando descubrió que su marido la estaba engañando: “Si trabajas él te da menos dinero, así que decidí no trabajar. Trabajas hasta la muerte. Así que yo no

trabajo [...] Incluso si tengo dinero, le diré que no tengo suficiente para gastar. Si puedo obtener más dinero de él, lo haré.” Aunque es probable que ganara algo de influencia financiera en el hogar, el comportamiento de resistencia de Pek Siew desafortunadamente no logró detener las aventuras amorosas de su marido.

Las mujeres solteras también se enfrentan al escrutinio de sus padres o vecinos sobre la “respetabilidad” de sus elecciones de trabajo. Aini dejó su empleo un mes después de iniciar sus labores en un establecimiento de comida rápida que se encuentra en una de las salidas de la ciudad, debido a las presiones familiares y de la comunidad. Terminó trabajando en una fábrica de ropa donde también prestan sus servicios su hermana mayor y otras mujeres de la aldea y donde la labor de las mujeres es más aceptable para la comunidad. La historia de Aini, al igual que las de Che Ton y Lia, sugieren que existe la determinación entre las malayas —en diversos grupos étnicos y entre las mujeres de diferentes edades— de mantener la identidad laboral y la independencia económica separadas de la del marido o de algún pariente, incluso si se debe realizar mediante la negociación o el subterfugio. Para algunas mujeres el reclamar un sentido del ser e identidad social puede suplantar la recompensa financiera, así que salir de casa para trabajar, aun por unos ingresos bajos, se vuelve preferible a la rutina diaria de un ama de casa de tiempo completo. Tit Meg, una vendedora de vegetales de 42 años de edad, concuerda con esta actitud: “Es demasiado aburrido quedarse en la casa sin hacer nada. ¿Con quién hablaría? Si sales a trabajar los días se pasan muy rápido. De otro modo, ¿qué haría en la casa? Después de trabajar, llego a cenar; luego ya se hizo tarde y el otro día llega pronto; los días pasan rápidamente.”

Gran cantidad de malayas comparte estas aspiraciones de identidad social y de independencia económica fuera de la esfera de lo doméstico, adquiridas a través de la educación y el trabajo, al grado de que también pueden proporcionar una base sólida para restaurar o instaurar su sentido de derecho respecto a la toma de decisiones sexuales y reproductivas.

Matrimonio y divorcio: “es mejor no ver con un ojo”

En todos estos sitios y grupos étnicos que estudiamos el matrimonio representa una norma deseable, una fase natural en la vida de una persona y una protección contra la soledad. Además está unido al deseo de tener hij@s, a quienes se valora no sólo como un seguro para la vejez y porque extienden el linaje familiar, sino también como una fuente de disfrute (véase la sección Maternidad y regulación de la fecundidad: “Yo soy la que decide” más adelante). Entre las encuestadas hindúes, el matrimonio también le da valor moral a las mujeres jóvenes. Si las jóvenes no se casan, la comunidad asume que han hecho algo malo o pecaminoso en una vida pasada (por ejemplo maltrataron a sus padres, abusaron de infantes, o fueron personas problemáticas en general) y deben ser castigadas en esta vida. Por otro lado, para algunas mujeres, particularmente entre los grupos de más edad, la presión social de casarse tiene menos peso que la movilidad restringida que experimentan como solteras, pues se espera que permanezcan confinadas en casa para ayudar con las labores domésticas (Jones, 1994). Ellas ven el matrimonio con añoranza como una ruta de escape hacia una libertad mayor. Karuthama, hindú rural de 46 años de edad, quien a los 14 vivía con su hermana mayor y sus ocho sobrinos, aceptó un matrimonio arreglado por sus abuelos con un hombre viudo de 30 años de edad. Ella explica: “Por lo menos si me casaba con él podría ver el mundo exterior. Pensé que casándome podría salir y que me compraría cosas.”

Hoy día las jóvenes en Malasia están rechazando abiertamente la costumbre de los matrimonios arreglados y defienden su derecho a casarse cuando y con quien ellas deseen (véase más adelante). Pero unas cuantas, aún excepcionales entre nuestras informantes, van más allá, al resistirse abiertamente a casarse. Oki, malaya rural, es una mujer soltera de 32 años de edad, tiene 13 años de educación—más que cualquier otra de las entrevistadas en Kampung Pulau—y se sostiene económicamente a sí misma trabajando como costurera. Aunque sus conocidos la han etiquetado como una “solterona” y como “demasiado difícil”, ella sostiene que aún no le ha llegado el momento correcto, y su familia apoya su decisión. Yati, una malaya urbana que está cerca de los 30 años de edad y trabaja como funcio-

naria administrativa, es todavía más firme, pues proyecta una actitud hacia el matrimonio que ella misma reconoce como una desviación del “punto de vista islámico”:

Siento que una mujer puede sobrevivir sin un hombre [...] nunca me preocupo por no casarme, porque creo que puedo sobrevivir yo sola [...] En realidad antes de casarnos imaginamos lo mejor —felicidad, niños—. Pero siempre es lo contrario. Eso es lo que yo no quiero [...] Estoy rodeada por más matrimonios infelices que felices, y esto influye grandemente en mis puntos de vista.

Yati y Oki expresan un claro sentido de su derecho a vivir sus propias vidas. Por supuesto que apuntalando crucialmente esta postura está la situación material de ambas, que tienen educación y trabajos estables. Otras mujeres malayas entre nuestras entrevistadas tenían también trabajo y educación pero sucumbieron a la presión para casarse; debemos concluir que Yati y Oki representan una actitud poco común de autodeterminación en el contexto malayo.

Al mismo tiempo, muchas otras mujeres, especialmente las adolescentes y las jóvenes, están yendo más allá de las normas tradicionales para expandir sus peticiones en ciertas áreas de la apropiación reproductiva y sexual. Esto es particularmente cierto en lo relativo a la edad en que se casan y a la elección de pareja. La tabla IV.1 muestra que nuestras entrevistadas siguen el modelo nacional, que se revela en la investigación demográfica y en los datos del censo de 1991, de las diferencias étnicas en la edad en que las mujeres se casan (Tey *et al.*, 1995; Khalipah, 1992). Las mujeres chinas, urbanas y rurales, acostumbran casarse dos o tres años después que las malayas y las hindúes; sólo entre las participantes malayas e hindúes encontramos casos de mujeres que se habían casado en la adolescencia; la más joven a la edad de catorce años.

Tal vez la generación, la educación y el empleo a la larga sean tan importantes como las diferencias étnicas para determinar la edad de matrimonio. La mayoría de las entrevistadas que contrajeron nupcias a temprana edad (de los 14 a 18 años) están por cumplir 50 o 60 años; estas mujeres tenían escasa o ninguna edu-

TABLA IV.1
 Distribución de entrevistadas por edad al casarse (por sitio)

<i>Edad al casarse</i>	<i>Chinas urbanas</i>	<i>Chinas rurales</i>	<i>Malayas urbanas</i>	<i>Malayas rurales</i>	<i>Hindúes rurales</i>	<i>Total</i>
	22.2*	22.1*	20.7*	18.9*	19.5*	
14 años				1	1	2
15-19 años	2	1	3	5	3	14
20-24 años	7	9	4	3	5	28
25-29 años	2	2	1	2	1	8

* Edad promedio al casarse, Censo de 1991.

Nota: en tres casos se desconoce la edad en que se casaron las entrevistadas.

cación. Las pocas de los grupos más jóvenes (menores de 25 años) que se casaron a los 18 años o antes, por lo general abandonaron la escuela prematuramente o fueron forzadas a casarse para legitimar un comportamiento sexual que de otro modo es visto como pecaminoso. Por otro lado, la mayoría de las casadas de todos los grupos étnicos que se encuentran actualmente entre 20 y 30 años de edad (las cohortes que crecieron desde que el PNE entró en vigor) contrajeron nupcias después de los 20 años y tienen por lo menos diez años de educación, una historia de trabajo estable, o ambas. De este modo, nuestros grupos de estudio parecen confirmar una tendencia bien documentada entre las jóvenes malayas en todos los grupos étnicos y áreas rurales y urbanas: la de posponer el matrimonio y luchar por oportunidades de estudio y de trabajo.¹⁵ (*Malaysia Department of Statistics*, 1991.) La decisión de las mujeres de no casarse muy jóvenes, como la generación de sus madres, está reforzada por la aceptación paternal y social de su necesidad de completar su educación y adquirir habilidades para el trabajo antes de casarse.

¹⁵ En nuestro estudio, sólo entre las mujeres chinas, tanto rurales como urbanas, parece existir correlación entre la realización y la edad al casarse; es decir, la mayoría de las chinas entrevistadas que estaban casadas, en todos los grupos de edad contrajeron nupcias antes de los 27 años, pero sólo unas cuantas tenían más de 9 años de educación.

Cambios generacionales similares emergen entre las informantes rurales malayas e hindúes respecto a la elección de pareja; en la comunidad china esta cuestión ha sido bien establecida para todas las generaciones que entrevistamos, tanto entre los grupos rurales como entre los urbanos. La mayoría de las mujeres mayores malayas e hindúes se casaron por medio de arreglos entre sus familias, no tuvieron la posibilidad de opinar, e incluso en algunos casos, entre las malayas rurales,¹⁶ fueron obligadas a unirse a pesar de sus protestas. Latifah, una mujer de 45 años de edad de Kampung Pulau, recuerda: “Yo no quería pero mi padre se enojó. Así era antes. Las personas mayores se enojaban; aun cuando sus hij@s no querían, ellos los obligaban.” De igual modo, a Eton, de 46 años, sus padres le dijeron que debía casarse con un hombre divorciado, 19 años mayor que ella y que ya tenía hij@s. Nunca se le ocurrió objetar. Al igual que Karuthama, no podía anhelar otro futuro para sí misma. En la actualidad, incluso entre las malayas de las áreas rurales, los matrimonios arreglados van quedando en el pasado (Jones, 1994; Rudie, 1994). En todos los sitios de investigación y en los tres grupos étnicos las mujeres entrevistadas más jóvenes, especialmente las que aún no se habían casado, pretendían elegir a sus parejas. Por ejemplo, las razones de Kui Meng (china rural de 18 años) son: “Si mi familia toma la decisión y es alguien que me trata mal después de casarnos, entonces los culparé a ellos. Si yo soy la que decide, entonces sin importar lo que suceda, yo llevo la responsabilidad [...] Si no encuentro a alguien con quien casarme, no me casaré. Los matrimonios arreglados son raros [...] ya nadie lo hace en la actualidad.”

De igual modo, Wan Ros (malaya rural de 19 años) afirma: “¿Quién tiene el derecho de decidir? Nosotras, después de todo somos las que queremos casarnos.” Este deseo de elegir a la pareja y la capacidad de realizar esa elección son un reflejo de los cambios económicos y sociales en Malasia y de la exposición de las “niñas” a una variedad de ideas que les imbuyen la educación, la mayor movilidad geográfica, los medios de comunicación (especialmente la televisión) y el cine (Jones, 1994: 144).

¹⁶ Las tres encuestadas de Kampung Liri que informaron que sus matrimonios fueron arreglados, al igual que las hindúes aceptaron el arreglo y no se sintieron obligadas.

La fuerte defensa de su elección sobre cuándo y con quién casarse no significa necesariamente que las jóvenes malayas pretendan desafiar a sus padres. Muchas entrevistadas expresan el deseo de tomar sus propias decisiones y recibir el apoyo y la aprobación de sus padres. En parte esto refleja el valor tradicional del respeto por los padres, pero también que perviven las preocupaciones patriarcales. Aunque Wan Ros insiste en su derecho a decidir, si sus padres no estuvieran de acuerdo con su elección de pareja, ella procuraría negociar con ellos para no herir sus sentimientos; podría aceptar su elección si conoce al hombre y está de acuerdo con que podría llegar a ser un buen esposo. Las jóvenes también pueden incluir en sus cálculos el valor del apoyo financiero y emocional de sus padres que recibirían en el caso de que su matrimonio no funcionara. Dicho apoyo excluyó a Jamaki, quien se fugó con un hombre que sus padres no aprobaban y luego no pudo regresar con ellos cuando su matrimonio se deshizo:

Dicen que soy una “fugitiva” y que no tengo por qué visitar su casa [...] Estoy muy triste. Si hubiera escuchado a mis padres, me habría casado con un hombre bueno. Sufro mucho por haberme escapado. Si mis padres me hubieran casado y tuviera muchos problemas, mis padres me ayudarían. Pero como escogí esta vida, ¿a quién le pido ayuda? Estas cosas me decepcionan (Jamaki, hindú rural de 28 años).

Aunque los matrimonios arreglados por los padres tienen lugar ocasionalmente, se basan en la consulta y consentimiento de los hijos y casi sólo ocurren cuando las hijas han abandonado la escuela y no trabajan (Rudie, 1994). Eli, malaya rural de 25 años, estudió 11 años pero abandonó su educación debido a que obtuvo malas calificaciones en el examen nacional. Al vivir con sus padres y estar desempleada, no tiene oportunidad de conocer a jóvenes por sí sola y de este modo es candidata probable a un matrimonio arreglado. Sin embargo, este retroceso excepcional a los papeles tradicionales en el caso de las hijas dependientes solamente demuestra la tendencia general: las jóvenes malayas de todas las clases y grupos étnicos que alcanzan cierto nivel de educación y autosuficiencia económica son percibidas como personas con claro derecho a elegir cuándo y con quién casarse.

Cuando se trata de la sexualidad antes del matrimonio, la religión y la cultura aún desempeñan un papel importante en la formación de las normas y la moral de la sociedad malaya, sustituyendo incluso el valor de la educación. Las jóvenes de los tres grupos étnicos estudiados pueden ser presionadas por la familia para que se casen si tienen novio, pero este modelo parece prevalecer especialmente entre las malayas rurales. Una joven entrevistada, malaya rural de 23 años, tuvo que casarse a la edad de 16 años, mientras aún estaba estudiando, debido a que violó la norma cultural prevaleciente en Kampung Pulau de salir en secreto una noche con un hombre. Cuando su familia lo descubrió, Noaraini y su amigo fueron obligados a casarse inmediatamente.¹⁷ Lamentando su desesperado predicamento, exclama: “¿Qué podía hacer? Lloré porque aún estaba en la escuela. ¿Qué haría si pasara el examen? Sería una pena.” Siti, también de Kampung Pulau, fue igualmente forzada por sus molestos padres a casarse después de que se escabulló a Kuala Lumpur con su novio durante un fin de semana y fue descubierta. Estos incidentes ilustran la persistencia de los códigos sexuales tradicionales en las comunidades rurales malayas y la disposición de algunas jóvenes solteras de arriesgarse a sufrir las consecuencias de transgredirlos.

Para las mujeres, el poder dentro del matrimonio parece incluir un delicado equilibrio entre la deferencia verbal a las normas tradicionales de género y las estrategias prácticas para controlar y acumular recursos. Sin importar la edad, el nivel de educación o el grupo étnico, la mayoría de las mujeres en este estudio, como generalmente sucede con las malayas, han contribuido activamente al bienestar y sustento de sus hogares: se comprometen en tareas domésticas; cuidan a los hijos y a la descendencia más joven; trabajan en la producción, ya sea en casa o fuera de ella, antes y después del matrimonio, y contribuyen significativamente al ingreso familiar. Sin embargo, como se expuso anteriormente, tanto las solteras como las casadas se adhieren al ideal normativo del esposo co-

¹⁷ Las leyes más de proximidad cercana (*khalwat*) se hacen respetar con más rigor en la Malasia rural, y particularmente en el estado de Kelatan más que en cualquier otra parte del país. Bajo estas leyes, cuando se atrapa juntos a un hombre y una mujer solteros, aunque sea sólo caminando en la plaza, son sujetos a castigo y deben pagar una multa. A menudo los padres y la comunidad presionan a la pareja para que se case.

mo proveedor principal y responsable de tomar las decisiones, y de la esposa como asalariada subsidiaria. El lado positivo de esta ideología de género convencional es el intenso sentido de apropiación que genera entre las mujeres de los tres grupos étnicos: tienen derecho a que sus maridos las mantengan. El lado negativo es la tendencia continua de las casadas a denigrar su trabajo y circunscribir su toma de decisiones a la casa. Lai Yin, china rural de 39 años, expresa este complejo grupo de expectativas:

La mayoría de las decisiones en la casa, las cosas pequeñas, por ejemplo que se relacionan con los niños y la educación, las tomo yo. Las decisiones importantes, relacionadas con el trabajo por ejemplo, las toma mi marido. Pero es mi decisión si quiero trabajar o no. Incluso si no quiero trabajar, él tiene que mantenerme, es su responsabilidad.

En la práctica el poder de decidir sobre los asuntos fuera y dentro de la casa parece estar ligado a los recursos económicos así como a la posición social y a la edad. Yit Meng, de 42 años de edad, evoca el gran poder en la toma de decisiones dentro de la casa que tienen las chinas rurales de más edad: “Por lo general yo soy la que toma las decisiones en esta casa. Él me dice: ‘Decide tú’.” Karuthama, hindú de 46 años, ha podido extender su papel al desafiar a su esposo porque ha logrado ahorrar e invertir en algunas propiedades y ya no depende financieramente de él. Después de años de tolerar actitudes demandantes e indiferentes, ahora ella asume la responsabilidad de cuidar a los hij@s y tomar decisiones para ell@s, incluso las concernientes a sus matrimonios, un tema que normalmente deciden los padres. En este caso, el acceso a los recursos económicos la ha hecho claramente más independiente.

Pero el control sobre las finanzas puede ser una espada de doble filo si ello significa asumir todas las responsabilidades de la casa. El esposo de Latifah le da casi todas sus ganancias y sólo conserva algo de dinero. Su control sobre las finanzas del hogar le ha permitido a Latifah decidir sobre muchos asuntos familiares (incluyendo los que se relacionan con la salud reproductiva); sin embargo, también ha aumentado sus cargas, no sólo de administrar el dinero sino también de conseguirlo si es necesario: “Hago todo, todo lo que está en mí. Inteligente o no, todo cae sobre mis homi-

bros [...] la educación de los niñ@s. Ell@s no le piden dinero a él porque yo soy la que compra esto y lo otro [...] Para pagar las cuotas de exámenes o para cualquier cosa, yo soy la que empeña sus joyas poco a poco” (Latifah, malaya rural de 45 años).

Las mujeres casadas con hij@s que no tienen dicho control o recursos dependen completamente de sus esposos. Sei Leng, de 16 años, se da cuenta de que sin su propia red de protección dichas mujeres son más vulnerables a la intimidación y tienen que acomodarse a las exigencias de sus maridos. Desarrollar estrategias y habilidades diplomáticas para apaciguar a sus maridos y asegurar la estabilidad de sus matrimonios se convierte en un tema de supervivencia. De este modo Nora, una esposa malaya urbana con cuatro hij@s, explica que si su marido está enojado, ella se queda quieta, y cuando está de buen humor, es amable con él. Ella se ajusta a sus estados de ánimo y no discute porque no quiere exponer a los niñ@s a peleas: “Si peleamos frente a los niñ@s, estaremos en problemas. Tenemos que ganar el corazón de nuestros esposos. También debemos mantenernos en forma. Como las personas acostumbran decir, nosotras [las mujeres] no sólo necesitamos servir comida, sino también necesitamos servir de todo.”

Debido a que dependen económicamente de sus maridos y es preciso satisfacer las necesidades de los niñ@s, el divorcio es una acción que las entrevistadas emprenderán sólo como último recurso. Debido a sus pocas habilidades y a la discriminación de género en el mercado laboral, la mayoría de estas mujeres no estaría en posibilidad de ganar la cantidad de dinero que sus maridos llevan a la casa; así que a pesar de sus sufrimientos, conservan sus matrimonios. En la comunidad rural china se entiende que un “mal” esposo es aquel que no mantiene a su familia; la infidelidad e incluso el abuso físico se pueden tolerar siempre y cuando el marido mantenga a la familia. Pek Siew, de 45 años, ejemplifica esta difícil adaptación: “Mi marido es un mujeriego, pero no me importa lo que haga. Siempre y cuando me dé el dinero para mantener la casa, no me importa lo que haga. Podemos seguir así porque hago como que no veo. Si no sigo el juego, se va [...] ¿qué más puedo hacer? Es mejor no ver con un ojo y pretender que no sé nada, entonces el problema se termina.”

Lai Yin, de 39 años, desempeña un trabajo en su casa y, al igual que Pek Siew, tiene cuatro hij@s, y reniega y llora debido a que su

marido ha desarrollado un gusto enfermizo por los juegos de azar. “Si sigues así —amenaza— me voy a ir lejos con los niñ@s”, o “me voy a suicidar”. Sin embargo sus amenazas no tienen ningún efecto, ya que él sabe que ella nunca se irá debido a sus hij@s:

¿Cómo podría criar a cuatro niños yo sola? Si la posición económica de una mujer es buena, y puede mantenerse a ella y a sus hijos, y si su marido no es muy bueno con ella, entonces el divorcio puede ser la solución. Pero si depende de su marido, tendrá que pensar en el futuro de sus hijos, entonces tendrá que soportar a su esposo por el bien de sus niños.

Algunas mujeres —ciertamente una minoría— acuden al divorcio o la separación para terminar con una situación intolerable. Nueve de nuestras entrevistadas han experimentado el divorcio o la separación o están en proceso de divorciarse.¹⁸ Aunque la muestra de este estudio es pequeña, la alta incidencia de divorcio entre las encuestadas malayas concuerda con las cifras nacionales. Datos de 1990 indican que la tasa de divorcio de los malayos en la península de Malasia era ocho veces mayor que para l@s chin@s y los hindúes (Tan y Ng, 1995). Los datos nacionales seguramente reflejan muchos divorcios que fueron iniciados por el varón en lugar de la mujer; en algunos casos no había duda de que ocurrió en contra de los deseos de la esposa; con mayor frecuencia entre los musulmanes. Sin embargo, casi todas las separadas o divorciadas entre nuestras entrevistadas han emprendido esta acción ellas mismas, a pesar de las dificultades que enfrentan las malayas bajo la ley *syariah* al iniciar un procedimiento de divorcio.¹⁹ A diferencia

¹⁸ Incluyendo cinco mujeres malayas rurales y una urbana, una china rural que había levantado una demanda de divorcio, y dos hindúes rurales que se habían separado de sus maridos.

¹⁹ Para obtener un divorcio conforme a la ley *syariah*, una esposa musulmana con suficientes recursos puede compensar a su esposo con una cantidad de dinero que se arregla por mutuo acuerdo. De forma alternativa, por medio del *takliq* ella debe establecer una violación del contrato de matrimonio por el marido, por no mantenerla a ella ni a sus hijos durante el matrimonio, o la separación por un año, o la crueldad (incluyendo la violencia). Es muy difícil que cualquier estrategia tenga éxito a menos que una mujer cuente con medios financieros propios (Mehrun, 1988).

de las chinas citadas con anterioridad, las malayas consideran que tienen derecho a recibir apoyo financiero y también un trato justo y amable de sus maridos, aun si el matrimonio es polígamo. Si los hombres descuidan sus responsabilidades o abusan de sus esposas, ellas ven el divorcio como un derecho. De hecho, sólo utilizan la palabra “derecho” o *hak* cuando hablan de divorcio, en contraste con otros temas como el embarazo o la contracepción. Están conscientes de que tienen derecho al divorcio, particularmente en casos de violencia o descuido de sus maridos, y saben que también se pueden movilizar para iniciar o entablar una demanda de divorcio en la oficina del cadí (el funcionario que preside en la corte religiosa y en asuntos pertinentes a la ley personal islámica). Si el divorcio es inevitable, están seguras de que ellas y sus hij@s tienen derecho a *nafka*, o manutención. Este sentido de apropiación parece reflejar un clima de apoyo más fuerte para el divorcio en las familias y comunidades malayas en comparación con los otros grupos.

Faridah, una malaya urbana, toleró por mucho tiempo la infidelidad y el abuso físico de su esposo porque ella no tenía trabajo ni ingresos. Al final, sin embargo, aun con ocho hij@s y sin trabajo, ya no pudo soportar el abuso y levantó una demanda de divorcio. Para las malayas rurales (de nuestras entrevistadas tres se encontraban a mediados de sus 40 años y una tenía 33), todas fueron obligadas por sus padres a casarse y luego utilizaron el divorcio como medio para obtener una forma de independencia. Finalmente terminaron con sus matrimonios y al rehusarse a regresar con sus esposos crearon un hecho consumado que las llevó al divorcio. Como divorciadas tenían mayor libertad para elegir a su (nueva) pareja que cuando eran jóvenes y solteras. En estos casos parecía que habían utilizado el divorcio, muy temido por las mujeres, para su provecho. Esta maniobra la facilita el apoyo que reciben de sus familias.

Para otras mujeres, al obtener sus propias ganancias adquieren su boleto de salida de un matrimonio infeliz. Uma y Devi, ambas hindúes de 35 años y empleadas, dejaron a sus maridos porque ya no podían tolerar sus celos, su carácter violento y sus esfuerzos por evitar su movilidad. El esposo de Uma le prohibió hablar con personas desconocidas, en especial con hombres; si alguna vez se

aventuraba a salir sola de casa, le pegaba. Ella, al igual que Devi y la mayoría de las entrevistadas divorciadas y separadas, tenía medios independientes de apoyo económico. El número de hij@s es otro factor clave que afecta la decisión de la mujer de buscar la separación o el divorcio. Con excepción de Faridah, que tenía ocho hij@s cuando finalmente se divorció, las otras tenían solamente uno o dos niñ@s; también eran jóvenes y contaban con otros prospectos de matrimonio y con mucho apoyo de su familia cuando abandonaron sus respectivos matrimonios.

Cualesquiera que sean sus circunstancias económicas, para obtener un divorcio —sea civil o religioso— una mujer debe estar dispuesta a abrirse camino a través de una desalentadora serie de obstáculos burocráticos y legales. Che Ton, quien maneja su propio negocio desde su casa, se encontró con que habría de sortear un proceso tan largo y difícil para obtener el divorcio que a pesar de que contaba con suficientes recursos económicos, finalmente se rindió. Habiendo sido golpeada por el marido, intentó solicitar el divorcio utilizando su derecho de *takliq*. Cuando fue a la oficina del cadí, le dijeron que regresara con su carta de *takliq*. Debido a que tenía dolor por los golpes, también buscó tratamiento médico y el doctor le aconsejó que reportara la golpiza a la policía para facilitar su proceso de divorcio. Para entonces ella pensó que el proceso era demasiado engorroso para continuar con él.

En resumen, la habilidad de tomar la decisión, abandonar el matrimonio, presentar una demanda de divorcio y realmente ganarla, a menudo depende de un cúmulo de realidades prácticas, incluyendo la edad de la mujer y el número de hijos, la buena voluntad y la habilidad del esposo para proporcionar la manutención, o alternativamente su propio acceso a recursos financieros o a las redes de apoyo familiar; y finalmente, su propia persistencia y resistencia. Tener sentido de apropiación es una cosa; realizarlo es otra.

Maternidad y regulación de la fecundidad: “Yo soy la que decide”

En todos los grupos étnicos y las sucesivas generaciones de Malasia, el matrimonio es inseparable de la maternidad, y la maternidad es

una prueba necesaria de la condición de ser mujer. A los niños se les considera valiosos, y son fuente de alegría y compañía, para continuar el linaje de la familia y proporcionar apoyo y seguridad en la vejez. Tener varios hijos es salvaguarda para el futuro, debido a que no hay ninguna seguridad de que todos sobrevivan hasta la edad adulta. Por el contrario, la esterilidad de la esposa es considerada causa razonable para que el marido tenga una segunda esposa o una amante, o incluso para que se divorcie. Especulando en lo que haría si fuera estéril, Kui Meng, mujer soltera de 18 años originaria de Sekmai, medita: “Bueno, podría ser generosa. Dejarlo tener otra esposa que le diera hijos. Ya que no puedo tener hijos, no lo tendría para mí sola. De este modo, los niños me llamarían ‘mamá grande’; por lo menos tendría hijastros.” La suposición de Kui Meng de que tener hijastros es preferible a ser esposa única sin hijos, indica la gran importancia de la maternidad en la estructuración de vida e identidad de las mujeres en Malasia. Si una mujer no puede tener hijos, es común que vea la adopción como alternativa, especialmente entre las chinas. “¡Yo adoptaría!”, exclama May (china urbana) de 16 años de edad al pensar en la posibilidad de que fuera estéril.

En este estudio, nuestras entrevistadas no utilizan terminología que denote apropiación cuando hablan de procreación. Perciben que tener hijos es natural y piensan que la mujer que no los tiene está en una situación lamentable. Incluso las solteras se ven a sí mismas alentadas a tenerlos; si no lo logran al casarse, la familia y los vecinos a menudo le sugieren a la pareja que adopte. Por otro lado, es claro que las solteras no tienen derecho a la maternidad. Nuestras informantes reflejaron a menudo los valores normativos de la sociedad respecto a que la maternidad fuera del matrimonio es un pecado, y hablaban de ello en voz baja. En discusiones posteriores, muchas se referían a los problemas sociales que enfrentan las mujeres solteras a las que se les imputa algún mal comportamiento. Dadas las fuertes sanciones culturales, no es de sorprender que las mujeres traten de probar su fertilidad a su marido, familia y suegros, embarazándose poco tiempo después de haberse casado. Sin embargo, ocasionalmente nuestras entrevistadas se quejaban de esta presión. Lily, china urbana de 22 años, por ejemplo, tiene dos hijos y admite: “Me embaracé al año de haberme casado.

Si no hubiera sido por el escándalo que hicieron mis suegros, habría pospuesto mi embarazo. Para una mujer los niños representan muchas responsabilidades.”

Entre las entrevistadas el tema de las cargas y responsabilidades de la maternidad se repite con frecuencia, mostrando la tensión que muchas mujeres en Malasia parecen experimentar entre los valores culturales dominantes relacionados con la fertilidad y sus propias realidades y aspiraciones. Como en la solución de conflictos maritales, las estrategias que muchas utilizan para adaptarse a esta tensión incluyen un fuerte sentido de apropiación para regular su propia fertilidad, pero que se expresa más en su comportamiento con palabras o confrontaciones, y más entre las generaciones jóvenes (desde las adolescentes hasta las que están en sus treinta) que entre las mayores. Cuando preguntamos sobre el número ideal de hij@s en una familia y quién debía decidir, las malayas de mayor edad respondieron: “Depende de Dios” o “Mi esposo lo decide.” Sin embargo, el hecho de que todas, excepto un puñado, hayan tenido menos hij@s de lo que sería “natural” en su vida reproductiva, indica que también están valiéndose de algunos medios deliberados (y efectivos) para limitar su fecundidad.

De hecho, contra las tendencias nacionales en que corresponde a las chinas los niveles más bajos de fertilidad de los tres grupos étnicos (Ganga, 1993), nuestras mujeres malayas e hindúes (rurales) han tenido un menor promedio de nacimientos que las participantes chinas rurales y urbanas. Esto probablemente refleje, en parte, que las tasas de empleo son más altas entre las de mujeres en Kampung Liri y el estado que produce aceite de palma respecto a las de KL Flats, lo cual sugiere que las condiciones materiales locales pueden influir en las diferencias étnicas de fertilidad. Sin embargo, al igual que en las tendencias nacionales, se espera que las más jóvenes de nuestro estudio tengan menos hij@s que las de más edad. Mientras 10 de las entrevistadas rurales han tenido cinco hij@s o más, la mayoría de ellas se casó a temprana edad y ahora está por cumplir entre 40 y 50 años. Una excepción de las cohortes de mayor edad es Hoi Chiew, quien contaba con 59 años de edad en el momento de realizar el estudio y solamente tenía dos hijos. Es una excepción que de algún modo hace la regla, dada su historia de trabajo. Aunque no cuenta con educación formal, Hoi Chiew

trabajó desde muy joven —principalmente en una mina de estaño— y se considera una persona vanguardista en la comunidad, una mujer con ideas “modernas”. Cuando se retiró tenía un trabajo con paga regular como recolectora de basura municipal y ahora cuida a sus niet@s. La mayoría de las encuestadas que tienen uno o dos hij@s todavía son jóvenes (cerca de 20 años) o se casaron después. Por ejemplo, Sutinah, de 31 años, se casó a los 28 y ahora tiene dos niñ@s; Che Aza, de 35 años, se casó a los 29 y tiene un hij@. También es interesante que mientras sólo una mujer china, que alguna vez estuvo casada, en sus treinta tiene dos hij@s (Mei Mei, de 38 años); seis de las malayas del mismo rango de edad estaban en la misma situación. Además de las dos que se casaron grandes (rurales), las otras cuatro viven en la ciudad y trabajan como empleadas de tiempo completo en una fábrica, o como trabajadoras domésticas. Esto sugiere que de manera creciente, la ocupación y la urbanización desempeñan un papel más importante que la etnicidad en la determinación de los modelos de fertilidad de las mujeres en Malasia.

Además de los resultados de embarazos, las entrevistas ofrecen mucha evidencia de que las mujeres de los tres grupos étnicos asumen un sentido de apropiación de sus derechos para regular su propia fecundidad, incluso si deben conseguir el apoyo de los miembros de su familia para hacerlo a su modo. Janaki, hindú rural de 28 años, por ejemplo, pasó por siete embarazos difíciles, tres de los cuales terminaron en abortos, y el médico le aconsejó no tener más hij@s. Ella quería que le ligaran las trompas, pero esto requiere el consentimiento del esposo: “[El doctor] me preguntó si tenía suficientes hij@s; yo le contesté ‘suficientes’. Le hablé a mi esposo de la operación [la ligadura de trompas]. No estuvo de acuerdo porque quería otro hij@. Le dije a mis padres. Ellos hablaron con mi marido y le dijeron que otro embarazo me podría matar. Entonces mi esposo firmó y se hizo la operación.”

Algunas de las mujeres le ocultan sus prácticas anticonceptivas al marido pero persisten a pesar de todo. Karuthama, por ejemplo, comenzó a tomar la píldora después de su séptimo embarazo sin que su esposo lo supiera. Él le había prohibido usar anticonceptivos, aunque un día él mismo llegó con un condón (véase más adelante), un método que había aceptado usar presumiblemente

porque era él quien lo controlaba. Sin embargo, con la ayuda de la enfermera de la clínica, Karuthama logró utilizar la píldora con efectividad por un periodo de cinco años, antes de que ocurriera un embarazo accidental:

Le dije que estaba tomando la píldora, me regañó. Me preguntó por qué la estaba tomando. Tuvimos bebés muy pronto; cuando un niño aprendía a caminar bien, venía otro bebé en camino. La Sra. Selvan [enfermera en la clínica del Estado] me enseñó mucho. Me dijo cómo tomar la píldora para no tener más hijos [...] Nadie excepto ella sabe que tomo la píldora.

De igual modo Noriani, una esposa malaya rural de 23 años de edad con dos hij@s, decidió tomar té de hierbas tradicionales sin decirle a su marido. Norani siente que tiene derecho a decidir y a utilizar anticonceptivos a espaldas de su marido aun cuando él no esté de acuerdo porque, como dice: “Estoy mucho más cansada que él. Se va y regresa de vez en cuando. Yo soy la que tiene que batallar con los hijos.” Li Yin, una china rural de 35 años, expresa un sentimiento parecido, aunque ella platica sobre contracepción con su marido, quien permite que ella elija. Expresa con elocuencia un sentido de apropiación que deriva de los deberes y responsabilidades de la maternidad:

Yo soy la que toma las decisiones concernientes a la planificación familiar. Después de que decido, le digo que no debemos tener demasiados hijos o que no debemos tenerlos muy seguido [...] porque cuidar de ellos es difícil. Él no es quien se embaraza; su responsabilidad sólo es traer dinero. Cuando regresa a casa ve a los niños comidos y bañados [...] Solamente juega con ellos, pero no los cuida. Levantarse a mitad de la noche para darles la leche, llevarlos al doctor cuando se enferman, todo es mi responsabilidad. Él no sufre, la que sufre todo soy yo. Así que cuando le digo que necesitamos usar anticonceptivos, él coopera.

En un contexto social y cultural que le da un gran valor a los niñ@s, las mujeres deben tener buenas razones para dejar de tenerlos. Esto es particularmente cierto en las comunidades malayas, donde a l@s niñ@s se les considera regalos de Dios y no son recha-

zados. De este modo, las malayas utilizan la palabra “espaciar” cuando explican sus acciones restrictivas en cuanto a los nacimientos. En los tres grupos étnicos la limitación del número de hij@s obedece a consideraciones económicas y a evitar los problemas que ocasiona el cuidado de los niñ@s. La reducción financiera como motivo principal refleja las aspiraciones de las mujeres a alcanzar una mejor calidad de vida y, en particular, el deseo de que sus hij@s tengan mayor nivel de educación. Además, para la maternidad y el cuidado de los hij@s se requiere capacidad y compromiso, principalmente de las mujeres, al igual que recursos, como dinero, tiempo y energía. Esta preocupación que expresaron todas las entrevistadas, refuerza su convicción de que como administradoras de la casa deben determinar el tamaño de la familia, y no sus maridos. Por ejemplo Haspah, una madre malaya urbana de 34 años con tres hij@s que trabaja haciendo la limpieza en un hotel, dice riendo que ella “nunca habló” del tema con su esposo: “El problema es que nuestro ingreso es muy poco. Teníamos que pensar si íbamos a pagar una niñera. Demasiados hij@s nos traerían muchos problemas [...] Cualquiera que sea el medio de planeación, lo planeo yo sola.”

Para las mujeres de bajos ingresos que viven en la ciudad es difícil encontrar una guardería adecuada y asequible. Haspah, que sale de casa para ir a trabajar, piensa que mientras más hijos, mejor, pero “cuando trabajo”, explica, “surge la pregunta de quién va a cuidarlos. Incluso con dos hij@s era un problema encontrar a alguien que los cuidara”. Las mujeres de los sitios rurales también expresan esta preocupación. Siti, malaya rural de 25 años, prefiere que l@s niñ@s no nazcan “muy seguido” por “no ser capaz de cuidarlos si son demasiados”. Sin Fah, china rural de 29 años y con cuatro hij@s, tuvo un aborto cuando descubrió que estaba embarazada un año después de que había nacido su tercer hij@: “Una cosa es que las condiciones sean difíciles, y otra que no sea capaz de cuidarlos; un niñ@ por año es demasiado pronto, y los otros aún están pequeños. ¿Cómo puedo arreglármelas para cuidar a tantos hijos yo sola?”

Esto no quiere decir que la provisión de una guardería asequible y con calidad alentaría a las mujeres a tener más hij@s, aunque ciertamente mejoraría su calidad de vida. La responsabilidad de la

maternidad va más allá del cuidado físico del niñ@, y la madre se siente restringida por cargar con todo esto. Kum Mooi, china rural de 35 años, con cuatro hij@s de los cuales el mayor tiene cinco años, explica por qué razón tuvo un aborto recientemente: “Yo ya no quiero otro hij@. Todos mis hij@s ya están grandes. Sería muy difícil para mí tener otro. No tendría tanta libertad ni podría ir a ningún lugar [...] Incluso si tuviera dinero, aún sigo pensando que cuatro hij@s son suficientes. Mi marido es el que quiere uno más si tuviéramos el dinero. Él no tiene que cuidarlos; no sabe lo difícil que es.”

Como lo ilustra Kum Mooi, la determinación de las mujeres de limitar el número de hij@s proviene no sólo de cálculos económicos y aspiraciones a una mejor vida para sus familias, sino de su añoranza personal de mayor movilidad y libertad.

Anticoncepción y aborto

Cuando las entrevistadas en nuestro estudio se refieren al uso de anticonceptivos reflejan un modelo parecido al que muestran los datos estadísticos de las encuestas nacionales recientes (Tey, 1993, Radishah, 1993, Tey *et al.*, 1995): su uso es más alto entre las chinas (rurales y urbanas), también alto entre las malayas urbanas y las hindúes rurales, y más bajo entre las malayas rurales, quienes prefieren los métodos herbales tradicionales. Pero nuestros datos cualitativos también revelan diferencias étnicas en las estrategias que utilizan las mujeres para controlar su fecundidad, al igual que las dificultades que enfrentan. Muchas de las casadas que entrevistamos manifestaron dificultad para encontrar un método anticonceptivo adecuado que pudieran utilizar con la confianza de que les proporcionará seguridad y eficacia, sin efectos secundarios inadmisibles. Si bien la píldora es el método anticonceptivo que más se utiliza en el país, nuestro estudio muestra un comportamiento más complicado. Cerca de la mitad de las entrevistadas casadas (24 de 50) estaban utilizando la píldora o la habían utilizado en algún momento. Sin embargo, aunque éste era el método de más uso entre las malayas y chinas, muchas lo abandonaron después de experimentar sus efectos secundarios; en última instancia preferían el condón o el método del ritmo.

Las hindúes tenían aun menor inclinación por la píldora; solamente tres la habían utilizado, y dos de ellas dejaron de usarla después de cuatro meses debido a los efectos secundarios. Al igual que las mujeres hindúes de las estadísticas, las de nuestro estudio parecen preferir la ligadura de trompas debido a la ausencia de efectos secundarios o la necesidad de seguimiento. De las seis hindúes casadas que actualmente utilizan anticonceptivos, cuatro habían alcanzado el tamaño de familia deseado y optaron por la ligadura de trompas (“amarrarse el estómago”) después de saber de ésta por compañeras de trabajo. Esta actitud refleja un marcado contraste con la de las mujeres malayas, quienes, debido a las prohibiciones islámicas, evitan la esterilización excepto en casos de necesidad médica. En parte, la preponderancia de la esterilización en la comunidad hindú puede ser resultado de una coerción sutil. Antes de 1988 las plantaciones presionaban para fomentar la esterilización y así asegurar una alta productividad y mayores ganancias. Una tasa alta de esterilización significaría una menor cantidad de mujeres trabajadoras con permisos por embarazo y menores gastos para el Estado en cuidado infantil y prestaciones por maternidad.²⁰ Por el contrario, a las mujeres que podían elegir se les desalentaba de esterilizarse porque para ello requerían el consentimiento de los esposos, quienes, al igual que el marido de Janaki, a menudo no aceptaban.

De manera similar a Sin Fah y Kum Mooi, muchas chinas rurales confían en la combinación de los métodos médicos o protectores y el aborto para espaciar el número de hij@s que quieren. En contraste, la mayoría de las entrevistadas malayas que utilizan algún método anticonceptivo eligen tomar hierbas tradicionales (Tey *et al.*, 1995). Aunque los anticonceptivos modernos están disponibles en las clínicas de salud del gobierno de Kampung Pulau, nues-

²⁰ Tuvimos comunicación personal con el ex director de servicios de la organización de planificación familiar del gobierno. Este funcionario indicó que a finales de los años sesenta y setenta él y su equipo visitaron muchas plantaciones para establecer programas de vasectomía (éste fue el mismo periodo en que el gobierno de Indira Gandhi imponía las vasectomías en forma amplia y coercitiva en India). Aunque negó que este programa estuviera dirigido específicamente hacia la población hindú, el ex director (él mismo es hindú) expresó el punto de vista de que para estas personas la esterilización era más simple y más fácil de comprender.

tras entrevistadas no los aceptan social ni culturalmente. Primero, porque no están seguras de que el islam no condena el uso de los anticonceptivos modernos.²¹ Segundo, siendo la planificación familiar un asunto muy personal, los lugareños no hablan de esto abiertamente, y las mujeres se sienten forzadas a esconderlo. Tercero, muchas de nuestras entrevistadas asocian los anticonceptivos modernos con los efectos secundarios y con informes inquietantes de amigas y vecinas que concibieron y dieron a luz a niños discapacitados mientras utilizaban anticonceptivos modernos.

Latifah, de 45 años, es la única de las informantes rurales malayas que trató de espaciar sus embarazos mediante el uso de anticonceptivos modernos. Lo platicó con su marido y éste aceptó que tomara la píldora después de su tercer embarazo. No obstante, para mantenerlo en secreto y que los demás lugareños no lo supieran, viajaba a una clínica ubicada en otro pueblo a conseguir la píldora. Sin embargo después tuvo efectos secundarios y su suegra le aconsejó un *bidan kampung*, es decir, cambiar a las hierbas tradicionales, pero como éstas nunca le funcionaron siguieron seis embarazos más; por tanto Latifah terminó con nueve hij@s. Después de que su suegra murió, regresó a la clínica del gobierno y se puso un dispositivo intrauterino (DIU).

Aunque los anticonceptivos modernos no funcionaron para Latifah, parecen servirle a otras mujeres como Siti (25 años) y Choe Ton (45 años), quienes no ven ninguna necesidad de cambiar de método. De hecho, el caso de Latifah personifica las intrincadas

²¹ Sin embargo, su inseguridad sobre esto se debe a que recibió información errónea; la enseñanza islámica ha aceptado de manera tradicional el uso de toda forma de contracepción excepto la esterilización (Obermeyer, 1994; Omran, 1992; Ong, 1994). La decisión del comité Fatwa del Consejo Nacional de Asuntos Islámicos en 1982 explica en detalle las circunstancias en que se permite la planificación familiar: aunque se prohíbe la esterilización del varón y de la mujer, es permisible el uso de anticonceptivos no permanentes para limitar el número de hij@s en ciertas condiciones, que incluyen las necesidades de salud de la madre, enfermedad hereditaria de cualquiera de los padres, embarazos demasiado frecuentes, para espaciar los embarazos por razones de salud, y para la educación y felicidad de la familia (Askiah, 1993). Razones no islámicas para la planeación familiar incluyen el miedo al embarazo y la maternidad, preocupación por dañar la figura de la mujer, selección de sexo, deseo de una vida material más cómoda, o deseo de estar libre de las cargas de la maternidad.

formas en que las malayas rurales intentan navegar entre las expectativas culturales —a menudo con la influencia de las parientes de más edad— y su sentido de apropiación para controlar su fecundidad. A diferencia de las hindúes rurales como Karuthama, que vive lejos de su numerosa familia y que tuvo la guía de la enfermera de la clínica del Estado al tomar la decisión de utilizar anticonceptivos, las malayas rurales están influidas por parientes y esposos, y no por los trabajadores del área de salud reproductiva.

Aunque encontramos numerosos casos de esposos cooperativos, especialmente en las generaciones más jóvenes, en general los maridos son los principales obstáculos para que las mujeres utilicen anticonceptivos de manera efectiva. Por lo general los varones no toman parte activa en la planificación familiar, y tratan de prohibirle a sus mujeres que utilicen anticonceptivos. Por ejemplo, el marido de Uma se enojó tanto porque ella se puso el dispositivo sin su consentimiento (para evitar embarazarse después del tercer hijo), que se fue de la casa y no ha regresado desde entonces. Más allá de ejercer control sobre el cuerpo de su esposa y la acción reproductiva, el marido de Uma la dejó precisamente por su incapacidad de ejercer control sobre ella (véase Ong, 1994). Muchas de nuestras entrevistadas logran enfrentar o eludir la oposición de sus maridos y las políticas pronatalistas del gobierno. A juzgar por la disminución de la fecundidad nacional en los grupos étnicos, su tenacidad ejemplifica la perseverancia de las mujeres malayas.

A pesar de que es claro su compromiso para limitar la fecundidad, algunas entrevistadas revelaron ideas equivocadas sobre los métodos anticonceptivos en particular, indicando que han recibido mala información, que carecen de consultoría y que hay barreras culturales que actúan contra ciertos métodos. Algunas tomaban la píldora de manera errónea en un intento por evitar desagradables efectos secundarios; también creían que no necesitaban tomar la píldora si sus esposos estaban fuera de casa. Unas cuantas desconfían del DIU porque habían escuchado que se podían embarazar aunque lo usaran o que sentirían incomodidad por “ponerse algo dentro”. Para las mujeres de más edad, el condón está cargado de connotaciones negativas. Karuthama, por ejemplo —quien, como

vimos, ha utilizado la píldora sin decirle a su marido— expresó con miedo: “Cuando lo traje a casa, junté mis manos como en oración y le rogué que no me lo volviera a mostrar [...] Tenía miedo de que al usarlo pudiera hacernos algún daño o dañar a alguien [...] Que podía hacerme daño. Nunca le pregunté a alguien si podía hacerme daño o no, pero tenía la idea de que me podía dañar.”

Algunas chinas rurales de edad avanzada creen que el usar condones es dañino para la salud de los varones: Yit Meng, china rural de 42 años, advierte: “Crearé un daño en los ojos del esposo.” O según Yow Lan, china rural de 44 años: “Las personas dicen que es malo para la salud de los hombres. El semen no puede salir; todo se bloquea. Los hombres salen a trabajar; si uno le daña la salud, entonces es difícil para ellos ganarse la vida.” Sin embargo, muchas mujeres chinas más jóvenes y más seguras piensan que el condón es seguro y aceptable. Lai Yin —una de las mujeres con más autodeterminación en el grupo de estudio— encuentra muy apropiada la “cooperación” de su marido en la transacción de este “asunto de la planeación familiar”; ellos han estado usándolo con éxito por 12 años o más:

Es muy seguro; cuando quise tener un segundo hijo, dejé de utilizarlo e inmediatamente quedé embarazada. Nunca he concebido cuando utilizo este método. Mi marido no está en contra de usarlo. Si mi esposo está aquí, entonces lo uso; si no está aquí, no tengo que utilizarlo. Si tomo la píldora, tengo que tomarla el mes entero, incluso si tengo relaciones una sola vez, no es nada práctico. Y tampoco es bueno par mi salud.

Ya sea que se deba a la falla del método, a su uso equivocado o a su falta de uso, muchas de nuestras entrevistadas han tenido embarazos no deseados y han recurrido a abortos legales o semilegales para acabar con el embarazo. Como se mencionó con antelación, en Malasia el acceso al aborto ha sufrido el impacto combinado del evangelismo patriarcal religioso y las políticas paternalistas de población. El resultado ha sido que muchas mujeres, particularmente las malayas de bajos ingresos, recurran a métodos tradicionales o continúen con sus embarazos aun cuando su estado de salud indique la necesidad de practicarse abortos seguros y de bajo

costo. Al mismo tiempo el sector privado, que se expande cada vez más (casas de maternidad y clínicas), y las *bidan kampung* continúan realizando abortos inducidos; además los abortivos herbales tradicionales están disponibles por medio de redes informales y tiendas de medicina chinas.

Los puntos de vista que expresaron nuestras entrevistadas malayas respecto del aborto reflejan el clima prevaleciente de ambigüedad legal y moral. La mayoría lo llama “pecado”; lo justifican sólo cuando existen razones de salud que sean funestas, y se asombran ante la idea de que algunas mujeres solteras puedan echar mano del aborto. Sólo una de todas las malayas que entrevistamos admitió haber intentado hacerse un aborto alguna vez. Noraini, quien ha resistido en muchas formas las normas de su comunidad, se embarazó mientras vivía con su novio en Kuala Lumpur y trató de practicarse un aborto. Pero cuando logró reunir los recursos necesarios, su embarazo ya estaba muy avanzado, el precio del aborto había aumentado, y ya no le alcanzaba para pagarlo. También llevó a cabo diversos métodos tradicionales que no tuvieron éxito. Es claro que Noriani es una víctima de la reducción de los servicios gubernamentales de aborto, que incide fuertemente en las mujeres de bajos ingresos. Sin embargo, si Noriani es una excepción entre las mujeres malayas que entrevistamos, lo es simplemente por su sinceridad. Aunque ninguna de ellas reconoció haber tenido un aborto, todas las entrevistadas malayas parecen conocer los métodos tradicionales, los cuales aseguran han aprendido de la *bidan kampung* o de otras mujeres de la comunidad. El conocimiento y la disponibilidad de abortivos herbales tradicionales en la comunidad malaya contradicen el punto de vista general de que la práctica del aborto no es común entre las malayas y confirman la impresión de que no todos los intentos y los abortos se reportan.²²

²² También es verdad para nuestras encuestadas hindúes, las cuales admitieron que conocían métodos para abortar aunque dijeron que no los habían utilizado. Rashidah observa que según la *Malaysian Population and Family Survey* (MPFS), 1984-1985, 14% de las mujeres chinas, 6% de hindúes, y sólo 0.8% de malayas, todas casadas, informaron haber tenido un aborto. Pero, añade, la encuesta por sí misma “puso a las personas en contra de aceptar estos hallazgos que enfrentan los valores [...] como es muy probable que no se informen en su totalidad”, debido a la restricción legalidad del aborto en Malasia (1993: 71).

Las actitudes entre las encuestadas chinas también reflejan el impacto de un clima cultural y político más restrictivo, en la medida en que muchas de ellas tienen la creencia errónea de que el aborto es ilegal y expresan sus reservas morales al respecto. Sin embargo, en contraste con las mujeres malayas, la mayoría de las chinas habla abierta y pragmáticamente de sus abortos como una forma de revertir el embarazo cuando los anticonceptivos no funcionan. Las chinas rurales encuestadas practican abiertamente el aborto a pesar de que suponen que es peligroso para la salud de las mujeres. De las 12 mujeres que entrevistamos en Sekmai, cuatro habían abortado una vez, y una dos veces; éstos tuvieron lugar principalmente en clínicas privadas. Dos de las mujeres habían ingerido hierbas tradicionales chinas; ambas terminaron en el hospital cuando comenzaron a sangrar incontrolablemente. Entre las participantes chinas, cuatro de las entrevistadas habían tenido abortos, dos de ellas dos veces cada una.

Estas prácticas contradicen en forma sorprendente las expresiones de desaprobación moral de ellas mismas hacia el aborto. De hecho, dos de las mujeres rurales que tuvieron abortos durante el periodo de investigación habían confesado con anterioridad que lo veían como algo moralmente censurable. Kum Mooi, china rural de 35 años, inicialmente le dijo a la entrevistadora que consideraba al aborto “un desperdicio” y que no tendría uno en caso de volver a embarazarse. Sin embargo, cuando posteriormente descubrió que estaba embarazada por no haberse tomado la píldora, abortó con la aprobación del esposo en una clínica de maternidad privada. Como ya tenía cuatro hijos, se consideraba “vieja” y quería disfrutar la libertad que se puede tener cuando l@s hij@s han crecido; abandonó sus consideraciones anteriores.

Cuando se trata del aborto, nuestra evidencia muestra que hay una brecha entre los valores que se profesan y el comportamiento de las entrevistadas malayas y chinas. Esta brecha confirma nuestra observación respecto al control de la fertilidad: que el resurgimiento de la ideología patriarcal y de apoyo a la natalidad en Malasia puede influir en lo que las mujeres dicen más que en lo que hacen. El distinto, si es que implícito, sentido de apropiación que se revela en el comportamiento de las mujeres surge más marcadamente entre las informantes chinas que entre las malayas: todas las chi-

nas rurales que abortaron dicen que la decisión fue de ellas; sólo Kum Mooi solicitó la aprobación de su marido.

En cuanto a la anticoncepción, en todos los grupos que entrevistamos cuando existen desacuerdos son las mujeres quienes quieren utilizar anticonceptivos, mientras sus maridos no comparten su sentir. Cualesquiera que sean las estrategias que utilicen para negociar, subvertir o resistir las normas de la comunidad o los deseos de los maridos o de los suegros, una proporción sorpresivamente alta de las mujeres de nuestro estudio en los tres grupos étnicos parece decidir con mano firme sobre la formación de su vida reproductiva.

CONCLUSIÓN

Nuestro estudio sugiere que las mujeres malayas atraviesan por un periodo de transición en el cual la educación, el trabajo y el acceso a recursos económicos y sociales independientes están comenzando a desempeñar un papel más importante que la etnicidad y la tradición en la toma de decisiones reproductivas. Aunque las que entrevistamos no hablan de sus “derechos” reproductivos o económicos, en una notable cantidad de comunidades rurales y urbanas las mujeres chinas y malayas afirman su derecho a decidir por sí mismas sobre cuándo y con quién casarse, el número de hij@s que tendrán y el tiempo que debe transcurrir entre cada uno, el uso de anticonceptivos, y dónde y cuándo trabajar. Las mujeres hindúes parecen menos firmes en cuanto a sus demandas a sus maridos o a sus padres, pero con sus acciones, si no con sus palabras, también manifiestan un sentido de apropiación al tomar sus propias decisiones sobre los aspectos importantes del matrimonio, el trabajo y la maternidad. Esta conciencia emerge con más fuerza en algunas áreas que en otras y para algunas mujeres sigue siendo difícil entender debido a qué carecen de apoyo económico, social y de infraestructura.

Mientras la mayoría de las mujeres entrevistadas aceptó la norma social de describir el matrimonio y la maternidad como su meta máxima, gran parte de las menores de 40 años esperan, al igual que los varones, adquirir educación y tener ingresos antes y

después de contraer nupcias, para alcanzar un mejor nivel de vida para ellas y sus hij@s. Las más jóvenes parecen valorar la independencia económica que obtienen de la educación y el trabajo, que les permite negociar su vida familiar con mayor autonomía. Este cambio generacional es evidente en uno de los principales descubrimientos del estudio: la creciente tendencia de las jóvenes a ejercer su libertad en la elección de pareja y retrasar el matrimonio para seguir con su educación y su trabajo. Este cambio es particularmente sorprendente en el caso de las jóvenes malayas incluidas en el estudio cuyas madres tienden a cumplir con los arreglos paternos, que ellas consideran completamente pasados de moda.

También encontramos que a pesar de las presiones del evangelismo islámico, las malayas de nuestro estudio mostraron un sentido de apropiación mayor que el de las hindúes o las chinas para iniciar el divorcio cuando su matrimonio se volvía intolerable debido al abuso, la violencia o el descuido del marido; de hecho, ven el divorcio en dichos casos como su “derecho”. Éste es uno de los pocos ejemplos, junto con la idea tradicional del derecho de las mujeres a que las mantenga el marido, en el que la síntesis de religión y tradición parece trabajar en favor de las mujeres malayas y darles una base para exigir sus derechos. Pero la capacidad práctica de actuar conforme a este derecho puede verse significativamente obstaculizada por la falta de acceso a recursos económicos independientes, guarderías o apoyo familiar. Por otro lado, las encuestadas hindúes y chinas estaban más dispuestas a aceptar el abuso, la violencia y la infidelidad de sus maridos siempre y cuando cumplieran con sus deberes de proveedores; cuando se ven entre la espada y la pared, buscan la separación pero no necesariamente el divorcio formal. Sin embargo, aquí también la voluntad de separarse parece depender de la presencia o ausencia de recursos materiales y de los cálculos de las posibilidades prácticas de sobrevivir y criar a l@s hij@s sin el apoyo económico del marido.

De hecho, mientras nuestras encuestadas frecuentemente reconocían sentirse arrastradas por las expectativas tradicionales sobre los roles de género o las presiones de los esposos o los suegros, el factor decisivo en la toma de sus decisiones sobre si deben trabajar o no fuera de la casa o seguir casadas, era el cuidado y la responsabilidad de los niños. Los datos también revelan un intere-

sante contraste entre los pronunciamientos públicos de las mujeres sobre su adhesión a las normas religiosas y tradicionales, y sus manifestaciones privadas, y a veces la tensión entre sus palabras y sus acciones. Por ejemplo, esta discrepancia surgió entre las malayas que ostensiblemente se adaptaron a las demandas de sus maridos y ya no trabajan fuera del hogar, y sin embargo satisfacen las necesidades de sus hij@s con un ingreso adicional, y su propia necesidad de independencia al realizar una labor dentro de sus casas o manejando un negocio como trabajo extraordinario. Otros ejemplos aún más sorprendentes son las múltiples estrategias que las entrevistadas de los tres grupos utilizan para evadir las prohibiciones religiosas, de la comunidad o del cónyuge en contra de la contracepción y el aborto.

Más que en cualquier otro terreno, encontramos un fuerte sentido de apropiación respecto a las decisiones sobre la fecundidad. Aunque existían diferencias étnicas, urbanas y rurales en los modelos del uso de anticonceptivos y en los métodos preferidos, casi todas las entrevistadas decidieron limitar su maternidad por medio de los anticonceptivos, la esterilización o el aborto. Y con más frecuencia, lo decidieron por sí mismas, sin el conocimiento o la aprobación del marido. No todas tuvieron éxito al resolverlo; muchas no pudieron encontrar un método que fuera realmente satisfactorio o efectivo (como lo demuestra la alta tasa de oposición hacia el uso de la píldora); a veces se advierten evidencias de que fueron indebidamente presionadas a seleccionar un método en particular (como en el caso de las hindúes esterilizadas), pero la resolución en sí misma trasciende la entidad, especialmente entre las generaciones de mujeres más jóvenes.

En parte este sentido de apropiación puede reflejar la accesibilidad de la salud reproductiva y los servicios de planificación familiar en Malasia, aunque con elecciones limitadas. Pero refleja cada vez más la forma en que las mujeres están respondiendo a las demandas de desarrollo económico, educación y trabajo, y a la ausencia de instalaciones o de responsabilidades compartidas por los varones sobre el cuidado de los hijos. En especial para las jóvenes, el factor fundamental que motiva un sentido de apropiación de su derecho a posponer el matrimonio, tener menos hijos y utilizar anticonceptivos parece ser un conjunto de valores “moder-

nos” que dan prioridad a la educación y a la contribución de las mujeres al ingreso familiar. Las casadas en los tres grupos esgrimieron su posición como madres —como las responsables principales de la crianza de los hijos— para justificar su derecho. Lai Yin puede hablar por muchas otras cuando dice: “Todo es mi responsabilidad; él no sufre, yo soy la que sufre todo”. Sin embargo, la capacidad de expresar abiertamente su derecho a la autodeterminación reproductiva y sexual excluye a muchas mujeres de nuestra investigación debido a la presión contraria creada por el resurgimiento patriarcal y religioso y a sus marcas distintivas en la reciente política del Estado.

Al mismo tiempo, diversas voces resuenan en este estudio afirmando la apropiación reproductiva de las mujeres en nombre no sólo de sus deberes y necesidades maternas, sino también de sus aspiraciones personales a adquirir mayor libertad, movilidad e independencia: Sai Ling, que alienta a sus contrapartes adolescentes a trabajar después del matrimonio para que “puedan salir cuando quieran”; Kum Mooi, que insistió en abortar después de haber tenido a sus cuatro hij@s para poder ser más libre y disfrutar de mayor movilidad; Lai Yin, que está a favor del uso de condones porque son mejores para su salud; Uma, Devi y Faridah que abandonaron un matrimonio abusivo a pesar de tener hij@s que cuidar y escasos recursos económicos; Yati, quien está convencida de que “las mujeres pueden sobrevivir sin un hombre”. Aunque estas mujeres no expresan en forma verbal un sentido de propiedad sobre sus cuerpos, la idea está implícita en sus palabras y en sus acciones. Al grado de que el desarrollo económico, la educación y el empleo de las mujeres, y un creciente movimiento feminista, superan la propagación de los valores familiares patriarcales hecha por el Estado y la religión. El futuro de Malasia puede escuchar muchas voces, como las de ellas.

V. “PORQUE YO LOS TRAJE AL MUNDO”. LA NEGOCIACIÓN DE LOS DERECHOS DE LAS MUJERES EN MÉXICO

ADRIANA ORTIZ-ORTEGA

ANA AMUCHÁSTEGUI

MARTA RIVAS*

Es posible afirmar que en México, desde finales de los noventa y principios del siglo *xxi*, las mujeres pobres están en camino de constituirse en sujetos de derecho. Nuestra investigación se llevó a cabo en tres localidades y demostró que ellas se dan cuenta de que desarrollan su sentido de apropiación de derechos por medio de sus experiencias en tres ámbitos: la familia, la comunidad y la política estatal. Aunque muy pocas entre las estudiadas se refirieron a los derechos como tales, demostraron que su conciencia de los espacios sociales les proporciona autonomía en cuanto a la reproducción. De este modo, en el contexto familiar validan su sentido de integridad corporal y de individualidad al establecerse como madres con derecho a la autodeterminación en una sociedad donde la maternidad es un símbolo poderoso. Dentro de la comunidad participan en las cada vez más numerosas asociaciones vecinales, y así comparten sus estrategias personales sobre la forma de negociar sus ideas de los derechos. Asimismo, dentro del marco limitado de la política de planificación familiar nacional instaurada en 1974,

* Este capítulo se escribió con la colaboración de Irma Henze y la fallecida Guadalupe Musalem, quien junto con Ana Amuchástegui y Marta Rivas condujo la investigación de campo con la coordinación general de Adriana Ortiz Ortega. Agradecemos a Teresita de Barbieri, Juan Guillermo Figueroa, Lucero González, Silvia Marcos y Alicia Elena Pérez-Duarte, su contribución con la investigación de antecedentes; asimismo, reconocemos la labor de Joanna Gould Stuart e Iris López, asesoras de investigación, y la de Rosa María Roffiel, quien administró el proyecto y ayudó con la traducción al inglés.

toman decisiones relacionadas con su fertilidad, aunque en formas que no siempre corresponden con sus necesidades o derechos.

Nuestra investigación indica que la conciencia femenina sobre su sentido de apropiación de derechos en estos tres ámbitos incrementa su capacidad para participar en discusiones colectivas y valida su derecho a tomar decisiones relacionadas con su fecundidad. Por ejemplo, todas las participantes consideran que dar a luz y criar a los hijos supone un trabajo social, emocional y económico que recae sobre las mujeres. Sin embargo también reconocen que ese papel les otorga el poder de tomar decisiones, debido a que la maternidad y el cuidado y atención de los niños y ancianos siguen siendo actividades principalmente femeninas que conllevan (aunque sea de manera simbólica) un reconocimiento social en México. Al participar en los grupos de la comunidad, que mayormente abogan por sus derechos económicos, al mismo tiempo que desarrollan una conciencia general de derechos intercambian información sobre sexualidad y anticoncepción, o sobre cómo oponer resistencia a la violencia doméstica. Finalmente, reconocen que se apoyan, aunque de manera no inmediata y más problemática, en las clínicas públicas de planificación familiar para ejercer el derecho a regular su fertilidad independientemente de la opinión de sus esposos, suegros y familias de origen.

En años recientes la intervención de las mujeres pobres en la esfera pública ha sido interpretada por los movimientos activistas o por los investigadores sociales como una extensión de sus roles como esposas y madres en un contexto de depauperación de los niveles de vida y de crisis económica (Logan, 1990; Kaplan, 1990). Se argumenta que su incapacidad para realizar las tareas privadas que de ellas se esperan las obliga a actuar, ampliando sus funciones de madres para acompañar una imagen pública, presentando sus demandas como un respaldo a las necesidades de los demás (Safa y Butler, 1992). En contraste, nuestra investigación encontró que estas mujeres utilizan las reuniones de grupos comunitarios para hablar de sus propias preocupaciones en la esfera privada, tales como la violencia doméstica y sus estrategias para reaccionar ante ésta, o cómo obtener alguna forma de control de la natalidad que sea confiable, así como las restricciones que les impone la realidad de la esfera pública, concretamente la desconfianza en las insti-

tuciones del Estado y la arrogancia de los funcionarios del sector salud.¹

En este sentido, su capacidad para traducir su emergente sentido de apropiación debe ser ubicada en un contexto particular: una cultura en que los derechos de las mujeres a la individualidad y al control reproductivo no se derivan de la ciudadanía sino que deben ser ganados a los demás o concedidos por ellos, principalmente por medio de un trabajo doloroso, o del maltrato; un legado de corrupción burocrática que provoca mayor desconfianza en las instituciones judiciales y legales e incluso en la comunidad médica, en especial para las mujeres rurales pobres; y la movilidad geográfica y social restringida, especialmente para las campesinas, lo que coarta su sentido de ciudadanía más allá de la comunidad. Así pues, para todas las mujeres que participaron en este estudio, la democracia y la participación civil siguen siendo experiencias ajenas; de ahí que a los asuntos de gobierno y de las instituciones legales se les considere privilegio de las élites.

Sin embargo, moderando de alguna forma estas restricciones sobre la participación civil y democrática, ha sido evidente el éxito de la movilización popular en México desde los años ochenta. Después de la crisis económica de 1981, el terremoto de la ciudad de México de 1985, la disminución de la capacidad del partido gobernante para controlar todos los aspectos de la vida política, y el aumento de la participación política y civil fuera del sistema de partidos, el activismo de los grupos comunitarios se convirtió en un medio por el cual las mujeres pobres fueron capaces de obtener vivienda, servicios básicos o alimentos para su familia (Logan, 1990; Hellman, 1995).² Como lo confirma esta investigación, el éxito de las mujeres pobres como colectoras y distribuidoras de escasos recursos ha servido no sólo para politizar sus demandas de servicios

¹ Al respecto nuestra investigación se ajusta a un trabajo más reciente donde se plantea que las organizaciones de mujeres a menudo combinan las demandas de apropiación con la lucha por satisfacer las necesidades de la comunidad (véase Stephen, 1995).

² Después del terremoto de 1985 diversos grupos de mujeres pobres tomaron el liderazgo al prestar auxilio en los vecindarios consiguiendo suministros de agua y alimentos de emergencia y ayudar a las personas a sobrellevar el desastre (Lamas *et al.*, 1995).

sociales, sino también para ayudar a reconectar el carácter público y el privado de sus actividades reproductivas. Esto es cierto en todos los sitios de investigación, tanto urbanos como rurales, lo que sugiere que la participación femenina en la comunidad no está aislada ni limitada a los centros urbanos.

También descubrimos que aunque la participación en grupo les ha permitido mejorar la concepción de sus derechos tanto en las esferas personales como en las públicas, no ha cambiado su percepción de las estructuras políticas y económicas del país. Esto sugiere que mientras la justicia se imparta en forma arbitraria y preferencial, y los derechos humanos, sociales, económicos, sexuales y reproductivos reciban sólo respeto limitado, las mujeres pobres podrán ser capaces de mejorar su sentido personal de apropiación, pero no de traducirlo en demandas de sus derechos legales y de un eficaz cumplimiento por medio de las agencias públicas.

Las opiniones que aquí se presentan no las expusieron las mujeres más pobres y desposeídas ni algunas luchadoras sociales excepcionales. Por el contrario, son representativas de un creciente movimiento de activismo político en México de las mujeres del pueblo, un movimiento que procura construir una fuerte tradición de participación de ellas como consumidoras y como distribuidoras de servicios (Tarrés, 1992). Dicha participación femenina en redes de apoyo social surge de una larga historia que data de la revolución de 1910 y del subsecuente proceso de construcción de la nación (Logan, 1990; Hellman, 1994; Macías, 1982).³ Sin embargo, los últimos 20 años han visto un rápido aumento de su notoriedad social y su activismo político. Mientras que en los años setenta algunos cientos de mujeres participaban en movimientos sociales, en la actualidad se cuentan por miles; antes establecían su base sólo localmente, ahora se han aliado con diversas redes, entre ellas la Red Contra la Violencia Hacia la Mujer, la Red Campesina Nacional y la Red Nacional de Educadores Populares.⁴ En un esfuer-

³ Dicha participación fue posible, en parte, debido a las mejoras en la salud y la educación de gran cantidad de personas durante ese periodo (Massolo, 1989).

⁴ Durante la Década para la Mujer de la ONU (1975-1985), las latinoamericanas se esforzaron por formar relaciones entre mujeres de clase media y pobres integrando los movimientos en contra de la clase y la desigualdad de género (Lamas *et al.*, 1995; Sternbach *et al.*, 1992).

zo por reconciliar sus papeles tradicionales con las demandas de cambio, las mujeres del pueblo han recurrido a una añeja tradición de activismo comunal y han desarrollado nuevas fuerzas —al unirse a movimientos democráticos, al hacer campaña en favor de la reforma de la tierra, al defender los derechos humanos y al organizarse en favor de los derechos de los trabajadores (Logan, 1990; Lamas *et al.*, 1995; Stephen, 1995; Massolo, 1989; Tuñón Pablos, 1987).

Más recientemente, en 1994, irrumpe en la escena política el movimiento zapatista, donde las campesinas han desempeñado un papel importante. Este movimiento se ha esforzado por dar cabida a las demandas de las mujeres y por una transformación social que incluya la salud reproductiva, el acceso a la información, la nutrición, los servicios de salud y el control sobre su propia fecundidad (Marcos, 1994). Así pues, estos movimientos muestran la emergencia de un proceso por el cual la construcción colectiva de las opiniones femeninas alrededor de los derechos humanos y sociales puede derivar en la insistencia de que los temas de sexualidad y reproducción deben ser incluidos en la agenda del cambio político y social a escala nacional.

UN PROYECTO ORIENTADO A LA ACCIÓN

El equipo de IRRRAG de México consideró particularmente importante reconocer que las mujeres han venido interviniendo cada vez más en la vida política del país, debido a que la finalidad del proyecto era explorar la forma en que las mujeres populares toman decisiones sexuales, de anticoncepción, reproducción y de crianza en el contexto de sus esfuerzos por promover el cambio social así como su limitado acceso a los recursos materiales y sociales. Los integrantes del equipo mexicano de investigación compartimos la idea de que el empoderamiento de las mujeres podía surgir sólo en el contexto de una sociedad más abierta, y que las preocupaciones específicas de ellas se encuentran generalmente fundadas en tratar de mitigar la pobreza y la desigualdad y propugnar por la democratización. Como resultado, el equipo decidió adoptar un enfoque orientado a la acción, dirigido a las mujeres

pobres que participan activa y regularmente en organizaciones comunitarias, incluyendo a las indígenas, tanto en las áreas rurales como en las urbanas. Quisimos comprobar la hipótesis de que las que habían participado en la arena pública por medio de su intervención en la comunidad podrían reunir nuevamente las dimensiones pública y privada de la reproducción en la misma forma en que construyen sus apropiaciones.

Las entrevistadas no pertenecían a grupos educativos o económicos privilegiados ni eran líderes de sus grupos. De las 50 organizaciones que abarcó el estudio, 12 eran de base popular, e incluían 1) grupos comunitarios o vecinales que trabajan en la organización de demandas ciudadanas sobre vivienda, salud y servicios públicos; 2) cooperativas independientes formadas por mujeres para producir artículos manufacturados, productos agrícolas, o artesanías, y 3) grupos religiosos.⁵ Las tres restantes eran agrupaciones sindicales (el medio tradicional donde se organizan las mujeres que entran al mercado laboral formal).

La investigación se realizó en tres localidades: la ciudad de México, Oaxaca y Sonora. En la ciudad de México, la capital federal, se han concentrado los servicios económicos y los recursos po-

⁵ Los grupos que participaron en el estudio incluyeron: ciudad de México: Servicios de Desarrollo y Paz (Sedepac), una organización comunitaria católica; Comunidad de Desarrollo Integral Copilco (Codic), una organización católica filantrópica; Unión Popular Nueva Tenochtitlán (Unpnt), un grupo de vecinas; Sindicato de la Universidad Autónoma Metropolitana (Situm); el sindicato de la universidad de trabajadores de oficina y administrativos; y Servicio Integral para la atención de la Mujer (SIPAM), una cooperativa de salud. Oaxaca: Sindicato de Trabajadores de la Universidad Autónoma de Oaxaca "Benito Juárez"; Grupo Xande, un grupo de mujeres tlahuilotecas; Grupo de Promotoras de Salud Voluntarias de los Valles Centrales de Oaxaca; un proyecto de colaboración por la salud de las mujeres que trabaja en diversas comunidades zapotecas; DGNAA Ruyin Chee Lahady, Mujeres que Tejen Cobijas, un grupo zapoteca en Teotitlán; y el Grupo de Mujeres del Comité del Templo de Ejutla de Crespo, un grupo rural religioso de Oaxaca. Sonora: Comunidad de la Y, una organización comunitaria católica de Hermosillo; Mujeres Maquiladoras de la Guardería Wilson Jones, trabajadoras migrantes no sindicalizadas de Nogales organizadas por medio de la guardería Wilson Jones; Sindicato de Trabajadores y Empleados de la Universidad de Sonora (STEUS), un sindicato de aproximadamente 1 200 trabajadores universitarios; Mujeres Unidas de la Comunidad de la Colonia Marte R. Gómez, un grupo por la reivindicación de las mujeres a la tierra y la vivienda cerca de Ciudad Obregón; y una tribu yaqui, un grupo étnico.

TABLA V.1
 Posición social de las mujeres mexicanas en tres regiones⁶

<i>Indicador</i>	<i>Todo el país</i>	<i>Ciudad de México</i>	<i>Oaxaca</i>	<i>Sonora</i>
Porcentaje de mujeres con educación, 1992	91.5	97.2	78.8	97.2
Porcentaje de mujeres como fuerza de trabajo, 1992	33.4	44.0	45.8	30.3
Tasa de fecundidad total, 1990	2.5	2.0	2.8	2.5
Razón de mortalidad materna, 1992-1994	1 399	115	100	24

Fuente: INEGI, 1990, 1992, 1993.

líticos a través de la historia; la educación y el empleo están por encima del promedio nacional y las tasas de fecundidad y mortalidad materna se encuentran por debajo de él. En Oaxaca, estado sureño con población indígena numerosa, es limitado el empleo en el sector formal y son altas las tasas de migración; figura entre los estados con tasas de fecundidad y mortalidad más altas del país. Sonora se ubica en la frontera con EU y tiene el ingreso per cápita más alto del país. Aunque el alfabetismo femenino es superior al promedio nacional y su tasa de fecundidad es aproximadamente igual a la de la nación en conjunto, su participación en la fuerza de trabajo está por debajo del promedio nacional, como se advierte en la tabla V.1.

La información sobre educación, ocupación, estado civil y fertilidad fue recolectada por cada una de las mujeres citadas en este capítulo (véase tabla V.2). Como pretendíamos obtener datos cualitativos más que cuantitativos, diseñamos entrevistas individuales

⁶ Las redefiniciones de 1994 han dificultado el uso de estas cifras en análisis comparativos, ya sea con el pasado o con otros países. Por ejemplo, la categoría “mujeres que han tenido alguna educación” ha reemplazado la de alfabetismo femenino; “participación femenina en la fuerza laboral” se ha vuelto a definir para incluir todo tipo de actividades en el sector formal.

TABLA V.2
Mujeres entrevistadas

<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Escolaridad</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Trabajo</i>	<i>Hijos</i>	<i>Método de control de la natalidad</i>
CIUDAD DE MÉXICO						
Alicia	43	Técnica	Soltera	Ninguno	0	Sí; no especificado
Emilia	31	Secundaria	Soltera	Ninguno	1	DIU (después del 1 ^{er} hijo)
Pilar	28	Preparatoria	Separada	Sector informal	3	DIU (después del 3 ^{er} hijo)
Ángeles	41	Primaria	2 ^a pareja	Empleada	3	Esterilización
Juana	60	Ninguna	Viuda	Ninguno	9	Ninguno
Patricia	26	Secundaria	Unión libre	Ninguno	2	Esterilización
Hortensia	43	Ninguna	Unión libre	Ninguno	10	Esterilización
Rosa	35	Preparatoria	Casada	Ninguno	2	Retiro
Sofía	27	Primaria	Unión libre	Doméstica	2	Sospecha de esterilización
OAXACA						
Dolores	30	Secundaria	Casada	Secretaria	2	Ritmo natural
Natalia	44	Primaria	Soltera	Agricultora	3	Ninguno
Teresa	46	Primaria	Casada	Ninguno	8	DIU (después de todos los embarazos)
Virginia	27	Primaria	Casada	Ninguno	2	DIU
Amelia	39	Enfermería	Casada	Voluntaria	2	Ninguno
Laura	33	Ninguna	Soltera	Tejedora	0	Ninguno
Vicenta	21	Primaria	Soltera	Tejedora	0	Ninguno
Sara	30	Primaria	Casada	Agricultora	3	Ninguno
Rocío	40	Primaria	Casada	Ninguno	3	Esterilización
Ofelia	40	Técnica	Casada	Secretaria	3	Esterilización

SONORA

Gabriela	47	Primaria	Casada	Pastelera	3	Esterilización
Alejandra	38	Primaria	Casada	Doméstica	5	Esterilización
Eulalia	28	Preparatoria	Soltera	Maquiladora	2	Píldora
Mariana	42	Primaria	Casada	Doméstica	2	Esterilización
Ernestina	40	Preparatoria	Divorciada	Doméstica	7	DIU
Isabel	36	Primaria	Casada	Doméstica	4	Píldora después del 3 ^{er} hijo
Lucía	48	Primaria	Soltera	Vendedora	6	Ninguno
Marta	40	Primaria	Viuda	Doméstica	7	Esterilización
Petra	38	Ninguna	Viuda-unión libre	Ninguno	8	DIU
Herlinda	27	Primaria	Casada	Maquiladora	2	DIU

abiertas para permitir que las mujeres articularan sus propios puntos de vista sobre la reproducción y la maternidad, la participación de grupo y la toma de decisiones. Las entrevistas grupales, a las que acudió un total de 141 mujeres, sirvieron para recrear el contexto de cada organización y proporcionaron una fuente de observación adicional.⁷ Durante tales entrevistas no se permitió la presencia de hombres ni de otras figuras de autoridad. En la ciudad de México y en Oaxaca, la dramatización permitió a las mujeres expresar sus preocupaciones y explorar sus sentimientos y emociones sin el temor de que sus vidas personales fueran expuestas o de que su identidad y privacidad estuvieran en peligro.

Después de las entrevistas de grupo se invitó a dos o tres mujeres a participar en entrevistas a profundidad, que se llevaron a cabo en dos y a veces en tres sesiones separadas. En las individuales participaron 29 mujeres; además hubo un promedio de dos entrevistas de grupo por cada organización. En Sonora se hicieron 10 entrevistas individuales, junto con dos grupales en Nogales (ciudad fronteriza con una floreciente industria maquiladora) una con mujeres yaqui; y cinco en Hermosillo, la capital del estado. En la ciudad de México se realizaron nueve entrevistas individuales y seis grupales. En Oaxaca se llevaron a cabo 10 entrevistas individuales y cinco de grupo, que incluyeron a participantes de la ciudad de Oaxaca y de diversas comunidades indígenas de la región.

Por medio de esta investigación el equipo mexicano llegó a reconocer que la reproducción no es simplemente una actividad biológica que tiene lugar en el cuerpo de las mujeres durante sus años fértiles. Por el contrario, es una esfera que conecta la reproducción biológica femenina con el cuidado a l@s hij@s y a l@s ancian@s, y con el desempeño de sus papeles tradicionales como creadoras de la familia y vigilantes de la comunidad. De este modo, compartimos la percepción del equipo de Brasil en cuanto a que la llamada “carrera reproductiva de las mujeres”, que incluye el cuidado de l@s niñ@s y las labores del hogar, se extiende durante toda su vida (véase el capítulo II). Partimos de la idea de que entre las mujeres

⁷ Utilizamos el término “entrevista de grupo” en lugar de “grupo focal” debido a que el proceso incluía una exploración abierta de normas y valores más que una evaluación guiada de temas particulares.

pobres, las más adecuadas para articular las brechas existentes entre la posición de las mujeres en la esfera de la reproducción y su capacidad para ejercer sus derechos reproductivos son las que participan en grupos.

Este capítulo examina el proceso por medio del cual las mujeres pobres de tres comunidades de México están forjando en el periodo actual de creciente activismo político un sentido de apropiación como participantes con voz, y sus esfuerzos por revitalizar la democracia mexicana. También presenta sus opiniones, trata de conocer las posibilidades y límites de sus negociaciones diarias alrededor de los derechos reproductivos, y concluye con una polémica sobre los cambios estructurales y personales necesarios para permitir que los derechos reproductivos de las mujeres lleguen a ser una realidad. Al igual que todos los estudios sobre el tema, los resultados están condicionados por lo que Rosaldo (1991) llama “la posición” de l@s investigador@s: las actitudes y conceptos que influyen en su interacción con las participantes y los tipos de conocimiento adquirido. La edad, la raza, el género, la clase, la orientación sexual y la educación, pesan en el tipo de lazos que se establecen con las participantes y en la información que se genera. En nuestro caso, una de las principales lecciones que aprendimos durante este proceso fue que es difícil, tanto para las participantes como para l@s investigador@s, hablar sobre las prácticas sexuales y los sentimientos dando suficiente espacio a la expresión de diferencias. Esto lo confirmó el hecho de que durante las entrevistas las expresiones de actividad sexual sólo correspondieron al modelo heterosexual dominante dentro de relaciones estables. Junto con otros equipos del IRRRAG, los integrantes del equipo mexicano tuvimos que reconciliar nuestra creencia en la naturaleza del empoderamiento y elección individual con nuestra preocupación por escuchar las prioridades de las entrevistadas.

LA ECONOMÍA POLÍTICA DE LA VIDA DE LAS MUJERES

A pesar de que han surgido formas de participación política no controladas por el Estado desde los años ochenta, éste aún se encuentra dominado por el Partido Revolucionario Institucional (PRI),

desde su fundación en 1929. El sistema político continúa siendo abrumadoramente clientista y deriva su legitimidad de cadenas entrelazadas de relaciones patrón-cliente (Cosío, 1974).⁸ Antes de los años sesenta el propio Estado manipulaba la expresión del pluralismo político, la movilización de masas y las demandas políticas. Desde entonces, mientras que los movimientos sociales —en especial el estudiantil de 1968 y los de mujeres— han abierto espacios para una mayor participación democrática de la sociedad civil, los intentos por plantear sus demandas en la arena institucional se enfrentan continuamente con el poder del sistema que pretende cooptar y redirigir estos esfuerzos (Hellman, 1995).⁹

La participación femenina en los denuedos crecientes por provocar un cambio político refleja su cada vez mayor oposición a una economía dependiente basada en la acumulación del capital extranjero, que descansa en la inversión extranjera de corto plazo en áreas de alta remuneración, como las plantas manufactureras, la industria turística, o la bolsa de valores. Este modelo de acumulación de capital ha estado acompañado por una transferencia sostenida de recursos a los países del norte, en particular a Estados Unidos —especialmente después de la crisis económica de diciembre de 1994—. ¹⁰ Para satisfacer a las instituciones internacionales de crédito, el gobierno ha adoptado severas políticas de ajuste estructu-

⁸ Los “patrones” son personas con una posición política alta. Proporcionan protección, apoyo en las luchas políticas y oportunidades ascendentes de movilidad económica y política para sus “clientes”, personas con menor posición política. A cambio, los “clientes” les brindan lealtad, deferencia y algunos servicios, tales como movilizaciones que favorecen a sus patrones dentro del partido o la burocracia.

⁹ El éxito del Estado al respecto ha llevado a algunos a argumentar que el proceso de creación de demandas sobre el sistema en realidad no puede fomentar un cambio social sino aumentar la centralización del poder y reforzar los mecanismos de control, por lo menos en el corto plazo (Hellman, 1995).

¹⁰ La inyección de fondos de emergencia por el gobierno de EU y el pago de éstos, garantizado y sufragado en términos muy severos, han acelerado la transferencia de capital, dificultándole a México conseguir alguno de los beneficios que le prometió la unión en el TLC (Tratado de Libre Comercio que firmó con Estados Unidos y Canadá en enero de 1994). Mientras en algunos estados como Sonora se ha visto un incremento en el empleo, el aumento de la privatización y la reducción proteccionista en la industria local, han hecho que las principales beneficiadas con el TLC sean las compañías estadounidenses.

ral, que incluyen el recorte del gasto social y la prioridad de pago de la deuda externa. Durante los tres primeros meses de 1995 la cantidad de recursos utilizados para pagar los intereses de esta deuda equivalían a la inversión extranjera que recibió el país entre 1993 y 1994 (Fernández, 1995).

Dicho ajuste estructural ha ocasionado el aumento del desempleo entre los trabajadores capacitados y el incremento de la demanda de mano de obra no sindicalizada y barata. En este contexto, el desempleo dio un salto de 3.4% en 1981 a 22.9% en 1987 (Parés, 1990). La participación femenina en el mercado laboral ha aumentado de manera fija desde los años cincuenta, cuando alcanzaba 13%; ya para principios de los noventa constituía un tercio de la fuerza de trabajo (Hernández y Hernández, 1995). A pesar de ello, desde 1980 el nivel de vida de las familias mexicanas ha disminuido dramáticamente junto con el poder de compra individual: el ingreso per cápita cayó 15% de 1980 a 1989 (Benítez, 1990). Se estima que durante la década de los noventa casi la mitad de la población mexicana, 40 millones de personas, vivía por debajo de los límites de pobreza, y que alrededor de 17 millones padecen pobreza extrema (Pamplona *et al.*, 1993). La participación femenina en la fuerza laboral no mejoró sus condiciones, ya que ellas, junto con l@s niñ@s y l@s ancian@s, son las más dañadas por los efectos salariales de las políticas de ajuste estructural en el ingreso familiar y los niveles de vida.

Las mujeres pobres en particular carecen de un sistema de apoyo que les permita entrar al mercado laboral formal, y ello las lleva a desempeñar trabajos que pueden combinar con las responsabilidades domésticas. El empleo femenino se concentra en los puestos de menor paga del sector informal, tales como el servicio doméstico y la venta de alimentos; 70% de las empleadas trabaja en el sector informal, y llegó a conformar 96.6% de los empleados domésticos durante 1990 (Suárez, 1992). La edad promedio de las trabajadoras varía de 25 a 34 años de edad; mientras en los sesenta eran solteras cuya edad iba de 20 a 24 años. La creciente entrada de mujeres en edad reproductiva al mercado de trabajo atestigua el hecho de que un solo ingreso ya no es suficiente para cubrir las necesidades familiares (García, 1993). Esto hace más difícil que las jóvenes encuentren trabajo.

Para las mujeres, las oportunidades de trabajo también están restringidas por la extremadamente desigual distribución de oportunidades educativas en México, en donde seis millones de personas son analfabetas, y de éstas 62% son mujeres. El analfabetismo se concentra en los estados del sur de la República, donde habitan las poblaciones indígenas y rurales más numerosas. El número de secundarias y escuelas técnicas ha aumentado tres y media veces, mientras el de primaria se ha incrementado sólo una y media veces en los últimos 20 años (Gutiérrez, 1992). Adicionalmente los recursos educativos se han concentrado en unos cuantos centros urbanos con el propósito de producir los trabajadores técnicos y profesionales que requieren las firmas extranjeras. En tal contexto, parece que al Estado le resulta imposible satisfacer las necesidades de educación básica de 20% de la población y simplemente ignora las necesidades del campesino pobre.¹¹ Como resultado, más y más mujeres emigran a las ciudades en busca de empleo, mientras los varones se quedan en el campo para trabajar la tierra. Desde los años cincuenta la migración interestatal de mujeres ha sobrepasado a la de varones en una proporción de 100 a 88. Actualmente encontramos que las mujeres están emigrando cada vez más a Estados Unidos (Cantú Gutiérrez y Moreno Neira, 1990). Las jóvenes se afanan por aumentar el ingreso familiar, o en su defecto, por disminuir la presión económica de las familias migrando a las ciudades en busca de trabajo y enviando por lo menos una parte de sus ganancias a casa.

Luego entonces, la migración urbana, la escasez de vivienda y el creciente ingreso de mujeres a la fuerza laboral con bajos salarios, se han combinado con su expectativa de una mejor vida y la continuación de sus roles tradicionales, favoreciendo el retorno de la familia extendida. Las familias extendidas, que pueden incluir a varios parientes además de los padres e hijos, representaban 22.7% de todas las familias para 1970 y 25.1% para 1985 (De Oliveira, 1988). Además, para 1984 el número de hogares encabezados por

¹¹ Sin embargo, una educación universitaria no les brinda automáticamente mayores oportunidades de trabajo. Por el contrario, debido a que ciertos campos se están feminizando éstas se están devaluando socialmente. Las mujeres educadas encuentran que están sobrecualificadas, desempleadas o sobreexplotadas cuando ingresan al mercado laboral (Muñoz y Suárez 1990).

mujeres había crecido a 58% de todas las familias, en comparación con 27% en 1970, justificando así el uso del término “feminización de la pobreza” (Acosta, 1992).

SALUD DE LAS MUJERES

Aunque la labor de las mujeres en la producción y la reproducción ha crecido significativamente, las instituciones sociales no reconocen esta realidad. El deterioro de las condiciones de vida y las responsabilidades crecientes de la crianza y el cuidado del hogar toman la cuota más dramática en la arena de la salud: la tendencia de la esperanza de vida relativa está en relación directa con los niveles de vida (Jiménez, 1993). Desde mediados de los años ochenta la esperanza de vida para las mujeres ha aumentado a una tasa más lenta que la de los varones, aunque en 1990 todavía era de seis años mayor. La brecha cada vez menor refleja el trabajo cambiante, el peso de la familia y las actividades políticas de las mujeres.¹²

Entre las causas de mortalidad femenina, las contingencias reproductivas se encuentran en el primer lugar de la lista. Los padecimientos más comunes, que provocaron casi 80% de las muertes maternas entre 1984 y 1986, fueron la toxemia, hemorragias durante el embarazo, sepsis y complicaciones por aborto (Comité Promotor para la Maternidad sin Riesgos en México, 1993). Es importante observar que la mayoría pudo haberse evitado si se le hubiera proporcionado a la mujer atención médica a tiempo. La sola existencia de dicho fenómeno refleja una enorme desigualdad social, debido a que las que son pobres y viven en áreas remotas, en consecuencia, mueren con más frecuencia por estas causas. El aborto sigue siendo la excepción: se estima que existe una alta tasa de mortalidad por aborto en todo el país debido a que sigue siendo ilegal (excepto bajo ciertas circunstancias restringidas) y es difícil que se incorporen a los servicios.¹³ No obstante, el acceso

¹² Por ejemplo, en la actualidad las mujeres mueren con más frecuencia en accidentes de transporte urbano (Hernández, 1990).

¹³ Después de una intensa campaña en favor del aborto en 1981, y tras ser vencidos por una alianza de la Iglesia católica y los partidos del ala derecha, tanto los

que ofrecen las clínicas públicas al tratamiento por complicaciones de aborto es escaso en las áreas donde habitan las mujeres pobres; por tanto, es probable que la incidencia de muertes por aborto y morbilidad también sea más alta entre ellas.

La diferencia entre la mortandad materna en México y en Estados Unidos ha crecido durante el periodo de 1940-1985; de ello tenemos datos comparables. En 1940 el riesgo de muerte por una causa relacionada con el embarazo en México era 1.4 veces mayor que en Estados Unidos; en 1985 era 7.5 veces superior (Langer *et al.*, 1993). En 1990, la proporción de muertes maternas estimadas era de 110 por cada 100 000 nacimientos exitosos, mucho mayor que las 12 muertes por el mismo número de nacimientos en Estados Unidos y Canadá (OMS-UNICEF, 1996).

Actualmente el sida es la 17ª causa de mortandad femenina en el país, con 3.6 muertes por cada 100 000 habitantes (Secretaría de Salud, 1994). Durante 1996 el grado de propagación del sida aumentó más de 10 veces en menos de tres años, y México fue clasificado en el 11º lugar mundial en incidencia de la enfermedad y 3º en América Latina. Hoy día el VIH-sida ya no es privativo de los varones homosexuales y mujeres infectadas por transfusiones sanguíneas, sino que se ha convertido en una enfermedad heterosexual. De este modo, en 1987 había 23.6 varones por cada mujer con sida, para 1988 la proporción era de 14 a 1, y para 1990 había disminuido de 6.6 a 1 (Bronfman, 1990). En los primeros tres meses de 1995, de los 3 095 casos reportados de sida en mujeres adultas, 50.2% fueron contagiadas por sus parejas heterosexuales (sida-ETS, 1995). Si bien la mayor incidencia de la enfermedad aún se encuentra entre varones homosexuales y bisexuales, el número de seropositivos que mantienen relaciones heterosexuales aumentó de 85% en 1990 a 94% en 1995 (sida-ETS, 1996).

políticos como las feministas se distanciaron del tema durante los años ochenta, concentrarse en temas como el apoyo a las mujeres golpeadas y a las víctimas de violación (Brito, 1995; Lamas *et al.*, 1995). Sin embargo, al no estar dispuesto a darse por vencido ante la Iglesia católica, el Estado ha liberado la ley que permite el aborto en ciertos casos —cuando la vida de la madre está en riesgo, hay violación comprobada o anomalías en el feto que sean incompatibles con la vida— (Paxman *et al.*, 1993; Langer *et al.*, 1997); sin embargo, no se le ha dado difusión a estas reformas ni se han proporcionado los servicios que permitan a las mujeres aprovecharlas.

De hecho, el grupo de personas infectadas que presenta un crecimiento más acelerado es el de las mujeres que adquieren la enfermedad por medio de la relación sexual con sus esposos, la mayoría de quienes se infecta vía relaciones homosexuales.¹⁴ Sin embargo los funcionarios de salud rehúsan reconocer la bisexualidad masculina y la posición vulnerable de las mujeres dentro del matrimonio o las relaciones consensuales, o de las jóvenes que han iniciado su vida sexual. Como testifica este estudio, la sexualidad es un territorio donde las mujeres sienten menos capacidad para negociar, lo que las hace particularmente vulnerables a infectarse dentro de relaciones estables.

CULTURA, GÉNERO Y FECUNDIDAD

Las actitudes hacia la salud de las mujeres, especialmente la salud reproductiva, reflejan tal vez contradicciones propias de una sociedad mestiza (mezclada ancestralmente) y probablemente sean producto de la lucha de las naciones y pueblos indígenas por preservar sus culturas ante el embate del dominio colonial. Durante el periodo de la colonización española, que duró desde 1594 hasta 1834, se le dieron nuevos significados a la sexualidad y al cuerpo, elementos que en la actualidad siguen definiendo las formas de resistencia y acomodación en México. Mientras la población indígena incorporaba prácticas y valores que se asemejaban más a sus tradiciones, como la veneración de ciertas deidades,¹⁵ los colonizadores eran incapaces de reemplazar completamente las tradiciones indígenas sobre la sexualidad y la reproducción. Por ejemplo, nunca lograron imponer la idea de la separación entre el cuerpo y la mente —que en la cultura occidental sirvió para controlar la sexualidad al relegarla a un “pecado de la carne”—. Los pueblos indíge-

¹⁴ En México el número de prostitutas infectadas con el virus está creciendo con mayor lentitud que en cualquier otro grupo, lo que sugiere que las relaciones sexuales con otros varones, más que con prostitutas, es la principal causa de infección para los varones casados.

¹⁵ Por ejemplo la Virgen de Guadalupe, que se parece a la diosa azteca Tōnatzin, inspiró un culto que en la actualidad es el elemento más poderoso del catolicismo mexicano (López Austin, 1984).

nas creían que diversas emociones se centraban en diferentes partes del cuerpo, y que ello determinaba la forma en que circulaba la energía y la manera en que el individuo se relacionaba con lo divino. Además, debido a que estas culturas asumían una integración de lo masculino y lo femenino en su cosmología, el cuerpo indio, tanto masculino como femenino —aunque de diferentes maneras— ocupaba un lugar simbólico de resistencia (López Austin, 1984; Marcos, 1991 y 1992; Viqueira, 1984).

Sin embargo, en la práctica el terreno de lo simbólico coexistía con la violencia, y los cuerpos femeninos fueron más vulnerables a las imposiciones que resultaron de la colonización. La misma sociedad mestiza es producto en gran parte de la violación de mujeres indias por los españoles, pese a que la virginidad era santificada como una medida para establecer el valor de las mujeres. Aunque las poblaciones locales siguieron utilizando hierbas abortivas incluso cuando la Santa Inquisición castigaba el aborto con la pena capital, los niños que nacían fuera del matrimonio se iban incorporando a la sociedad, lo que resultó en el fenómeno conocido como mestizaje. Las prácticas de resistencia llevaron a la Iglesia católica a tratar de regular la sexualidad durante los periodos colonial y poscolonial. Aunque después del movimiento de independencia el Estado mexicano declaró su emancipación de la Iglesia, apoyó el ideal católico sobre la fecundidad de las mujeres como subordinadas al dominio de la familia y sus necesidades prescritas, lo que incluía tener muchos hijos (Ortiz-Ortega, 1996). Así, mientras el divorcio se legalizó a principios de los años veinte, la anticoncepción siguió siendo ilegal hasta 1973. Comenzando en 1920 y en todas las décadas subsecuentes, se alentó a las mujeres a demostrar su lealtad al Estado convirtiéndose en madres y trabajadoras.

A mediados de los años setenta la población de México estaba creciendo con gran rapidez y ello alentó una creciente preocupación entre las agencias de desarrollo nacionales e internacionales. La respuesta gubernamental fue variada: por un lado promovía el control poblacional, mientras que por el otro propugnaba por el derecho de los individuos a planificar la familia como una forma de autodeterminación. Al hacer esto contribuyó a mantener la separación entre instituciones occidentales de control poblacio-

nal, como la Iglesia católica, y los grupos feministas, que demandaban el derecho a la autonomía sexual y la igualdad ante la ley. De este modo, en 1973 el gobierno modificó la Constitución: la anticoncepción fue legalizada, se concedió a las personas el derecho a decidir “en forma libre, informada y responsable sobre el número y el espaciamiento de los hijos”, y a las mujeres se les otorgó la igualdad ante la ley. El propósito del Estado al otorgar igualdad a las mujeres fue facilitar su acceso directo a los métodos anticonceptivos distribuidos de manera oficial, eliminando la necesidad de aprobación del marido o la pareja. Con el fin de evitar las críticas públicas en cuanto a que había cedido a las demandas imperialistas, el gobierno creó un modelo de planificación familiar que pretendía limitar y espaciar los nacimientos. Para no ejercer demasiada presión en su relación con la Iglesia católica, el aborto se dejó fuera del ámbito de la nueva política de población, que se presentaba como una campaña de “paternidad responsable”.

Así pues, la política de población nacional, introducida en 1974 se enfocó en la educación pública así como en la dotación de anticonceptivos orales, la colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) y la promoción de la esterilización. Su aparición aparentemente coincidía con una transición demográfica que ya estaba en camino. Las encuestas que se realizaron por entonces en las áreas urbanas, mostraron que las mujeres querían tener tres hij@s en lugar de cuatro (Elu, 1970). Durante las dos décadas en que se ha venido practicando esta política de población, México ha reducido su tasa de fecundidad nacional de 3.1 a 2.5 (véase tabla IV.1), pero todavía se debate el grado en que esta disminución refleja los deseos y la voluntad de las mujeres. Los esfuerzos entusiastas tendientes a que las mujeres acepten la anticoncepción permanente o semipermanente han sido ampliamente criticados por los grupos femeninos, que acusan a los médicos, obligados por la Secretaría de Salud, de presionar con regularidad a sus pacientes a que acepten utilizar el DIU o a que se realicen una esterilización, especialmente en las clínicas de gobierno, las cuales prestan servicio a casi 80% de la población (Katz, 1995). El personal médico no les informa sobre otros métodos de anticoncepción y con frecuencia inserta los DIU o realiza operaciones de esterilización sin su consentimiento. En este punto es necesario tomar en cuenta que el aborto se utiliza en

forma extensa, a pesar de la dificultad que representa obtenerlo por la vía legal. Se calcula que en México se realizan más de 500 000 abortos cada año, pero los grupos feministas estiman que el número es considerablemente más alto (Langer *et al.*, 1997; Katz, 1995). Según una encuesta de 1992, por lo menos 69% de la población cree que la decisión de tener un aborto no le corresponde al Estado o a la Iglesia, sino que debe dejársele a las mujeres (Cohen, 1995).

México firmó la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación en Contra de las Mujeres en 1981, y más recientemente aprobó el CIPD Programa de Acción de El Cairo en 1994, en donde se condena de manera específica la coerción para inducir la planificación familiar; y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Pekín de 1995, que reconoce los derechos sexuales y reproductivos de ésta. Sin embargo los esfuerzos por legalizar el aborto no han tenido éxito, y los programas que permiten a las mujeres tomar decisiones informadas entre una variedad de métodos de planificación familiar y lograr una salud reproductiva completa no se han materializado al fracasar la traducción en la legislación de las provisiones constitucionales, y pervivir la falta de distribución de recursos del Estado para su instrumentación.

CONSTRUYENDO LA APROPIACIÓN: LAS VOCES DE LAS MUJERES

A pesar de las deficiencias de la política de población nacional, nuestro estudio sugiere que las tradiciones populares de resistencia se combinan con nuevas formas de actividad grupal y de conciencia compartida en la toma de decisiones sobre la fecundidad de las mujeres pobres. El concepto de apropiación, según llegó a entenderlo el equipo del IRRRAC, abarca todo lo que las mujeres consideran propio; esto incluye las ideas de identidad, la integridad corporal, la autopropiedad y la maternidad. La palabra “apropiación” no tiene traducción exacta al español equivalente a la palabra en inglés, y aquí se advierte la dificultad de considerar a las mujeres (o los varones) como sujetos de derechos en las diferentes culturas y fronteras nacionales. Sin embargo el concepto

nos permitió evaluar las condiciones que dan forma a las decisiones de las mujeres en las esferas personal, familiar y de salud, y los términos y estrategias según los cuales conciben y se esfuerzan por lograr la autodeterminación.

Participación grupal: “Nada me detendrá...”

En casi todos los sitios las entrevistas confirmaron la hipótesis de que su participación en un grupo proporciona a las mujeres un sentido de pertenencia que les permite reconocerse como personas con derechos en ciertas áreas de sus vidas.¹⁶ En la mayoría de las localidades estudiadas encontramos que la participación en un grupo es una condición previa para que expresen sus derechos en forma pública. Incluso en los grupos creados por sacerdotes o monjas, autoridades del gobierno, o líderes populares masculinos, se encontró que mientras las mujeres se reúnen con regularidad, se adueñan del espacio proporcionado para el grupo y lo toman como algo de su propiedad. Una mujer de Sonora explicó que debido a que asistía a las reuniones, su esposo afirmaba que ella tenía otro hombre. “Yo le dije: ya estoy ahí, y nada, ni siquiera tú o mis hijos, hará que deje de asistir al grupo.”

La participación de grupo tiende un puente entre los terrenos privado, público y comunal; es el punto de entrada de las mujeres a la arena pública. La mayoría de las entrevistadas se unía a los grupos para luchar por una mejor vivienda, servicios públicos, prestaciones de salud, o simplemente para aumentar el bienestar de su comunidad. Aquellas que se unían a grupos religiosos lo hacían por disfrutar del alivio que proporciona la fe en sus vidas, pero se quedaban porque adquirían conocimientos. Como explicó una integrante del grupo “Salud Colectiva de Todas las Mujeres” en la ciudad de México: “El año pasado Leti [la trabajadora de salud de la comunidad] nos informó sobre la manera en que podemos ayudar a aconsejar a nuestras familias, cómo podemos evitar el abuso

¹⁶ En tal sentido, la experiencia que relataron estas mujeres se ajusta a una transformación conocida en la literatura como “apropiación de las mujeres” (Craske, 1993; Hellman, 1995; Batliwala, 1994).

sexual; aprendimos más sobre nutrición, embarazo y cuidado de los niños.”

Una vez activas, encontraron que podían darse entre ellas el apoyo que construye su sentido de persona. Después de varios años, algunas sentían derecho a trabajar fuera del hogar, por ejemplo, o para decidir de manera más abierta sobre el número de hijos que tendrían. Una mujer del sindicato de Oaxaca explicó:

Para mí, tener derechos significa que puedes realizar una actividad, puedes trabajar y ayudar en la casa con dinero; quiero decir que no sólo porque tu pareja está trabajando, debes esperar que sólo él sea quien tome las decisiones, o que te dé dinero. También tenemos el derecho de cooperar y de tomar decisiones. Todavía hay muchas personas que creen, incluso en la actualidad, que las mujeres no tienen derecho de trabajar y que el hombre debe darles todo. Bueno, no es así.

Curiosamente, los únicos dos grupos en que las mujeres no obtuvieron este sentido de apoyo, fueron aquellos que estaban directamente relacionados con su trabajo. En la guardería de una maquiladora en Nogales (Sonora), ellas explicaron que el personal de la guardería preside las reuniones y sólo se tratan las actividades diarias relacionadas con el centro. De igual modo, en el Sindicato de la Universidad Metropolitana (SITUAM) en la ciudad de México, las entrevistadas dijeron que debido a las rivalidades políticas entre el sindicato y la universidad no era apropiado discutir asuntos personales durante las reuniones.

Una de las razones por las cuales el grupo desempeña un papel tan importante en la vida de estas mujeres es que la familia, sea extendida o nuclear, no les permite expresar abiertamente sus preocupaciones. El asistir a los grupos se convierte en un derecho que conquistan después de enfrentar la oposición del esposo o de la familia. No sorprende que la participación de ellas en un grupo cree tensión en las relaciones hombre-mujer, la cual a menudo queda sin resolver. Sara, miembro de un grupo religioso en Oaxaca, explicó:

Lo que me gustaría es tener más libertad, eso es lo que quiero. Me gustaría hacerlo entender que no salgo a perder el tiempo en la calle. Nunca salgo relajada porque en el momento en que salgo comienzo a

ponerme nerviosa y a pensar que tengo que regresar a casa inmediatamente. Quiero regresar porque él se enoja muchísimo, y yo vivo con esa preocupación todo el tiempo.

Ya que la lucha por participar en una agrupación a menudo puede durar años, los grupos formados para resolver diversas necesidades sociales se convierten con facilidad en plataformas que elevan la conciencia. Para las entrevistadas de las tres comunidades, “el grupo” representa el único espacio donde pueden compartir sus experiencias sobre temas secretos tales como la sexualidad y la reproducción.¹⁷ Creemos que así desarrollan un sentido de apropiación. Una mujer del sindicato de Oaxaca explica:

Si me preocupo por algo y no puedo resolverlo, y tampoco tengo idea de cómo hacerlo, lo comparto con el grupo, surgen ideas nuevas y cada una de nosotras aporta algo y te dice: “Yo hice esto o aquello.” Así que pienso que es muy importante tener un grupo. Además, en tu tiempo libre, que es reducido todos los días, siempre puedes visitar al grupo. Tal vez venimos a las reuniones para deshacernos de todos los pequeños inconvenientes del día, ¿cierto?

Debido a este apoyo, algunas afirmaron que esa participación les permitía manejar la violencia de sus esposos o parejas. Una participante del grupo indígena de Xande en Oaxaca afirmó:

Cuando los esposos salen a trabajar no tienes ningún problema de que te repriman sobre dónde andas y por qué llegas tarde y todo eso. Para mí, cuando comencé, fue un grave problema, pero vi que lo que hacía era bueno para la comunidad y dije: “No me importa lo que él diga, estoy haciendo algo bueno, no estoy haciendo nada malo” [...] sólo cuando bebe, cuando está borracho tengo más problemas.

La participación grupal puede ayudar a estas mujeres a darse cuenta de que la violencia y la privación económica son condiciones que no sólo las afectan, sino que representan problemas para

¹⁷ Los tabúes sobre la sexualidad son tales que este hecho en sí mismo sólo fue revelado a los investigadores dentro del contexto de las entrevistas individuales relativamente más seguras, pero no en las entrevistas de grupo.

una gran número de mujeres. De igual modo, al romper con su aislamiento, la participación fue especialmente importante para aquellas que viven en comunidades remotas y que se han convertido en marginadas —básicamente madres solteras y en algunos casos mujeres solteras o viudas que rehúsan ajustarse a los valores sexuales dominantes—. En los casos en que las entrevistadas se habían convertido en promotoras de la salud o habían alcanzado la autosuficiencia por medio de la participación en el grupo, explicaron que en ocasiones habían obtenido con el tiempo el respeto de sus comunidades. Natalia, una madre soltera que participa en un grupo de educación de la salud en un área rural de Oaxaca, describió dicho cambio:

Unirme al grupo fue muy importante para mí porque ahora las personas de mi pueblo me ven de manera diferente. No es como antes. Antes, no era nadie, por así decirlo. Ahora no. En la actualidad, todos dicen: “Vamos a buscarla, ella sabe” [...] o vienen y me consultan sobre sus problemas y me preguntan: “¿Qué me puedes recomendar sobre los anticonceptivos?”, o “¿Qué debo hacer con este problemita?”, etcétera.

Pero Laura, también de Oaxaca, muestra que obtener tal reconocimiento sigue siendo un poco complicado:

Sólo ahora es cuando tengo más libertad, pero no soy completamente libre incluso ahora, todavía me observan. Cuando tenía quince años no podía salir sola, ni siquiera a la tienda, mi madre no me dejaba. Tampoco podía salir con amigas, sólo con ella o con otros adultos. Eso todavía sucede en la actualidad; no se acepta que las mujeres anden solas en las calles. Tengo una amiga que no sale de su casa. Es soltera, tiene 27 años de edad, pero debido a que obedece las reglas, no puede salir.

Los testimonios sugieren que aunque los miembros de la familia pueden apoyar a las mujeres, en especial a las madres solteras al cuidar a sus hijos, las siguen viendo como personas que no tienen autoridad para tomar decisiones. Esto es particularmente cierto para estas últimas, a quienes suelen considerar irresponsables y por tanto les piden que se encarguen de las interminables labores domésticas o que trabajen fuera de la casa para mantener a su familia mientras la abuela cuida al nieto. Este modelo proporciona un amortigua-

dor en contra del empobrecimiento de la madre soltera y crea oportunidades para que disfrute aunque sea un poco de autonomía.

Al participar en grupos, en especial en los que se relacionan con la educación o la salud, las mujeres parecen tener más capacidad para reconocer los derechos que les corresponden en su interacción diaria con sus esposos. Una participante del Codic en la ciudad de México dijo: “Nos casamos por la iglesia y por el civil, y nuestro hombre nos es infiel [...] ellos creen que tienen el derecho de salir y hacer lo que quieran, y qué, ¿debemos aceptarlo? Yo no [...] yo no sé que tipo de enfermedad podría contagiarme de afuera, ¿y por qué tengo que estar ahí para él? Es mi decisión y mi derecho decir no.”

Algunas compartieron estrategias para la negociación de estos derechos. Una mujer de Oaxaca dio el siguiente consejo en una entrevista de grupo: “Para evitar que su marido se enoje, necesitan cuidar su casa, así cuando estén a punto de salir puedan decirle: mira, voy a ir allá, ya sabes que voy a ir ahí, ya sabes lo que voy a hacer”. Sus comentarios denotan las negociaciones, los arreglos que las mujeres pobres deben de realizar para obtener cierta autonomía personal, se trata de una forma de contabilidad que reconoce que no se consigue algo a cambio de nada (Behar, 1993). Sus expresiones también muestran sus dudas al confrontar a sus parejas de manera directa; para ellas el grupo es sólo un primer paso para la autorización de sí mismas.

La maternidad: “Porque yo los traje al mundo”

La mayoría de las mujeres de este estudio, lejos de ver como opresiva la posición social de la maternidad sancionada socialmente, la describió como una experiencia crucial que le permitió sentir apropiación de derechos. La maternidad no sólo les sirve como una experiencia de validación que les proporciona las bases fundamentales para afirmar su autorización personal, sino también como el marco dentro del cual organizan todas sus actividades, ya sea dentro de la comunidad o en las variadas tareas económicas por medio de las cuales obtienen ingresos y mantienen a sus familias. En las tres regiones las entrevistadas relataron que antes de convertirse en

madres, rara vez tomaban decisiones o emprendían alguna acción deliberada que se relacionara con su salud reproductiva. Muchas de ellas comenzaron a hacer demandas en nombre de su integridad corporal sólo después de haber tenido por lo menos dos hijos.

En todas las entrevistas la maternidad evocó memorias de sufrimiento y riesgos; sin embargo al mismo tiempo representó el medio por el cual se atrevieron a pelear por la satisfacción de necesidades que de otra forma no reconocían. Las similitudes en todos los sitios de investigación fueron evidentes en relación con la violencia. La mayoría de nuestras entrevistadas dijo haber sufrido violencia en su familia de origen o con sus parejas y esposos. Mientras que a gran parte de ellas la participación grupal podía permitirles compartir estrategias para volverse menos dependientes de los esposos violentos, ésta no ha evitado aún que sigan subyugadas por la violencia masculina. Sin embargo, las que han sido madres insistieron en su convicción de no permitir que el marido imponga la violencia doméstica sobre ellas o sus hijos. Por ejemplo Hortensia, de 43 años de edad, dice de su pareja: “Yo ya no le permito que me pegue. Si me pega, yo le pego también. Y, Dios me perdone, incluso he tomado un cuchillo y casi se lo entierro. Sobre todo, existe el valor que me dan mis hijos [...] Antes, me sentía tan sola sin el apoyo de mis padres que aguantaba casi todo.”

En los tres sitios se articuló la idea de la importancia de la maternidad como escudo contra el abuso físico. Así lo afirmó Marta, una viuda yaqui de 40 años de edad:

Mi esposo era violento y él en ocasiones lloraba y preguntaba: “¿Por qué? ¿Por qué defiendes a tus hijos y mi madre nunca me defendió a mí? ¿Por qué se esconden bajo tu falda cuando estoy a punto de pegarles y tú te me enfrentas?” [y yo respondí] Porque duele, porque pagué el precio por ellos, porque yo los traje al mundo, yo los tuve y duele que alguien los golpee. Mírate, puedes dejar esta casa en cualquier momento, ¿y quién va a quedarse sufriendo con este niño? ¿Acaso no voy a ser yo?”

Muchas entrevistadas estaban ocupadas en volver a valorar la manera en la que sus madres manejaban la violencia doméstica. Alicia, soltera de la ciudad de México, afirmó:

Acostumbraba decirle a mi madre: “¿Cómo puedes permitirle que te pegue? Avientale el pan o lo que puedas”, y ella me contestaba: “No, porque me pegaría más fuerte y tú te meterías [...]” Una ocasión comenzó a pegarle y le dije: “No hagas eso frente a mí, porque aunque sea una niña pequeña no lo apruebo.” Cuando dije esas cosas, me dije a mí misma: Esto nunca va a pasarme a mí.

Ángeles, de 41 años de edad, que vive en la actualidad con una segunda pareja en la ciudad de México, dijo sobre su madre: “Su vida fue difícil; mi padre la golpeaba y no le daba dinero en absoluto, así que ella acostumbraba vender comida. Él tenía un buen sueldo, pero gastaba todo el dinero en otra mujer.”

Al percibir la maternidad como una experiencia de validación de su persona, están abriéndose un espacio en contra de dos formas de presión contradictorias —la de sus familias y compañeros para que se conviertan en madres sumisas, y la de las autoridades para que tengan menos hijos, sin proporcionarles acceso a información adecuada—, en que los deseos de las mujeres son difíciles de afirmar. En este contexto la maternidad parece ser una forma que está fuera de la contradicción: mientras más sentían que habían cumplido con el ideal de maternidad dentro de su comunidad, más se empoderaban para controlar su reproducción.

Las decisiones de las entrevistadas respecto al número de hijos que debían tener variaban en todas las regiones. En las áreas rurales de Oaxaca y Sonora, las de mayor edad que tenían dos hij@s o más sentían que habían cumplido con las expectativas que se tenían de ellas y por tanto se sentían con más autorización; en su mayor parte, aunque no en todos los casos, habían sido esterilizadas. En contraste, tanto en la ciudad de México como en Sonora las mujeres urbanas y mejor educadas dijeron que la edad no necesariamente mejoraba su posición social (aunque también hubieran sido esterilizadas o usaran el DIU). Sin embargo, en las tres regiones las participantes afirmaron que necesitaban tener por lo menos dos hijos para establecerse como “madres con derechos”.

Los hallazgos sugieren que mientras la maternidad siga siendo un emblema de lo que representa ser mujer en México, las mujeres tendrán dificultades para definirse básicamente como ciudadanas con derechos en la arena pública. Así tenemos que mien-

tras el grupo le permite a las integrantes participar en la articulación colectiva de los factores que le dan forma a sus experiencias, la maternidad les da una razón para resistir y luchar en la vida.

Control de la natalidad: una estrategia de emergencia

Aunque es general el sentido de apropiación que trasmite la maternidad, su fuerza varía según el ámbito específico de reproducción. Es particularmente fuerte en cuanto al control de la natalidad y más débil en cuanto a la sexualidad. A muchas de las entrevistadas les parecía difícil utilizar anticonceptivos antes de ser madres, porque la práctica sexual sin reproducción era vista como un pecado o como algo malo. Sin embargo, una vez que habían tenido por lo menos dos hij@s, el control de la fecundidad era el aspecto que identificaban con más claridad como tema de sus derechos. Les fue difícil obtener esta comprensión del derecho a controlar su propia fecundidad, pues sólo la adquirieron después de una iniciación sexual y reproductiva temprana, principalmente tras habérselo solicitado su pareja, y como consecuencia de una experiencia de apuros, maltrato y cuidado limitado durante el embarazo y el parto. Incluso entonces los esquemas del uso de anticonceptivos reflejan que son extremadamente limitados sus conocimientos sobre la sexualidad y el control de la natalidad (véase tabla V.2).

Las opiniones de nuestras entrevistadas sobre las condiciones necesarias para tomar decisiones de planificación familiar, varían dependiendo de su edad. Las mujeres mayores afirmaron que cuando se encontraban en sus años reproductivos no se les permitía decidir sobre el número de hij@s que tendrían; la mayoría expresó pesar por esto. En contraste, las jóvenes de las áreas rurales y urbanas, independientemente de su nivel de educación, coincidieron en que el control de la natalidad es una decisión de las mujeres. A pesar de todo, ellas sólo lograron llegar a esta posición después de muchas dificultades y dolor. En todos los casos dicha apropiación se construyó en retrospectiva. Una participante del grupo de Oaxaca dijo: “Tuve cinco hijos. Los primeros cuatro fueron niños y mi esposo decía: ‘Bueno síguele hasta que tengas a la niña’. Lo bueno fue que el quinto era una niña, pero la verdad creo que se debe

permitir que la mujer decida cuántos hijos debe tener, ¿cierto?, porque ella es la que sufre con el parto.”

Otros factores que afectaban las posiciones femeninas sobre sus derechos a tomar tales decisiones incluían el acceso al mercado laboral y el apoyo en el cuidado y crianza de los hij@s por parte de la familia extendida. El cuidado de ellos todavía se considera una responsabilidad que corresponde exclusivamente a las mujeres. De hecho, algunas están complacidas con esto; en lugar de arriesgarse a que los varones participen más en las decisiones sobre su descendencia, han establecido redes de ayuda que se extienden por generaciones.¹⁸ Sin embargo pocas tenían algún sentido de apropiación hacia el apoyo institucional (público) en el cuidado de los hij@s, y sólo quienes pertenecían a un sindicato consideraban que las guarderías eran su derecho y que los patrones debían proporcionárselas. Empero, la mayoría de las que trabajaban indicó que sus opciones para el cuidado de los hij@s influyeron en sus decisiones reproductivas. Por ejemplo en Nogales, una ciudad fronteriza donde la industria maquiladora está floreciendo, las entrevistadas mostraron mayores posibilidades de tomar decisiones reproductivas, tales como el uso de anticonceptivos al inicio de su actividad sexual y demandas de apoyo para el cuidado de los hij@s. Aquí resulta determinante que ellas hayan formado parte del mercado laboral por mucho tiempo y que concluyeran su educación básica. Como han inmigrado a una nueva localidad, tienen muy pocos familiares a quienes pedir ayuda (véase tabla V.2).

Por otro lado, en el sur de Sonora, donde 60% de la población es indígena y únicamente habla yaqui, las entrevistadas afirmaron que sólo utilizan anticonceptivos después de haber tenido varios hij@s. Dos de ellas tienen la fecundidad más alta del estudio: una con ocho hijos y la otra con siete, aunque ambas habían comenzado a utilizar el DIU después del sexto y el cuarto embarazo, respectivamente. Sin embargo, las mujeres yaqui disfrutaban al compartir las actividades de la crianza de l@s niñ@s con otras familias y con la comunidad en general, además de que así obtienen cierta posición social.

¹⁸ Por ejemplo, en algunas familias de Sonora existe un acuerdo tácito entre madres e hijas: si la abuela ya no tiene más niños que criar, las hijas les mandan a sus hijos mayores.

Sin embargo varía su conciencia de que existen los métodos anticonceptivos, que se dan a conocer con las campañas que se difunden en los medios de comunicación que explican cómo utilizarlos. La mayoría de nuestras mujeres experimentó dificultades como resultado de la falta de conocimiento sobre la manera en que actúan estos métodos. Hortensia, quien vive en la ciudad de México con 10 hijos, ilustra este punto:

Existen inyecciones, muchas cosas sucias como las espumas, todas esas cosas asquerosas que me enferman. ¿Cómo me voy a poner todas esas cosas asquerosas ahí? [...] Para ser honesta, me da asco tocarme, mucho [...] y si tienes tu menstruación [...] se ve horrible y todo eso. Quiero decir que es muy sucio ponerse esas cosas dentro de ti con tus propias manos. Estas cosas son horribles. Especialmente esa cosa que está enredada, el DIU. Es incómodo; dicen que al tener sexo les molesta.

Algunos estudios han mostrado que incluso cuando las mujeres saben sobre la anticoncepción antes de tener relaciones sexuales, muchas se abstienen de emplearlos por miedo a que las consideren “fáciles” (Rivas y Amuchástegui, 1996). Mostrar conocimiento sobre la anticoncepción violaría la expectativa de que las mujeres deben ignorar cualquier cosa relacionada con la práctica sexual. En la ciudad de México, Hortensia, de 43 años de edad, dijo: “Cuando vas a la clínica se acercan a ti con su material e incluso a veces es aburrido. Existen muchas pláticas de información, pero en ocasiones simplemente no quieres ir. Las mujeres no los quieren porque tienen miedo de dañar sus cuerpos.” Emilia, una madre soltera de 31 años de edad, estuvo de acuerdo: “Tener sexo no era importante para mí. Tampoco lo era controlarme [utilizar anticonceptivos]. Incluso mi novio me decía: ‘Cuídate’. Bueno [...] No sabía qué usar porque no quería recibir ninguna información al respecto.”

Por lo tanto, en la mayoría de los casos la decisión de utilizar anticonceptivos representó una “estrategia de emergencia” para dejar de tener hij@s y no para espaciar y limitar su número. Esto fue cierto en las tres regiones. En el sur de Sonora y en la ciudad de México ninguna de las participantes utilizó la anticoncepción en su primer encuentro sexual; en Oaxaca la mayoría comenzó a utilizarla sólo después del segundo embarazo. En este contexto, el

reconocimiento final de las entrevistadas sobre la necesidad de emplearla no se puede subestimar. Primero, representa la primera acción deliberada que toman para separar la sexualidad de la reproducción. Segundo, es un paso hacia el reconocimiento de sus derechos reproductivos como lo establecen los documentos oficiales nacionales e internacionales (aunque nunca hacen referencia a ellos y probablemente no saben que existen). En este sentido, la convicción de que el control de la fertilidad es un dominio que les pertenece las ayuda a confrontar las limitadas opciones anticonceptivas disponibles que tienen a la mano y les proporciona apoyo para enfrentar la oposición de sus parejas.

Elecciones restringidas: esterilización y aborto

El hecho de que nuestras entrevistadas consideraran la regulación de su propia fecundidad como un tema de autodeterminación refleja la influencia contradictoria de las políticas de población sobre las mujeres. Por un lado, la existencia misma de los servicios de planificación familiar ayuda a crear entre ellas la expectativa de que tienen derecho a esos servicios, e incluso a recibir un trato decente y respetuoso de los trabajadores de la salud. Sin embargo, en México como en muchos otros países, las opciones anticonceptivas están determinadas por las metas demográficas más que por las necesidades y deseos de las propias mujeres. Los programas de planificación familiar y su personal comparten la percepción de que las mujeres son seres ignorantes de sus propias necesidades, y tienden a optar en favor de métodos controlados médicamente, como la esterilización y el DIU. En México la esterilización femenina es el método de control natal de más rápido crecimiento, seguido por el DIU y la píldora (De Barbieri, 1998; Figueroa, 1990).

Sin embargo, la decisión de hacerse una esterilización es fuente de dudas, y la “autorización informada” no es general. Una encuesta de 1987 que se aplicó a 9 310 mujeres entre 15 y 49 años de edad reveló que de aquellas que se habían practicado la esterilización 10% no había participado de la decisión, 40% no había firmado ninguna forma de autorización, y 25% no había recibido información sobre sus opciones (Figueroa, 1993; 1994). En una encuesta

realizada en 1988 por la Secretaría de Salud en tres estados se registró que 24% de las mujeres que habían “elegido” la esterilización lo hizo porque era el único método del que tenía conocimiento (Figueroa *et al.*, 1993). La misma encuesta encontró que para 18% de los DIU que habían sido colocados no se pidió el consentimiento de la mujer implicada. Y un estudio reciente del servicio de partos en cuatro estados determinó que el gobierno “promovía vigorosamente” el DIU e insistía en su conveniencia, mientras divulgaba los efectos secundarios de la píldora (UNFPA, s. f.).

Nuestras entrevistadas confirmaron este modelo. Muchas explicaron la manera en que eligieron un método anticonceptivo, y principalmente atendieron el consejo del personal de la clínica pública a la que asistieron. Isabel, quien está casada y tiene cuatro hij@s, oriunda de Sonora, dijo: “Cuando vivía en el rancho, después de tener al tercero [hijo] una mujer comenzó a traerlos [anticonceptivos...] era una enfermera del Centro de Salud, y [...] tocaba en cada puerta y nos invitaba a ir si queríamos píldoras para dejar de tener hijos.” Ángeles, de la ciudad de México, con tres hijos, reconoció: “Yo no tuve ninguna asesoría sobre si debía esterilizarme o no; no estaba consciente de sus pros y sus contras. Era ignorante. Ahora, después de que pasé por eso, siento que he adquirido experiencia, pero entonces no [sabía]. Si hubiera tenido información sobre la operación, habría hecho otra cosa.”

Después de tres años en que procuró quedar embarazada nuevamente, Sofía, de la ciudad de México, su esposo y su médico tuvieron la siguiente conversación:

“¿Estás sana, podrías darle 30 hijos a tu esposo” [dice el doctor]. “¿Entonces por qué no queda embarazada?”, preguntó mi esposo. Y el doctor dijo: “¿Te hicieron una cesárea, cierto?, ¿y no autorizaste que te esterilizaran, ¿o sí?” “No, no lo autorizé”, y le pregunté a mi esposo: “¿Y tú?” “No, yo no lo autorizé”: Y el doctor dijo: “¿Sabes?, creo que te esterilizaron, aun sin que lo hayas autorizado.”

Las jóvenes confrontan los diferentes prejuicios médicos, pero sin éxito en la decisión. Una trabajadora de la universidad narró su experiencia en una clínica de la ciudad de México: “La última vez que estuve embarazada tuve una niña. Estaba usando un DIU, y

me enojé mucho porque no funcionó. Ellos habían acordado no esterilizarme porque aún era muy joven. Dijeron que tal vez en el futuro podría querer tener más hijos.”

Otras entrevistadas aseguraron que para hacerles la operación en una clínica pública les pedían la autorización de sus esposos, aunque ésta no se requiriera. Una integrante del SITUAM recordó:

En el hospital me pusieron un DIU dos días después de que mi hijo había nacido. Alguien me había dicho: “No lo uses porque te puede perforar la matriz.” Ellos [los doctores] dicen que no te obligan, pero es como si lo hicieran [...] si no aceptas, no te dejan ir. Me lo puse en el hospital porque era una condición para dejarte salir. Venían a verme una o dos veces al día y me decían: “Hablaré con tu esposo.”

En contraste, el aborto nunca fue una opción en el contexto institucional: aunque legal en ciertas circunstancias, es condenado por el Estado como un crimen, y como un pecado por la Iglesia católica. En este contexto, las mujeres luchan por construir su derecho a interrumpir un embarazo, y tienen que hacerlo incluso si su vida está en peligro. En todas las localidades, en especial durante las entrevistas de grupo, una gran mayoría estuvo de acuerdo en que el aborto era un pecado y un crimen. Sin embargo, en las entrevistas individuales muchas justificaron la interrupción del embarazo, aunque pocas reconocieron que lo habían llevado a cabo. Percibían que el aborto es apropiado tanto para la madre como para el feto cuando las condiciones económicas son extremadamente adversas, pero no cuando el embarazo interfiere con los planes y deseos personales. Muchas lo veían como una medida desesperada para evitarle daños a toda la familia más que como una decisión personal. Así, Pilar, quien vive en la ciudad de México, externó su deseo de no tener un tercer hijo, pero sus parientes la convencieron:

Le dije a mi esposo que no quería tener al bebé y que una amiga me había ofrecido unas inyecciones para tener un aborto. Él dijo que era un pecado, que Dios era el que daba los hijos. Para ser honesta, quería rebelarme contra eso. Dije: “¿Por qué dices que Dios es el que da a los hijos? ¡Vienen porque tuvimos sexo, no porque Dios viniera a mí y tocara mi estómago! Pero entonces llamó a mis suegros y dijeron que lo que quería hacer era en contra de la naturaleza.”

En una sociedad intensamente dominada por los varones, en donde la Iglesia católica conserva una fuerte influencia sobre la política, deben negociarse constantemente los derechos básicos de una mujer, incluso en los casos de riesgo para su vida o su salud. Una mujer que quedó embarazada pese a que utilizaba el DIU enfrentó a su médico, quien quería que siguiera con su embarazo:

El doctor dijo: “No puedes quitarte el DIU porque corres el riesgo de tener un aborto.” Y yo dije: “¡Por favor quítelo, es mi última esperanza!” Pero el doctor insistió: “Es bajo tu propio riesgo. Por cierto, ¿estás casada?” Contesté que no, que era madre soltera con dos hijos, porque tenía miedo de que llamara a mi esposo y él se negara a que me quitaran el DIU y me dejaran con el bebé.

Como consecuencia de tales restricciones, muchas de nuestras entrevistadas tienen más hij@s de los que querían, de ahí que algunas describieran la esterilización como una opción bienvenida. Ofelia, oaxaqueña, afirmó: “Le dije a mi esposo que me iba a operar. Él me dijo que no, las mujeres que lo hacen es porque quieren tener otro hombre. Yo le dije que podía pensar lo que quisiera, pero que me iba a operar.” Eulalia, trabajadora de una maquiladora de Sonora, refirió: “Yo quería operarme. No quería tener más hijos, pero el doctor me dijo: ‘No, estás muy joven, no sabes, ¿y qué pasaría si encuentras otro *compañero* [novio] que te pida tener hijos con él?’ Después de que nació mi segunda hija pedí nuevamente que me operaran, diciendo que era mi decisión y que había decidido que quería hacérmela.” De hecho, no se hizo la operación; el doctor que le practicó la cesárea le explicó que nunca recibió los papeles: “Me dijo: ‘Si quieres puedo volver a abrirte’. Me sentí muy mal.”

Sexualidad: ¿una carga o un derecho?

La ambivalencia de las entrevistadas relativa al control de la natalidad refleja su falta de sentido de apropiación en cuanto a la sexualidad. La mayoría de ellas no se considera sujeto de su propia sexualidad; por lo tanto, no actúan para iniciar la relación sexual; sólo responden a la solicitud de sus parejas. Amelia, una pro-

motora de salud en la parte rural de Oaxaca, narró: “Estaba trabajando en la ciudad de México cuando lo conocí. Siempre era muy insistente, así que lo que no debió haber pasado, finalmente pasó, y de ahí quedé embarazada. Después descubrí que era casado, así que lo dejé. No quería ser plato de segunda mesa.”

Mientras unas pocas, en especial las jóvenes educadas y urbanas, aceptan sus deseos sexuales y ponen en marcha ciertas estrategias para satisfacerlos, formulan sus expresiones de deseo como excusándose. Alejandra, quien vive en unión libre en Sonora, dijo: “Tenía el diablo dentro y, ¡Santa Madre de Dios! No me importó nada y no pensé que me iban a atrapar, simplemente me fui con él y eso fue todo.” La mayor parte de las participantes no considera la sexualidad como un terreno de placer, y la satisfacción personal está muy lejos de su experiencia. Por el contrario, las relaciones sexuales se ven como “carga necesaria” del matrimonio para cumplir con la tarea de la reproducción. Una cantidad abrumadora de entrevistadas se refiere a la actividad sexual como una prerrogativa de la masculinidad, ajena a la feminidad e identificada principalmente con la reproducción. La mayoría tiende a obedecer la doctrina católica en cuanto a que los hijos son “el fin del matrimonio”, lo que transforma a las relaciones sexuales en una obligación entre los esposos. Juana, una viuda de 60 años de la ciudad de México, recuerda: “Le dije que no quería, pero él me dijo que sí [...] No, me obligó, pero tuvo que ser así [como en] todos los matrimonios [...] y así es como fue.”

Ocasionalmente las entrevistadas expresaron infelicidad al referirse a esta desigualdad. Gabriela, una pastelera de Sonora, expresó este punto de vista:

Yo les digo a mis amigas que creo que él es como todos los hombres; sólo se preocupan por su propia satisfacción, y lo quieren todo el tiempo, todas las noches, y tú [...] A veces me dice: “Esperaremos hasta que hayas terminado”, y yo le digo: “¡No! Lo único que quiero es que te vayas, quiero que termines y luego te vayas”, porque te acosan tanto con el sexo, que no tienes oportunidad de que te guste.

La autoridad masculina sobre la actividad sexual femenina se refleja en la importancia que se da al hecho de que las mujeres sean vírgenes cuando comienzan una relación. Varias hablaron de

los varones que rehúsan casarse con sus parejas o las acusan de la pérdida previa de su virginidad. Ofelia, quien trabaja como secretaria en Oaxaca, dice:

En realidad no sé lo que pasó porque cuando me casé no era virgen. Cuando nos casamos, él tenía la idea de que yo debería sangrar, y no sangré, así que tuvimos muchos problemas. Dijo: “Si el bebé es un varón te puedes quedar, y si es una niña, te vas.” Yo estuve de acuerdo, ¿cierto? Durante todo el embarazo pensé que todo esto había pasado porque no había sido *señorita*. Al final, tuve un niño y me pude quedar con él.

El hecho de que las mujeres sigan tan alejadas de su sexualidad refleja en parte que no se aborden estos temas dentro de la familia, el vecindario, la escuela, o cualquier otra institución. Por lo menos hasta hace poco, las madres no se sentían con el derecho de proporcionarle a sus hijas una educación sexual básica. Los comentarios de Virginia, casada de Oaxaca, dan testimonio de esto: “Antes, todo lo relacionado con la menstruación era verdaderamente un secreto. Nuestras madres no nos daban consejos en absoluto; por el contrario, cuando uno se les acercaba para que supieran lo que estaba pasando, contestaban: es porque estás haciendo cosas malas.”

Pilar, de 28 años de edad, es un ejemplo dramático sobre la manera en que la falta de conocimiento marcó el sentido de su cuerpo y su sexualidad:

Una vez, vi que una joven tenía sangre en sus pies, y dijo que había sido violada, que un hombre había abusado de ella. No sabía que eso podía pasar; me refiero a que ni siquiera pensé que podían poner su cosa dentro de ti. Luego, cuando me llegó la menstruación, comencé a llorar. Mi hermana me preguntó qué pasaba y le dije: “Me violaron.” Así que me empezaron a golpear y me preguntaron: “¿Quién fue?” Y yo contesté: “Nadie.” Entonces, preguntaron, “¿Cómo te violaron?” “No sé, me está saliendo sangre.” Pero no me dijeron que podía embarazarme, no me dijeron nada.

En consecuencia, el matrimonio o la unión que se establece con un varón rara vez es un acto consciente. Juana nos cuenta la historia de su matrimonio, el cual comenzó con su huida cuando

tenía 15 años: “Él habló conmigo y yo le pedí que hablara con mis padres, pero no fue. Un día salí, pero no fui a trabajar, Me fui con él [risitas]. Fui una tonta porque no tenía la capacidad o la mentalidad para poder decir no. Fui una tonta. Mis padres se enojaron mucho conmigo. Simplemente me fui.”

Del mismo modo, el primer embarazo entre nuestras entrevistadas no fue planeado o decidido. Algunas de ellas ni siquiera tenían una mínima noción acerca de la anticoncepción. Sofía, de 27 años de edad, explicó: “No sabía mucho. No me imaginé nada. Por ejemplo, cuando dejé de menstruar, me pregunté la razón de ello. Finalmente le conté y él me dijo: ‘Significa que estás embarazada’. Así que yo le dije: ‘¿Voy a tener un bebé? ¡No es posible!’”

Algunas participantes tuvieron mayor información sobre la sexualidad y por tanto se sintieron más preparadas para tomar decisiones. Gabriela dijo de su matrimonio hace 20 años: “Ya tenía 27 años de edad. Ya sabía [de las relaciones sexuales] a través de la experiencia de mis amigas, o había oído, o porque había leído sobre el tema. Así que ya sabías qué esperar, ya no eras ingenua. Creo que me casé en una buena edad. Para entonces, me la había pasado bien, con muchos novios, buenos y malos. Ya quería tener hijos.”

Aun así, la mayoría pone sus decisiones reproductivas en manos de la pareja. Eulalia, joven trabajadora en una maquiladora, dijo: “Ya sé que estuve de acuerdo [...] pero sólo con la condición de que él iba a cuidar de mí.”

Ya fuera que iniciaran su vida sexual respondiendo a las necesidades sexuales del otro, o teniendo su primer hijo, muchas entrevistadas parecían estar buscando compensación por la privación y pérdida emocional que sufrieron. Ofelia se escapó con un hombre que más tarde sería su esposo: “No estaba lo que podrías llamar enamorada —explicó— pensé que mi marido sería mi salvación debido a la situación que tenía en mi casa [...] pero no cambió; incluso fue peor.” Pilar, ahora separada de su esposo, dijo de éste: “No era grosero [...] era amable, retiraba la silla para que me sentara. Nunca dijo: ‘Te deseo’, como todos los hombres lo hacen. Él era diferente. Me trató como un ser humano, como su igual. Me dijo que su madre acostumbraba abrazarlo y cantarle canciones, cosas que yo nunca tuve. Recuerdo que le dije: ‘Me gustaría tener una familia como la tuya’.”

Es posible argumentar que incluso en dicho contexto las mujeres están ejerciendo elecciones individuales, aunque en formas que contradicen el modelo racional. Este modelo, base de las políticas de población por lo menos durante los últimos 20 años, asume que las personas eligen libremente entre opciones ilimitadas; no toma en cuenta que todas las decisiones, incluyendo las que tienen que ver con la reproducción, están socialmente restringidas. Sin embargo, numerosos estudios sobre la toma de decisiones reproductivas advierten que tanto en el hemisferio sur como dentro de las poblaciones pobres y marginales del norte, aun las mujeres que se ocupan de manera activa en mejorar sus condiciones de vida, deben someterse a las restricciones de una realidad social, cultural y económicamente opresiva (véase López, 1993; Petchesky, 1990). Las de este estudio no son la excepción.

La mayoría de las entrevistadas —en especial las integrantes de sindicatos y las activistas de la salud de la ciudad de México— afirmó que no es su obligación responder sexualmente cada vez que su pareja lo solicite. Pero, durante las entrevistas individuales muchas revelaron que se acomodaban al deseo de sus maridos de tener relaciones sexuales, incluso en contra de su voluntad. Ocasionalmente trataron de resistirse, sin embargo no de manera efectiva. Hortensia, de la ciudad de México con 10 hijos, relató: “Cuando el bebé estaba pequeño, a veces me molestaba y yo le decía: ‘No, me voy a embarazar otra vez.’ Un día me golpeó muy fuerte porque le dije que no [...] me golpeó con un zapato porque no acepté. Siempre fue a la fuerza, incluso ahora [...] tengo que salir huyendo a la calle, tengo que irme.”

Negociando la autorización: acomodación y resistencia

Las mujeres pobres de México negocian su autorización a la sexualidad y la reproducción valiéndose a veces de estrategias contradictorias de acomodación y resistencia. Mientras la primera estrategia implica una negociación para evitar un daño probable, como la violencia doméstica o el deterioro del nivel de vida, la estrategia de resistencia se refiere a los nexos de prácticas y percepciones que utilizan para transgredir las normas de género dominantes o para

maniobrar en diferentes formas con el fin de mejorar sus derechos. En general, las entrevistadas adoptan la acomodación para las áreas en que tienen muy poco control, como iniciar o rehusarse a tener actividad sexual o sobrellevar a los proveedores de servicios. Emplean la resistencia en áreas donde han ganado un fuerte sentido de apropiación: específicamente para seguir participando en el grupo, combatir la violencia doméstica y ejercer control sobre la fecundidad después de haber tenido hijos.

El empleo de estas estrategias muestra que las entrevistadas no han tenido éxito en subvertir los papeles de género, debido a que ambas tácticas pretenden mayormente la supervivencia, relegando la transformación de las condiciones existentes. Esto se manifiesta en especial con las relaciones sexuales coercitivas. En consecuencia, tanto en las entrevistas de grupo como en las individuales, las mujeres revelaron una conexión entre la violencia física, la violación marital y el consumo de alcohol de los varones, especialmente en la ciudad de México y Oaxaca. Para sobrevivir, una madre soltera de la ciudad de México se acomoda a su marido: “Debido a que él tomaba, hubo ocasiones en las que quiso tener sexo, para mí era muy incómodo pero era tan terco que yo aceptaba [...] y volvía a insistir.” Por otro lado, una mujer indígena de Oaxaca, se resistía: “Mi esposo se enoja verdaderamente cuando regreso del grupo, casi siempre está borracho, pero simplemente lo ignoro y por eso estoy mucho mejor aquí, aprendiendo cosas nuevas en lugar de escuchar sus balbuceos de borracho, y voy a seguir viniendo.”

Algunas comenzaron a percibir que eran víctimas de violación dentro del matrimonio sólo después de que recibieron la información que se proporcionaba en los grupos. Una integrante del UNPNT de la ciudad de México, explicó: “Ahora ya he aprendido lo que es el abuso sexual, es cuando no quieres hacerlo y te obligan. Antes, te obligaban y no protestabas, o no decías nada, creías que era tu deber como esposa.” La mayoría de las entrevistadas comenzó su edad adulta y su vida de casada como mujer sin voz; sólo eran buenas para llenar las necesidades de los demás. Después de resistir la procreación continua y tras años de participación en el grupo, este proceso comienza a revertirse.

El uso común de la acomodación para manejar la sexualidad también puede reflejar que la mayoría de las participantes no definió la

actividad sexual como placentera; por el contrario, casi todas la describen como un requerimiento para lograr la maternidad, tan preciada para muchas de ellas, o para satisfacer las demandas del esposo. Algunas dijeron que descubrieron más tarde, básicamente durante la participación de grupo, que tenían derecho a rehusar las relaciones sexuales cuando su pareja lo exigiera y ellas no lo desearan.

En cuanto a los médicos, las mujeres entrevistadas emplearon de forma similar la acomodación para sufrir el menor daño posible. Una participante del sindicato de la universidad en la ciudad de México, describió al “doctor con su cara de médico y su actitud de ‘mujer melodramática’ [...] ¿qué puedes hacer? [...] isólo aguantarte!” Las pacientes no se quejan, agregó, “porque, ¿qué tal si te toca el mismo doctor la siguiente vez? ¡Te trataría aún peor! Es como con los maestros, te quejas y la toman en contra de tu hijo”. La experiencia de Pilar con los trabajadores del área de la salud es incluso más vívida: “El dolor era tan fuerte que estuve a punto de gritar [...] entonces escuché lo que le decían a la mujer que estaba a mi lado: ‘Debió haber gritado así cuando estaba haciendo el amor’, y me dije: ‘¡Oh, dios mío!’ Fue uno de los practicantes, porque, desafortunadamente, los que te cuidan son practicantes y no los doctores mismos.”

La mayoría de las entrevistadas mostró algo de conciencia sobre el estado de coerción y abuso de los programas de planificación familiar y se manifestó en contra de cualquier forma de anticoncepción involuntaria. Sin embargo, la esterilización sin autorización, aunque ilegal, por lo general no fue enfrentada, en especial en los vecindarios pobres. Alejandra, quien vive en un vecindario marginal en la parte urbana de Sonora, relató:

[Después del parto] el doctor me vio y me dijo que me había ligado [me esterilizó] y yo quería saber por qué había sufrido tanto; después de todo por lo que había pasado no quería ir al hospital otra vez. El doctor hizo algunos exámenes y dijo riéndose: “Mira querida, por ahora no tienes problema, te puedes olvidar porque ya no te vas a volver a embarazar. Te ligamos, aunque no es permanente porque eres demasiado joven.”

En contraste, las participantes utilizaron estrategias de resistencia para obtener algo positivo, como lo muestra Sofía, cuyo esposo

le pidió que se practicara un aborto en su primer embarazo: “¿Por qué debo hacerme un aborto?” [Le pregunté]. Así que mi esposo contestó: ‘Porque ese hijo no es mío’, y yo le dije: ‘¿Bueno y qué?’ Y él me dijo: ‘No quiero mantener a un niño que no es mío.’ Pero yo quería algo que fuera realmente mío, así que decidí que iba a tener al bebé, para abrazarlo, no me haría el aborto.”

Los significados difusos de sexualidad y reproducción son tales que las acciones para concebir o no hijos pueden interpretarse como resistencia. Particularmente, debido a que el embarazo tiene lugar en el cuerpo de la mujer, las entrevistadas lo interpretaron como su posesión y por lo tanto afirmaron su derecho a decidir sobre éste. Una mujer participante en una entrevista grupal de la ciudad de México argumentó a favor de su determinación de ser esterilizada:

Creo que esta decisión siempre deberían hacerla las mujeres. En mi caso, yo fui la que decidió. Cuando tuve a mi segundo hijo fui al Departamento de Planificación Familiar y pedí anticonceptivos. Mi esposo se enojó, pero le dije que no me importaba porque no quería quedar embarazada. Después, les pedí que me retiraran el DIU y tuve mi tercer hijo y decidí que era suficiente. Fui y pedí que me esterilizaran.

El hecho de que las mujeres puedan resistirse a la imposición de sus parejas y familias en dichos casos refleja un contexto social en el cual se sienten suficientemente confiadas sobre la identidad de género y su capacidad para sobrevivir tras enfrentar las normas culturales dominantes. Pero la mayoría considera que la familia y la pertenencia a una comunidad son centrales en sus vidas, de ahí que muchas veces su resistencia no fuera explícita o abierta. A menudo era callada y encubierta, reflejando así el poder que representan las normas familiares, sociales y culturales en la vida de cada mujer. En cuanto a las relaciones sexuales obligadas, una mujer de un grupo indígena de Oaxaca habló sobre la negociación:

[...] así es como nos educaron aquí; el hombre es el jefe y nosotras tenemos que obedecer, ¿o no? Y a veces debido a alguna enfermedad, o porque no tenemos ganas, o por los niños, o porque ya no queremos tener más hijos [...] Pero el hombre no lo acepta, no entiende y dice: ‘Yo soy el que manda, no tú’ [...] Es muy difícil, pero tratamos, y poco a poco hacemos que entiendan algo.

Respecto al cuidado médico, pocas mujeres fueron capaces de enfrentar a las instituciones de salud para exigir más atención a sus necesidades durante el parto. Esto fue especialmente notorio entre las participantes urbanas con más educación. Emilia, con dos hijos, de la ciudad de México, dijo:

Me iban a hacer una cesárea y, supuestamente todos en el hospital sabían de mi problema. Entonces un doctor se acercó y me dijo: "*Madrecita*, voy a ponerle esta pequeña inyección para que su parto salga bien." Yo contesté que iba a tener una cesárea, no un parto normal, pero contestó que él era el doctor y que él iba a dar las órdenes. Pero no acepté eso, así que llamé a otro doctor y éste a su vez llamó a otro doctor. Finalmente, vino el jefe de piso y regañó al primer doctor: "¿Cómo es posible que no haya puesto atención a lo que esta mujer le estaba diciendo? ¡Para eso existen los registros!"

En los casos en que las mujeres pueden articular una protesta, rara vez ven más allá del agresor inmediato; no relacionan el abuso que el médico, el padre, el esposo o la pareja les inflige con el contexto macrosocial de autoritarismo, pobreza y abuso. En este sentido se debe construir una estrategia colectiva de resistencia.

De la apropiación a la acción

En todas las regiones y los grupos, muchas mujeres mostraron inquietud ante la intervención de las agencias gubernamentales, ya fueran médicas, legales o judiciales. Las agencias de salud y de planificación familiar son particularmente indiferentes ante los derechos reproductivos de las mujeres, lo cual refuerza esta desconfianza endémica. Priorizan las metas demográficas sobre la difusión de información que otorgue poder a las mujeres para tomar sus propias decisiones. Esta indiferencia confirma la creencia de que ellas no son vistas como sujetos de derechos, y que no se les reconoce un poco de dignidad. En la ciudad de México en especial, las entrevistadas describieron el trato abusivo que recibieron del personal médico, ilustrado en la experiencia de Rosa (de 35 años de edad):

Fui al hospital a las seis y estuve ahí toda la noche [...] me dejaron sola en posición para tener un bebé. Hablé con el doctor, pero me dijo que no era mi turno, que tenía que esperar [...] no sabía, y no me habían dicho cómo iba a nacer mi bebé [...] Simplemente me dejaron ahí con mis piernas separadas. Si me hicieran eso ahora, protestaría; pero entonces no dije nada.

Las entrevistadas de todas las localidades citaron ejemplos como esos; sin embargo, aunque expresaron las quejas dentro de la familia o de ambientes de grupo, éstas rara vez llegaron a convertirse en una demanda formal. Mientras que todas estuvieron de acuerdo en que la colocación del DIU sin la autorización de la mujer era una clara violación a sus derechos humanos, ninguna de ellas consideró la posibilidad de presentar cargos. La mayoría sentía que con quitarse el dispositivo era suficiente, y que se debería tomar acción legal sólo en caso de esterilización involuntaria. Algunas pensaban que la interposición de una acción legal sólo se debería realizar en casos extremos, tales como una mutilación o la pérdida de un hijo. Cuando se les invitó a reflexionar en los hechos, algunas se mostraron reacias a averiguar sobre su propia situación. Sofía explicó: “Había pensado hacerme algunas pruebas para ver si realmente me habían esterilizado y, si de verdad lo hicieron, ¿por qué lo hicieron? ¿Qué derecho tenían de tomar algo que no les correspondía? Pero, no sé, creo que me decepcionaría mucho. ¡Me trataron tan bien en el hospital!”

La renuencia a tomar acciones contra el abuso médico debe entenderse en el contexto de las instituciones legales ineficientes y corruptas que no sólo generan miedo a sufrir represalias, sino también la certeza de que es inútil reclamar sus derechos reproductivos. El hecho de que tantas mujeres le confieran autoridad sobre sus vidas a la profesión médica se deriva en gran parte de la falta de confianza y de conocimiento sobre la forma en que pueden acceder al sistema de justicia en México. Las autoridades legales no habrían atendido a ninguna de nuestras entrevistadas (si ese fuera el caso) de manera adecuada. Patricia, que vive en la ciudad de México, afirmó:

No puedes levantar una demanda. Las cosas no proceden. Hace poco una amiga murió, tenía un quiste en el ovario. Así que fue al Seguro

Social y ahí la operaron. Tuvo una infección porque le dejaron algo dentro. La volvieron a abrir y el anestesista se excedió. El esposo levantó una demanda, pero no procedió. Desde la primera vez fue a la agencia y le dijeron: “¿Es en contra del Seguro Social? ¡Uf! Está perdiendo su tiempo.”

En Oaxaca muchas participantes indígenas dijeron que preferían ir a ver a sus líderes locales —por lo general son varones, pero ocasionalmente hay mujeres— para resolver situaciones semejantes. Curiosamente una mujer que enfrentó a la autoridad médica era de la zona rural de Oaxaca: “No les permití que me esterilizaran y me dijeron: ‘Al rato vas a regresar embarazada.’ Y yo les dije: ‘Para eso están ustedes aquí, ¿cierto? Ustedes están aquí para darnos atención médica.’” Pero esta actitud es rara. En el momento en que el papel de las mujeres en la esfera de la reproducción les confiere responsabilidades nuevas y tradicionales —incluyendo trabajar para mantener a sus familias—, el término “derechos” reviste diferentes significados. La mayoría de nuestras entrevistadas ha adquirido cierto sentido del derecho sólo al transitar por las penalidades y la confrontación, y ha experimentado que la concesión de “derechos” por parte del Estado les acarrea nuevas obligaciones. Virginia, también del área rural de Oaxaca, explicó la razón por la cual objeta dichos derechos:

Creo que esos derechos deben ser personales y no porque alguien viene y te dice: “Estos son tus derechos”; es como si te estuvieran ordenando algo, ¿cierto? Las mujeres tenemos que decir: “Éste es mi derecho y esto es lo que tengo que hacer; no voy a esperar a que alguien me lo diga”, porque es como si mi esposo me dijera: “Haz esto o no hagas esto.” Según tu vida, deberías elegir tus derechos, creo.

De hecho, las entrevistadas indicaron que la participación en grupo las ha animado a enfocar el tema de los derechos desde una perspectiva diferente. Durante una dramatización en la que expresaron lo que para ellas significaba el término, comenzaron a surgir ideas como “libertad”, “movimiento”, “el derecho de expresar lo que uno piensa”, “el derecho a la vida, la educación, el trabajo, la salud, el alimento, el descanso, el respeto, o la propiedad”.

Según Juana: “Un derecho es cuando tengo algo y alguien trata de quitármelo, y yo le digo que no, porque es de mi propiedad. Si agreden a mis hijos, yo le puedo gritar al agresor o puedo evitar el daño porque mis hijos son míos, como la ropa que es mía y nadie me la puede quitar. Sólo cuando una hija se casa y se va, entonces ya no tengo ningún derecho.”

La elaboración del término “derechos” entre las entrevistadas varía según el tipo de grupo en el que participan. Aquellas que pertenecen a los sindicatos y organizaciones vecinales que incorporan términos políticos y legislativos en sus programas educativos estaban más preparadas para dirigir la forma en que se valdrían de la ley para hacer respetar sus derechos, que aquellas otras que participan en grupos de salud o educación. Sin embargo, es irónico que a estas mismas mujeres les parezca más difícil articular la forma en que se constituyen como sujetos de derechos en sus relaciones cercanas y su vida diaria, que a las mujeres en los grupos de salud y educación arriba mencionados.

En resumen, parece que las participantes en los grupos estudiados se han apropiado de elementos que derivan de dos discursos: por un lado, los derechos humanos, y por el otro, el feminismo, pero sin tener una idea completamente desarrollada de ninguno de ellos. En la actualidad prevalece una idea un tanto mágica del poder transformador del grupo; una mujer miembro de un grupo vecinal de la ciudad de México expone: “Desde la primera vez que asistes a las reuniones ya has cambiado, te vuelves más independiente y ellos [los esposos] ya no te reprimen tanto como antes.” Pero, al carecer de una perspectiva de género crítica, hasta el momento ellas no han sido capaces de transformar esta experiencia de participación de grupo que se valida personalmente en un ejercicio de apropiación colectiva.

Por lo tanto, aunque las entrevistadas confíen en las estrategias descubiertas en el grupo para mejorar su posición de poder en el hogar, la mayoría de ellas indica que está más dispuesta a participar en la acción colectiva que gira alrededor de los asuntos de la comunidad, que en cambiar los arreglos de género. Mientras que las relaciones más fuertes entre las feministas y las organizaciones de mujeres pobres podrían facilitar la articulación de una perspectiva de género crítica para permitirles avanzar en sus apro-

piaciones, dichas conexiones sólo han comenzado a materializarse recientemente, y en su mayor parte siguen siendo tentativas.

CONCLUSIÓN:

LOS DERECHOS DE LAS MUJERES COMO DERECHOS HUMANOS

Esta investigación indica que en México las ideas sobre derechos reproductivos entre las mujeres estudiadas no se limitan a las definiciones legales formales, sino que incluyen un campo más amplio en el cual ellas están construyendo una expresión propia. De hecho, el conocimiento que poseen nuestras participantes sobre las leyes oficiales y las disposiciones relacionadas con los derechos reproductivos es muy limitado. Las formulaciones de la autorización en los ámbitos social e informal coexisten con los discursos legales y formales en diferentes grados de apropiación. Resulta crucial que la apropiación de los derechos no sea parte del proceso de socialización de estas mujeres. Los derechos no están definidos como algo que las personas tienen sólo porque son seres humanos, sino como algo que se debe ganar o ser otorgado por otros, y principalmente se obtienen por medio de sufrimiento, el trabajo o como respuesta al mal comportamiento de la pareja. Así, la apropiación de nuestras entrevistadas es posterior al hecho. Además, la violencia y la coerción que reciben de sus familias y de los servicios gubernamentales hacen muy difícil la construcción de un sujeto femenino de derecho, aunque este estudio sugiere que la participación en grupos, al permitirle a las mujeres reunirse y por tanto reconocer sus propias necesidades y aspiraciones, puede finalmente cambiar esto.

Así pues, las posibilidades de acción para exigir o afirmar los derechos de un individuo están basadas en un proceso de constitución del sujeto; esto es, en el reconocimiento de la existencia de él mismo así como de los demás. Los elementos principales de este proceso son la apropiación del cuerpo como un dominio de soberanía individual y la construcción de una opinión como la expresión de autoafirmación. Si algunas de nuestras entrevistadas han sido despojadas y, hasta cierto grado, han renunciado al manejo de su voluntad, pensamiento y cuerpo, y lo han dejado en manos de otros, no llegan al punto de autorizarse a sí mismas como sujetos en ciertas

áreas de sus vidas. En este contexto, la idea informal de derechos que poseen, se ha construido más como una estrategia reactiva que como una táctica defensiva en contra de la violencia y el abuso, como una apropiación derivada de deseos, aspiraciones, o proyectos de vida. Para la mayoría de ellas la afirmación “Yo quiero” debe ser mediada por las necesidades de los demás, principalmente las de los hijos, o reemplazada por su opuesto: “No quiero”, generalmente como una respuesta a la agresión.

El hecho de que las mujeres que participan en movimientos urbanos luchen por tener un mejor lugar de trabajo o mejores condiciones en la comunidad, muestra su mayor conocimiento y apropiación de la ley respecto al de las participantes que pertenecen a organizaciones de educación o de salud, y esto hace que surja una pregunta: ¿puede un enfoque dirigido hacia los derechos en las esferas política y económica extenderse a las áreas que tradicionalmente se consideran “privadas”, como la sexualidad y la reproducción? Nuestro estudio sugiere que el proceso es cuestionable. Aunque las mujeres del sindicato y de los grupos vecinales parezcan más capaces de alcanzar sus metas, existe una brecha entre sus habilidades y la adquisición de recursos para resolver los problemas relacionados con su sexualidad y reproducción. A ello va aunado el hecho de que es menos probable que participen en el ejercicio diario y personal de sus derechos en las relaciones personales que, por ejemplo, en una defensa legal en contra del fraude de un inmueble. Cuando luchan por mejores condiciones materiales de manera colectiva, esto las ayuda a sentirse apoyadas para expresar sus derechos en una forma que serían incapaces de adoptar si los defendieran ellas solas, sin la presencia del grupo. En otras organizaciones, menos politizadas pero más enfocadas a temas de la familia y la salud, las participantes mostraron capacidad más profunda para reflejar en sus cuerpos su sexualidad y sus derechos, para decidir sobre ellos; pero la brecha entre dichas articulaciones y su defensa práctica es más grande.

Dichos hallazgos indican que sin importar cómo se construyan las apropiaciones, el riesgo de actuar en ellas plantea dificultades prácticas. Esto no sólo se debe a los significados culturales sobre el género, la reproducción y la sexualidad, que ignoran a las mujeres como sujetos de derechos, sino también a la marginalidad

política y social de las mujeres pobres, lo que pone fuera de su alcance los remedios institucionales. Mientras la autoasimilación del cuerpo y la idea de apropiación son condiciones necesarias para la construcción de un concepto de derechos y ciudadanía, esto no puede lograrse sin la intervención activa de las instituciones sociales que deberían legitimar y hacer cumplir los derechos. Esto es, aunque las personas tengan capacidad subjetiva para considerarse a sí mismas como sujetos de derechos, es imposible que ejerzan dicha ciudadanía sin contar con las condiciones políticas, sociales y culturales que las protejan.

El contexto autoritario y antidemocrático en México se ha resquebrajado con la caída del monopolio del PRI en el año 2000; sin embargo, aún existen centros antidemocráticos que condicionan el acceso de las mujeres al espacio público-institucional. Con todo, la construcción de derechos reproductivos como apropiación femenina se contamina con una cultura política donde existe desconfianza hacia las instituciones políticas y sociales y la ciudadanía tiene poco valor; precisamente por esta razón las definiciones legales y formales de derechos son extrañas para la mayoría de las entrevistadas. Al mismo tiempo, este concepto impulsa la participación grupal de las mujeres en todos los niveles, lo que resulta en una conciencia desigual y una movilización colectiva alrededor de temas de participación social y de apropiación en la familia y la sociedad. Por tal motivo las ideas de derechos expresadas en este estudio son importantes: revelan los medios por los cuales las entrevistadas están construyendo un sentido de apropiación, a pesar de los limitados avances en las definiciones formales.

En el escenario de los últimos diez años, las mujeres han buscado permear los espacios a través de presentar demandas públicas y formalmente; por ello, la propuesta básica de este capítulo: que las mujeres en México están en proceso de construirse a sí mismas como sujetos de derechos; lo cual se evidencia, por ejemplo, en las elecciones locales y nacionales de 1997 y las elecciones presidenciales en julio de 2000, cuando los mexicanos votaron por el cambio político en un ambiente electoral sin precedente, en donde 70% de la población inscrita en el padrón electoral asistió a las urnas. Lo más notable es que las mujeres que votaron conformaron —como en las elecciones de 1997— un inaudito 51% del elec-

torado, según cálculos de los funcionarios electorales (Jusidman, 1997). Además, las indígenas, especialmente en los estados de Sinaloa y Oaxaca, organizaron campañas nacionales para exigir mejores condiciones sociales, mayor acceso a la educación, y libertad reproductiva para su género.

La votación del 2 de julio de 2000 fue histórica, porque no sólo se eligió a un presidente de un partido de oposición, sino además, 128 senadores y 300 diputados de oposición. Las candidaturas femeninas al Congreso mostraron un ligero aumento: en 1997 por cada tres candidatos varones a senadores y diputados había una mujer, y en 2000 por cada 1.6 varones candidatos a senadores había una mujer y por cada 1.8 candidatos a diputados una candidata. De manera significativa, desde las elecciones de 2000, dos de los tres partidos mayoritarios fueron dirigidos por mujeres (PRI y PRD), y sucedió lo mismo con dos Secretarías de Estado (Turismo y Desarrollo Social).

Más aún: en mayo de 2000, la Comisión de Equidad y Género del Senado logró reformar el Código Federal de Instituciones y Procedimientos Electorales (Cofipe), que ahora obliga a los partidos para que las candidaturas de mayoría relativa no puedan ser ocupadas por más de 70% de un solo género, lo cual garantiza que al menos 30% de las candidaturas en los procesos electorales estarán asignadas a las mujeres como propietarias, dejando atrás la condición de “relleno” en el que permanecían, pues en general se les designaba como suplentes. Sin embargo, el ingreso formal de las mujeres en la política, en términos de su cada vez más amplia presencia en los órganos legislativos, no ha hecho que sus propuestas y demandas dejen de ser discriminadas; por ejemplo, para el año 2001 sólo dos de 39 reformas relacionadas con el género fueron aprobadas.

En términos del ejercicio y la consolidación legal de los derechos sexuales y reproductivos, encontramos un nuevo escenario en el que las diferentes fuerzas políticas luchan por obtener beneficios políticos mientras participan en el debate social y la esquizmatización de tales derechos.

En relación con los logros alcanzados por grupos progresistas, encontramos más abierta la discusión sobre la sexualidad, acompañada por algunas batallas legales que aunque no han sido ganadas,

establecen un distinto y más elevado nivel de conciencia acerca de la importancia de adoptar una perspectiva legal sobre temas de sexualidad y reproducción. Por todas estas razones, incursionar en el campo del derecho tomando como punto de partida las luchas de mujeres, significa reconectar el ejercicio de la ciudadanía con la política y las políticas. De manera no coincidente, hoy en día la politización de las relaciones de género y de los derechos sexuales son la medida del avance del laicismo y la democracia en México.

Finalmente, a medida que las contradicciones sociales se profundizan en México, impulsando a las mujeres a la esfera política, se están generando nuevos significados de “derechos”. Al mismo tiempo que las mujeres se reúnen en grupos —ya enfocados en las necesidades de trabajo, ya en la salud— y comienzan a expandir su sentido de apropiación en las áreas relacionadas con la reproducción. La conciencia colectiva que están desarrollando las ayuda a enfrentar la apropiación estatal del derecho constitucional para tomar las decisiones que gobiernan la salud reproductiva. Aunque ellas aún no han traducido su nueva conciencia en formas de resistencia colectiva, el mismo proceso de identidad de grupo, al emplear las expectativas personales y crear conciencia, abre la posibilidad de volver a articular usos formales y comunitarios del término “derechos” en formas que reúnen sus características personales y sociales.

Al reconocer que las mujeres pobres son agentes activos, y no víctimas de las normas y condiciones represivas, el equipo mexicano también asumió que el tema de la reproducción no es el problema principal por el que están preocupadas. Para entender sus prioridades de manera más completa es preciso investigar con mayor profundidad las concepciones femeninas sobre sexualidad y placer. Dichas preocupaciones íntimas, por ser una parte latente de su nascente sentido de apropiación, probablemente seguirán sin expresarse mientras las mujeres no sean capaces de controlar plenamente las condiciones económicas y sociales que determinan sus vidas.

VI. SEXUALIDAD Y FECUNDIDAD FEMENINAS EN NIGERIA. ROMPIENDO LA CULTURA DEL SILENCIO

GRACE OSAKUE
ADRIANE MARTIN-HILBER*

Las mujeres nigerianas viven bajo un régimen militar autoritario apoyado y reforzado por la tradicional normativa patriarcal. Estas normas, que giran en torno de mitos y rituales antiguos, pretenden perpetuar la posición social de inferioridad femenina y son particularmente rígidas en lo concerniente a la vida sexual y reproductiva de mujeres y niñas (Renne, 1993). Sin embargo, y mientras aún gran número de nigerianas defiende y protege las prácticas tradicionales que ponen en riesgo su salud y bienestar, muchas de las decisiones reproductivas que toman en su vida diaria pueden contravenir las normas convencionales. Durante esta investigación pretendemos entender cómo estas mujeres negocian, se adecuan y ocasionalmente rechazan el control masculino sobre su fertilidad y sexualidad, y la forma en que cambian estos modelos a lo largo de su ciclo de vida. Al hacerlo, encontramos que no son pocas las entrevistadas que han logrado superar la brecha entre la tradición patriarcal y la necesidad económica en temas como la toma de decisiones reproductivas y sexuales. Asimismo, mientras se adaptan a las normas de género y a los sistemas de pensamiento tradicionales, intentan asegurar áreas de autocontrol y expresan su deseo de cambio

* Además de las autoras, contribuyeron sustancialmente en la elaboración de este capítulo las tres coordinadoras de zona del equipo de IRRRAG en Nigeria: Bene Madunagu (sureste), Jane Osagie (suroeste) y Hajara Usman (norte), a quienes agradecemos su apoyo. Asimismo reconocemos la guía que como consultora de investigación nos proporcionara Beth Richie, así como la ayuda y colaboración de Anton Hilber durante la investigación secundaria y para la obtención de datos sobre los antecedentes históricos.

en temas particulares. Pero esto sucede con mayor vigor en la primera y en la última etapas de su vida; pues el matrimonio y la maternidad temprana forman la parte sustantiva del proceso adaptativo a las normas tradicionales. Para entender esta complejidad conviene conocer el contexto político, económico, social y cultural que permea las condiciones de vida en Nigeria y ver la forma en que se desarrollan las actividades sociales y de salud reproductiva de las mujeres.

CONTEXTO POLÍTICO

El Estado nigeriano es el resultado del establecimiento artificial de límites fronterizos trazados por y durante el dominio colonial británico, que abarcó de 1914 a 1960. Este hecho es central para entender el sistema político y gubernamental del país, así como su construcción étnica, lingüística, geopolítica, religiosa y de clase,¹ diversa y rivalizante. El sistema colonial británico se dio a la tarea de explotar y reforzar estas divisiones y rivalidades étnicas, de lo cual resultó la parcelación del territorio en un conjunto de 36 estados y tres macrorregiones que componen su actual geografía política —norte, suroeste y sureste— (Hussaina Abdullah, 1996). Desde su independencia, en Nigeria se han realizado numerosos y fallidos intentos de establecer un sistema democrático duradero, seguidos por una ininterrumpida dictadura militar desde 1983. La competencia y la hostilidad abierta entre los militares, al igual que entre los líderes civiles, ha contribuido a que el país se vea constantemente azotado por la inestabilidad política; consecuencia de ello son los numerosos golpes de Estado. Adicionalmente, el país se ha visto envuelto en constantes conflictos de carácter autonomista cuyos actores pretenden acceder al control sobre los recursos

¹ Entre los aproximadamente 250 grupos étnicos del país, y las 250 a 400 lenguas diferentes, los hausa y fulani en el norte, los yoruba en el suroeste y los igbo en el sureste, son considerados los más importantes. Casi la mitad de la población es musulmana (con residencia principalmente en el norte) y cerca de 35% es cristiana; muchos de ellos también forman parte del restante 15% que practica diversas formas de religión tradicional africana (Hussaina Abdullah, 1996; NDHS, 1992).

naturales con que cuenta el territorio, principalmente, el petróleo. Este conjunto de factores negativos se suma a la enorme lista de fallas, de inadecuados manejos administrativos, y a la corrupción endémica, que nulifican cualquier esfuerzo por armonizar las divergencias locales y los intereses sectoriales y étnicos que favorecerían la unidad nacional y el desarrollo económico equitativo.

Actualmente las diversas jerarquías de la estructura administrativa del gobierno ejercen cierto grado de influencia en cada sector de la vida nigeriana, incluyendo las áreas rurales. El régimen militar represivo del general Abacha continúa impidiendo la discrepancia y está infectado por la ineficiencia, la corrupción endémica y el padrinazgo.² A pesar de que este régimen se comprometió oficialmente desde 1988 a promover la transición democrática, tal objetivo parece cada vez más inalcanzable, dada la historia de represión política y de traición seguida por el general Abacha (la ejecución del autor y activista político Ken Saro-Wiwa y otros ocho activistas ogonis en 1995 fue uno de los ejemplos más dramáticos de esta represión). Mientras tanto la economía nigeriana, centrada en el petróleo, continúa en crisis y no es capaz de iniciar una etapa de crecimiento orientada hacia el mejoramiento del bienestar de una población en rápido aumento.

LA CRISIS ECONÓMICA Y SU EFECTO EN LAS MUJERES

A pesar de su riqueza cultural y sus recursos minerales, Nigeria sigue siendo un país empobrecido cuyo potencial económico continúa sin ser explotado. Para mediados de los años setenta su economía se había convertido en la dominante de la región subsahariana de África, y era el principal exportador de petróleo del continente. Sin embargo, durante los años ochenta una pésima administración económica y un cúmulo de factores externos ocasionaron la disminución precipitada del producto interno bruto (PIB) y de los salarios reales, que se redujeron a niveles inferiores a los de sus

² En el Índice de Percepción de Corrupción de 1996 y 1997, Nigeria estaba clasificada como la nación más corrupta del mundo (Transparencia Internacional, 1997).

vecinos subsaharianos. En 1984, aproximadamente 64% de los hogares urbanos y 61% de los rurales se hallaban dentro de los niveles de pobreza (*Federal Research Division*, 1991), y, por si esto fuera poco, para 1993 el PNB per cápita se redujo drásticamente a 300 dólares de EU (UNDP, 1996).

Mientras las exportaciones petroleras generan más de 80% de los ingresos actuales del gobierno, la agricultura sigue siendo la principal fuente de empleo (incluyendo el femenino), y representa más de 35% del PIB (*World Bank*, 1995). Los pequeños agricultores, quienes utilizan técnicas de cultivo simple, dan origen a casi dos terceras partes del conjunto de la producción agrícola nacional. Sin embargo, la migración hacia las ciudades, en especial la de los jóvenes, afectó la economía rural en los años ochenta porque ocasionó marcados cambios en la división de género del trabajo. Como una gran cantidad de hombres en edad activa dejó los campos para buscar empleo en las ciudades, las mujeres y l@s niñ@s tuvieron que reemplazar a esa mano de obra emigrante. En la actualidad la gran mayoría de las mujeres trabaja en las labores agrícolas y en actividades relacionadas con éstas, y constituyen más de la mitad de la fuerza laboral total en la producción y el procesamiento agrícolas (*World Bank*, 1997).

Durante el año de 1986, con la finalidad de hacer frente a su crisis presupuestaria y mejorar las condiciones para el crecimiento económico de largo plazo, el gobierno nigeriano suscribió un programa de ajuste estructural difundido por el Banco Mundial (PAE). Al igual que en otros países, este programa prescribió medidas de austeridad, que incluyeron la reducción de los subsidios del gobierno, la privatización de empresas estatales, la devaluación de la moneda, así como severas reducciones del presupuesto gubernamental dado a la educación, la salud y el bienestar social. Todo esto tuvo un costo social importante que derivó en la intensificación de la pobreza en las áreas rurales y el deterioro de los servicios de salubridad existentes, entre muchas otras cosas. De forma generalizada, la disminución del nivel de vida y el aumento de su costo, se resintieron socialmente; sin embargo estas condiciones depauperantes perjudicaron mayormente a las mujeres y l@s niñ@s. Ello se hace evidente en los niveles de desnutrición que presentan estas dos poblaciones referidas, y en la mortalidad y el incremento de las

enfermedades infantiles (Elabor-Idemudia, 1994). Asimismo, recae sobre la mujer nigeriana la obligación de administrar el presupuesto familiar en tiempos en que la moneda se devalúa constantemente (Atsenwa, 1995).

Un punto a favor lo representa el hecho de que las mujeres jóvenes han tenido mayor acceso a la educación en comparación con las generaciones de mayor edad, pues un tercio de las que tienen entre 15 y 24 años de edad ha alcanzado la educación secundaria o superior, mientras sólo cerca de 5% de entre 30 y 40 años lo logró (NDHS, 1992). A pesar de todo muchas mujeres, especialmente en las áreas rurales y en la región norte del país, todavía carecen del acceso a la educación secundaria a causa no sólo de los prejuicios tradicionales en contra de la educación a las niñas, sino también como consecuencia de la crisis económica.³ Con la reducción presupuestal en materia de educación y el aumento de las colegiaturas, el presupuesto familiar no alcanza para solventar la educación de todos l@s hij@s, y debido al modelo cultural que privilegia a la descendencia varonil, las hijas son discriminadas de la educación y se les refuerza la idea de que su destino es el matrimonio. Tales posiciones de género no son atendidas por las políticas públicas, a pesar de que existe una clara evidencia de que los niveles de educación de las mujeres están inversamente relacionados con su fecundidad y ligados positivamente con una mejor salud materna (Olusanya, 1989).⁴

Los sueldos que las trabajadoras perciben son indispensables para el sostenimiento familiar en los hogares de las clases media y baja en Nigeria. Pero en lugar de mejorar su estrato social, esta actividad económica ha aumentado las tensiones de género (especialmente en los grupos conservadores musulmanes del norte), y se ha desencadenado un debate público en nombre de los valores tradicionales y sobre el “lugar” que la mujer debe ocupar dentro

³ En las áreas rurales de Nigeria, 38% de las mujeres entre 15 y 24 años de edad no tenía educación; la tasa de analfabetismo femenino para el norte es tres o cuatro veces más alta que para el suroeste o el sureste (DHS-Macro International, 1996).

⁴ En un estudio sobre mujeres analfabetas se encontró que éstas tienen una tasa de mortalidad materna general casi tres veces superior a la de quienes cuentan con educación primaria o superior (Briggs, 1993).

de la sociedad. A pesar del indispensable apoyo económico que representa la mujer nigeriana trabajadora, aún se espera de ella que siga realizando todas las labores del cuidado del hogar y de los hijos. Sin embargo, y en tanto la crisis económica continúe, ellas podrían comenzar a resistirse a seguir adelante con estas obligaciones, a todas luces desproporcionadas.

LA TRADICIÓN, LA LEY Y LA POSICIÓN SOCIAL DE LAS MUJERES.
OKO NI OLORI AYA (EL ESPOSO ES LA CABEZA DE LA ESPOSA),
PROVERBIO YORUBA

El dominio masculino tiene bases socioculturales y religiosas profundamente enraizadas en la sociedad nigeriana. A pesar de su creciente concientización y del activismo de algunas mujeres de clase media, la mayoría de las nigerianas siguen aceptando su posición secundaria en el hogar y en la comunidad (Hussaina Abdullah, 1996). Al evaluar sus funciones como madres y cuidadoras, estas mujeres dejan a sus maridos la toma de decisiones familiares, incluso sobre cuestiones que las afectan directamente a ellas, tales como el número de hij@s y el uso de anticonceptivos (Bankole, 1995; Adamchak y Adebayo, 1987). Los parientes, l@s curander@s tradicionales y los líderes religiosos perpetúan dicha diferencia y recurren a una interpretación androcéntrica de la Biblia y el Corán, así como a la cultura tradicional que apoya el dominio masculino sobre la vida matrimonial y familiar (Renne, 1993).

El poder patriarcal que se ejerce sobre las mujeres y las niñas se deriva del control masculino sobre la propiedad de los bienes inmuebles, como la casa habitación. Los hijos varones heredan el patrimonio familiar —incluyendo las viviendas—, y en algunos lugares la propiedad de la tierra, que recae exclusivamente en el varón, se considera la principal base de continuidad al legado familiar (Rene, 1995). En este sistema patrilineal la descendencia es propiedad del padre, cuyo estatus en la comunidad está ampliamente determinado por el tamaño de su familia (Isiugo-Abanihe, 1994). Los nigerianos comúnmente definen a una mujer como la hija, esposa, madre o viuda de alguien. A pesar de que ellas realizan cerca de 70% del trabajo agrícola (Elabor-Idemudia, 1994), en

el discurso popular y las metáforas siguen estando asimiladas a la propiedad masculina, y su capacidad reproductiva se relaciona con la de la tierra que posee el hombre.

Aunque se considera que el derecho es una herramienta de modernización, en Nigeria es frecuente que sea un medio que perpetúa la tradición. Es decir, la posición minusvalorada de la mujer en la sociedad nigeriana se refleja en su sistema legal, una amalgama de ley civil, costumbres locales y ley islámica (*shari'a*). Pese a que Nigeria ha firmado la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer (la Convención de la Mujer), y la Constitución de 1979 prohíbe toda forma de discriminación basada en el sexo, los textos legales todavía se refieren a las mujeres como propiedad de sus esposos, y se les otorgan pocos derechos que las pongan a la par de sus maridos. Adicionalmente, las leyes y prácticas tradicionales generalmente se sobreponen a la legislación civil y a los códigos penales en cuanto a los conflictos de género.⁵ Las costumbres locales y la ley *shari'a*, a diferencia de la ley civil, apoyan las uniones arregladas y las relaciones poligámicas y permiten al marido divorciarse de su esposa en forma unilateral.

Para contraer matrimonio el varón debe pagar una cantidad significativa o en especie como derecho de compra por la novia (o dote bajo la ley islámica), y ello se convierte en una práctica que asegura los derechos del varón sobre el trabajo reproductivo y físico de la esposa. Para la mayoría de los grupos étnicos, el matrimonio se consuma y la mujer es aceptada socialmente cuando el monto económico ha sido saldado. En Hausa y Fulani, al norte de Nigeria, las mujeres, casi en su totalidad, practican la religión musulmana, especialmente en las áreas rurales; allí las niñas reciben menor educación formal, mientras que los matrimonios de adolescentes son muy comunes, seguidos por el aislamiento en la casa bajo el *purdah*.⁶

⁵ Dos grupos distintos de ley penal están en vigor en Nigeria: El Código Criminal en la región sureña y el Código Penal en el norte, lo que refleja la adhesión a la ley *shari'a* entre la población predominantemente musulmana en este último. Para un examen de las leyes criminal y familiar nigerianas, véase CLPR-FIMA, 1997.

⁶ *Purdah* es la reclusión de la esposa o las esposas dentro de un recinto. El marido restringe la movilidad de su mujer, y es él quien debe darle permiso para

En años recientes las tensiones económicas han contribuido indirectamente a que se reduzca el número de matrimonios polígamos; sin embargo cerca de 41% de las nigerianas, tanto cristianas como musulmanas, aún vive en dichas uniones (Westoff *et al.*, 1994). Más aún, en los hogares polígamos del norte, el empleo femenino fuera de casa requiere el permiso del esposo o de la familia.

El dominio patriarcal sobre las mujeres también se basa en parte en el control cultural de su sexualidad y fecundidad. Según una creencia muy extendida, la mujer posee poderes sexuales y en ocasiones es poseída por espíritus malignos, que desencadenados pueden superar al hombre y convertir a las mujeres en esclavas de sus propios deseos sexuales. Muchas prácticas tradicionales, algunas de ellas realizadas por unas mujeres sobre otras, tienen el objetivo de limitar o exterminar estos poderes mientras que al mismo tiempo refuerzan la subordinación sexual y social de ellas. Sin embargo, dichas prácticas —sobre todo la mutilación genital femenina (MGF), practicada desde la infancia hasta los 18 años de edad— ocasionan serios riesgos a la salud reproductiva de las mujeres. Aunque en Nigeria se realizan diferentes tipos de MGF, la más común es la clitoridectomía (extirpación), practicada extensamente por musulmanes, cristianos y africanos tradicionalistas.⁷ Mientras que la tasa de predominio general de MGF en el país es de 50%, en las áreas del suroeste llega a 89% (Adebanjo, 1992; Toubia, 1995). En la actualidad ninguna ley prohíbe la MGF, pero la Asociación Nacional de Enfermeras y Parteras ha lanzado una campaña de 10 años que busca reducir su prevalencia, y al mismo tiempo, varios grupos que abogan por la salud de las mujeres han logrado persuadir a algunas administraciones estatales de apoyar esfuerzos para su erradicación. El secretario general del Consejo Supremo de

salir, incluso en caso de alguna emergencia. Cuando una mujer está en *purdah*, esto significa que depende económicamente de su marido y su familia política (PMMN, 1992).

⁷ Esto confirma otra investigación que documenta que en África Occidental la MGF tiene igual o más predominio entre los grupos tradicionalistas cristianos y africanos que entre los musulmanes. Véase *Population Briefs* (primavera de 1997), que da cuenta de una investigación conducida en Burkina Faso, Costa de Marfil y Senegal. Nuestra investigación muestra que la edad en que se realiza el procedimiento varía ampliamente en Nigeria, dependiendo del grupo étnico.

Asuntos Islámicos de Nigeria, ha declarado que el libro sagrado del Corán no contiene base alguna de carácter religioso que prohíba el control de la natalidad o mencione la práctica de la MGF, dando así un ligero paso hacia la desacralización de esta dañina y peligrosa práctica (IPPF Archivo Abierto, 1993; Foro de Liderazgo de África, 1992).

SALUD REPRODUCTIVA Y SALUD DE LAS MUJERES. POLÍTICAS DE POBLACIÓN

La salud reproductiva en Nigeria está seriamente afectada por la falta de información o el mal manejo, las prácticas tradicionales adversas, los costosos e inaccesibles servicios de cuidado materno y una alta tasa de fecundidad (Esu-Williams, 1991). Esta última ha disminuido desde 1980, pero sólo ha pasado de un promedio de 7.1 a un estimado de seis niños en 1990, según los últimos datos disponibles y confiables (NDHS, 1992; UN, 1995a). Recientes tendencias indican que a pesar del deseo tradicional de los varones por tener gran número de hij@s y esposas, los costos económicos de la manutención de estas familias con altos índices de fecundidad, aunados a la poligamia, dificultan la posibilidad de cumplir con tales deseos, principalmente en las áreas urbanas (Isugo-Abanuhe, 1994). Sin embargo, la alta natalidad persiste entre las mujeres rurales, especialmente en aquellas que carecen de educación y viven en condiciones de pobreza; muchas de ellas entran a la maternidad durante sus años adolescentes. Cada año casi un millón de infantes, 16% de los nacidos vivos, son hij@s de madres adolescentes, y la mortandad infantil de dichos nacimientos (121 por 1 000) excede notablemente la tasa nacional (87 por 1 000) (NDHS, 1992).

En Nigeria la tendencia de las mujeres a tener hij@s antes de cumplir 19 años no sólo es resultado de una tradición que promueve el matrimonio a temprana edad, sino también de las posiciones religiosas y tradicionales que desalientan el uso de anticonceptivos y la práctica del aborto. En 1990 sólo 14% de las mujeres y 13% de todas las mujeres que se encuentran entre los 15 y 24 años de edad, había utilizado cuando menos en alguna ocasión algún tipo de

control de la natalidad, y 43% de éstas estaba utilizando métodos anticonceptivos tradicionales en lugar de los modernos; además, sólo 6% de las casadas utilizaba métodos modernos (NDHS, 1992). Diversos estudios han mostrado el enorme vacío informativo sobre el embarazo, los anticonceptivos y las enfermedades que se transmiten sexualmente (ETS) que se proporciona a las mujeres jóvenes, lo cual se atribuye a la cultura del silencio sobre temas de sexualidad que permea las relaciones familiares y sociales en su conjunto. Como resultado, muchas jóvenes recurren a la práctica del aborto ilegal, frecuentemente autoinducido. (Brabin *et al.*, 1995; Feysetan y Plebky, 1989; Makinwa-Adebusoye, 1992.)

En los lugares donde se acepta el uso de los anticonceptivos, se les considera sólo del interés de la mujer casada debido a la percepción negativa que se tiene sobre la iniciación de la vida sexual activa antes del matrimonio, y no se espera que los varones —a pesar de su promiscuidad, que es bien conocida— negocien la anticoncepción para ellos o sus parejas. Aun para las mujeres casadas que ya tienen el número de hij@s que desean, existen pocas opciones anticonceptivas disponibles que sean culturalmente aceptadas. Según las muy arraigadas creencias sobre la reencarnación, si alguien, hombre o mujer, se practica la esterilización, no podrá tener hij@s en su próxima vida. Más aún, bajo las leyes tradicionales que rigen la conducta de los practicantes de las religiones tradicionales africanas —cristiana y musulmana—, la mutilación quirúrgica de cualquier parte del cuerpo con el propósito de controlar la natalidad es un tema tabú. Como resultado, la vasectomía y la salpingoclasia virtualmente son inexistentes en Nigeria (NDHS, 1992). El rechazo de los líderes de la comunidad (ancianos, curander@s tradicionales y gran parte de los miembros de la familia) a la utilización de la mayoría de los métodos anticonceptivos, representa una coacción adicional que puede contribuir a que se extienda la práctica del aborto.

En Nigeria la mortalidad materna es excesivamente alta, pues llega a cifras récord de 1 000 muertes por cada 100 000 nacimientos (véase tabla IX.1). Cerca de 30.4% de estas muertes son causadas por complicaciones de abortos practicados en condiciones inseguras y poco salubres, y que se atribuyen directamente al uso de técnicas defectuosas y a la acción de personal no capacitado (Popula-

tion Council, 1993; Unuigbe *et al.*, 1988; Okagbue, 1990). A pesar de su predominio, el aborto sigue siendo ilegal en los códigos criminales del norte y del sur, excepto en los casos en que se necesite salvar la vida de la mujer. Como resultado, aproximadamente 20 000 mujeres nigerianas mueren cada año por haberse practicado abortos ilegales en forma incompetente. Las pobres, analfabetas y sin educación tienen mayor riesgo de morir por causas maternas (Briggs, 1993; *Population Council*, 1993). En las zonas rurales muchas no reciben ningún tipo de atención médica u obstétrica, y otras tienden a solicitarlo cuando ya es tarde, por lo que la intervención médica puede hacer muy poco o nada para evitar las fatales consecuencias (Chiwuzie, 1995; PMMN, 1992).

Los factores adicionales que contribuyen a elevar la mortalidad materna son los alimentos tabú, la desnutrición y el que se posponga la consulta médica en casos de complicaciones del embarazo (PMMN, 1992; Aromasodu, 1982). Muchas complicaciones, como el sangrado vaginal, los partos prolongados y las posiciones no adecuadas del feto, tradicionalmente son atendidas por parteras tradicionales (APT), quienes utilizan remedios herbales o conjuros, lo que retrasa una intervención médica oportuna y frecuentemente empeora la condición de la mujer (Oyebola, 1980). Adicionalmente, el uso cotidiano de la práctica de la MGF, el corte *gishiri*,⁸ el trabajo de parto prolongado y el desgarramiento coital provocado por la relación sexual antes de alcanzar la pubertad, han originado una alta incidencia de fístulas vesico o recto-vaginal (FVV-FRV) —enfermedad muy dolorosa, que pone en peligro la vida— (Emembolu, 1990; Tahzib, 1983). Todas estas enfermedades crean lesiones que vuelven a las mujeres más vulnerables al VIH y otras infecciones de transmisión sexual, y que en parte explican por qué ellas forman la tercera parte de todos los enfermos de sida en Nigeria (CPRL-FIMA, 1997; Orubuloye, 1996; Adekumle y Ladipo, 1992).

A pesar de estos problemas, sólo alrededor de 30% de las nigerianas, principalmente en áreas urbanas, dan a luz en clínicas u hospitales; la gran mayoría utiliza los servicios de las APT durante

⁸ El corte *gishiri* es una incisión quirúrgica en los labios menores —tradicionalmente aplicado para el tratamiento de diversos padecimientos, que van desde el parto prolongado hasta las dificultades en el coito y la esterilidad (Ityavyar, 1984).

el parto y para los cuidados prenatales (Okafor y Rizzuto, 1994). Prefieren utilizar su hogar como lugar de alumbramiento y con la asistencia de las ATP no sólo por su accesibilidad y tarifas bajas, sino también porque esto permite a las madres seguir las prácticas de parto tradicionales. Desafortunadamente las APT rehúsan remitir los embarazos de riesgo a las clínicas debido en parte a su falta de capacidad para reconocer los problemas, pero también a su profunda desconfianza en los hospitales y las enfermeras.⁹

Pero los malos servicios que las nigerianas obtienen en el ámbito de la salud reproductiva se deben a factores estructurales y culturales. Como resultado de los PAE y las reducciones de presupuesto, el sistema de salud pública —administrado por los gobiernos locales— se encuentra en un crónico estado de deterioro con los subsecuentes problemas del desabasto de medicamentos, de personal y de equipo. Paralelamente, un persistente prejuicio urbano y la existencia de prácticas discriminatorias producen marcadas disparidades en la disponibilidad y calidad de los servicios médicos. De este modo, muchas embarazadas se alejan de las clínicas y hospitales “modernos”, aun cuando ellas mismas o las TAB son conscientes de los peligros que representa el no recibir los cuidados adecuados, pues tendrían que enfrentar la discriminación étnica y de clase, y los costos, que consideran prohibitivos. Es común que a las mujeres que llegan al hospital en labor de parto se les niegue la entrada a menos de que sean ellas quienes solventen los gastos de los medicamentos, los materiales y alimentos que se requieren durante su estancia. Dichas barreras económicas resultan insuperables para las de bajos recursos y para sus familias (IAC, 1993).

En 1983 se instauró el primer programa de planificación familiar de la nación, y en 1989 el gobierno de Babangida adoptó formalmente una política de población nacional, después de un proceso de “construcción de consenso” que duró cuatro años (Dixon-Mueller, 1993). Aunque este proceso no hizo eco a la voz de

⁹ Numerosos estudios recientes se refieren a las consecuencias positivas y adversas de la labor de las APT en la procreación, y los beneficios que se obtendrían si se les proporcionara entrenamiento. Véase PMMN, 1992 y Cuidado Materno, 1993. El sistema de salubridad en Nigeria incluye la medicina tradicional, farmacias de descuento, hospitales y clínicas del gobierno e instalaciones privadas con o sin fines de lucro.

los grupos de mujeres, podían preverse ciertos logros en el terreno de la salud y la posición de las mujeres si se aplicaba con seriedad esta política: hacer universalmente accesibles los servicios de planificación familiar voluntaria, reducir la mortalidad materna e infantil, aumentar la edad mínima de las mujeres para el matrimonio a 18 años, e iniciar programas que pusieran en práctica los compromisos del gobierno adquiridos al adherirse a la Convención sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación en Contra de las Mujeres (Convención de la Mujer). Sin embargo tal política trata de cumplir con su objetivo de reducción de la natalidad (una reducción a cuatro hij@s por mujer para el año 2000) enfocándose exclusivamente en las mujeres, “invitando” a los varones a limitar el número de matrimonios e hij@s a los que “puedan mantener con sus recursos”. Así no sólo se le deja todo el peso de la reproducción a las mujeres y se aprueba la poligamia en forma implícita; también se promueven los valores patriarcales tradicionales al afirmar:

En nuestra sociedad, a los hombres se les considera como la cabeza de la familia, y ellos toman las decisiones importantes, en las que se incluyen el tamaño de la familia, la subsistencia y las relaciones sociales [...] El sistema patriarcal de familia en el país deberá ser reconocido para mantener la estabilidad de los hogares (República Federal de Nigeria, 1988: 19).

El respaldo nigeriano a la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD), el Programa de Acción y la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (CCMM) crearon la esperanza de que la Secretaría de Asuntos de la Mujer, establecida en 1995, mantendría estos compromisos internacionales y ayudaría a llevar a la práctica las nuevas políticas de salubridad del gobierno. Pero hasta la fecha se han asignado muy pocos recursos al cumplimiento de tales compromisos, y se ha dejado a los grupos de mujeres la enorme tarea de seguir presionando al Estado.

EL MOVIMIENTO DE MUJERES

A pesar de sus problemas económicos, Nigeria alberga una vibrante sociedad civil, medios de comunicación instruidos y francos,

y un valiente movimiento de derechos humanos que apoya la democracia. Pese a los constantes esfuerzos del gobierno por encasillarlas y contenerlas, las organizaciones independientes de derechos y salud de la mujer son una parte dinámica de este movimiento y persisten en su afán de sacar a la luz una agenda para el cambio.

En 1959, justo antes de la independencia, se creó el Consejo Nacional de Sociedades de Mujeres (CNSM). Comenzó entonces la participación del Estado en el movimiento de las mujeres al colocar en los principales puestos a las esposas de los políticos y burócratas gobernantes —fenómeno que Hussaina Abdullah ha llamado “esposismo” o “pseudofeminismo patrocinado por el Estado”. En la actualidad es la única organización que reconoce el gobierno como representante del movimiento de mujeres, y todas las organizaciones que deseen el reconocimiento gubernamental deberán afiliarse a ésta. Con el control del financiamiento de todas las ONG de mujeres y con la esposa del presidente como su patrona, el CNSM sirve efectivamente para neutralizar las acciones autónomas de las mujeres y para reforzar el dominio patriarcal (Hussaina Abdullah, 1996).

En los albores de la Década de la Mujer promovida por las Naciones Unidas (1975-1985) el gobierno nigeriano creó el Comité Nacional para la Mujer y el Desarrollo (CNMD) como enlace entre las ONG femeninas y las actividades gubernamentales relacionadas con las mujeres. Los programas de la CNMD han promovido su capacitación en áreas tradicionales como la economía del hogar, las artes y artesanías, alfabetización y actividades generadoras de ingresos. Cuando en los ochenta el descenso de los niveles de vida —principalmente en las áreas rurales— hizo necesario que las mujeres aumentaran su contribución a los ingresos del hogar, el gobierno puso en marcha el Programa “Mejor Vida para las Mujeres Rurales” (PMV) que dirigió la señora Maryam Babangida, esposa del entonces dictador. Así, este programa pretendió limitar la agenda del feminismo con el uso retórico de la idea de crear una “nueva mujer rural”, y con el financiamiento gubernamental de las organizaciones de mujeres. En la práctica, sin embargo, su rígida estructura jerárquica reforzó la subordinación de género dándole la apariencia de activismo femenino, y fue completamente controlado por

la señora Babangida. El esquema del “esposismo” continuó en el nuevo régimen cuando la señora Mariam Abacha lanzó en 1994 el Programa de Apoyo Familiar y utilizó de nueva cuenta el poder del Estado para promover imágenes muy conservadoras sobre las mujeres, que las presentaban básicamente como esposas y madres (Hussaina Abdullah, 1996; Kisekka, 1992).

Sin embargo las políticas estatales de contención no evitaron que surgieran durante los años ochenta numerosos grupos de activistas altamente críticos del dominio militar y las políticas económicas y que se oponían al bajo nivel social y estatal en que se ubica a las mujeres. En 1983 se funda el grupo *Women in Nigeria* (Las Mujeres en Nigeria, WIN, por sus siglas en inglés), que obliga a cambiar las normas sociales y las políticas gubernamentales que reforzaban la desigualdad de género. A fines de los años ochenta y en los años noventa, sus miembros incursionaron en la aplicación de programas abocados a los derechos y la salud reproductiva de las mujeres, acoso sexual y violencia, y a crear conciencia sobre el daño que causan algunas prácticas tradicionales como la MGF y los ritos de la viudez. Como la WIN se negó categóricamente a afiliarse a la CNSM, nunca fue reconocida como una organización legal, y su alianza creciente con organizaciones de tendencia progresista ayudó a que sus relaciones con el Estado fueran tensas. Desafortunadamente la WIN ha sufrido divisiones internas, con el ascenso de una facción dominada por varones, ocasionando el desencanto de muchas activistas de orientación feminista y de ex líderes.¹⁰

Entre los grupos independientes, la Asociación de Mujeres del Campo en Nigeria (AMCN) está dedicada a atender las necesidades de las campesinas mediante instrumentos de participación como la incorporación de iniciativas de salud de las mujeres en programas de generación de ingresos (Ikeji, 1996). Otras organizaciones de mujeres de carácter progresista y no tradicional incluyen el CIAD (Centro de Investigación de Acción y Derechos),

¹⁰ Desde su inicio el WIN se autodefinió como una organización “para” y no “de” mujeres, de ahí que se incluyera a los varones como miembros (véase Madunagu, 1997). Originalmente el equipo de IRRAG de Nigeria estaba afiliado a sucursales locales e internacionales del MEN, pero finalmente se convirtió en una entidad independiente.

la Iniciativa de Poder de las Jóvenes, la Organización de Salud de las Mujeres de Nigeria (OSMN), la sección nigeriana de la Mujer en la Ley y el Desarrollo-África (MELDA) y la de Mujeres Viviendo Bajo Leyes Musulmanas. Estas organizaciones y sus iniciativas a menudo se alían con importantes grupos de derechos civiles para promover el empoderamiento de las mujeres, la educación y la democracia.

A pesar de que enfrentan el control opresivo del Estado y muchas dificultades organizacionales y financieras, los grupos nigerianos de mujeres por la salud han tenido un impacto real; sus logros incluyen la formación del Movimiento Nigeriano de Maternidad Segura y un Grupo de Trabajo Nacional sobre FVV (Grupo de Trabajo Nacional sobre FVV, 1994). En este contexto, las líderes del movimiento feminista han sacado partido de la participación nigeriana en los foros internacionales, como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo y la Primera Conferencia Mundial sobre Mujeres de Pekín, y han comenzado a demandar del gobierno acciones encaminadas a validar sus declaraciones y compromisos internacionales (Ikeji, 1996). Estas agrupaciones demandan no sólo mayor acceso de la mujer a los recursos económicos y políticos, sino también a la justicia sexual y reproductiva en todos los sectores de la sociedad. Así pues, la investigación de IRRRAG, realizada en condiciones de austeridad y represión, pretende proveer datos que aviven mayormente la consolidación de este reto para el régimen patriarcal que las feministas difunden.

METODOLOGÍA Y PROCESO

El grupo IRRRAG de Nigeria surgió del movimiento feminista y su compromiso ha sido investigar las creencias y decisiones de las mujeres pobres sobre su sexualidad y reproducción frente a los tabúes que rodean estos temas.¹¹ A diferencia de estudios anteriores,

¹¹ El equipo del IRRRAG estaba integrado por 18 mujeres y dos hombres con experiencia profesional en salud reproductiva, organización comunal, desarrollo comunitario e investigación feminista y social. Las tres coordinadoras de zona y la

se pretendió enfocar el estudio en los grupos étnicos minoritarios y explorar la manera en que las mujeres se perciben a sí mismas y actúan en sus opciones sexuales y reproductivas, a menudo sin la cooperación o el consentimiento de los varones de su comunidad (Véase Adetunji, 1997; Bankole, 1995; Isihugo-abanije, 1994; Ma-kingua-Adebusoye, 1992; Mothercare, 1993; Oni y MacCarthy, 1990; y Pearce, 1995.) En todas las lenguas locales nigerianas existen palabras que corresponden al término “derecho”, y con frecuencia se pueden traducir como “apropiación”, de ahí que tuviéramos la posibilidad de explorar estos conceptos entre las pertenecientes a grupos étnicos minoritarios que habían estado subrepresentados en estudios anteriores. Aunque las mujeres que entrevistamos constituyen solamente un pequeño segmento del conjunto de las nigerianas, son lo suficientemente variadas para proporcionar una idea general de cómo son percibidos los derechos sexuales y reproductivos en Nigeria, a diferencia de lo que cualquier otro grupo étnico o comunidad pudiera proporcionar.

La investigación se realizó en tres zonas principales, el norte, el suroeste y el sureste, cada una supervisada por una coordinadora de zona. Todas las investigadoras y asistentes que condujeron el trabajo de campo en cada una de estas zonas hablaban por lo menos una de las lenguas étnicas del lugar y fueron las responsables de la traducción de las cintas y las notas al inglés. El equipo adoptó una estrategia de selección de muestreo que procuró capturar tanto la diversidad como la posibilidad de comparación entre estos grupos. En cada zona se reunieron los datos por estado: Kaduna (norte), Cross River (sureste) y Edo (suroeste); en cada estado se seleccionaron sitios específicos en áreas urbanas, rurales y de la periferia urbana.¹² Se priorizó la información de los puntos de vis-

coordinadora del país son activistas en ONG nacionales e internacionales interesadas en la salud de la mujer.

¹² Basándose en el uso local, el equipo definió como “urbanas” a las capitales estatales con grandes poblaciones de habitantes no indígenas (inmigrantes), presencia de industrias, crecimiento de la actividad comercial, servicios públicos comparativamente bien desarrollados e infraestructura (transporte público, agua potable, electricidad); como “rurales” a las áreas que son en buena parte agrarias, con falta de presencia gubernamental y de servicios públicos, y que tienen pocos o ningún habitante no indígena; y “urbanas de la periferia” (o rurales-urbanas) a las

ta de las integrantes de grupos étnicos investigados en menor grado, tales como el katafa y el igala en el norte, el efik y el ibibio en el sureste y el bibini y el edo en el suroeste. Sólo 19% de nuestras entrevistas a profundidad fue seleccionado de uno de los grupos étnicos principales, los hausa del norte.¹³ Para darle mayor realce al aspecto diverso de nuestras entrevistas, utilizamos contactos personales para seleccionar miembros de diferentes organizaciones, como profesionales y asociaciones mercantiles, grupos religiosos, cooperativas económicas y grupos de autoayuda, y este método facilitó el acceso a las entrevistadas y su confianza. Lo más importante para nuestro equipo en el seguimiento de las participaciones fue que estos contactos proporcionaron una entrada para “regresar” a las comunidades durante la fase de acción del proyecto.

Toda la recopilación de datos se hizo por medio de entrevistas cara a cara (en grupos focales, entrevistas personales guiadas y “estudios de caso”) y con ello fue posible superar las diferencias y abismos de formas de comunicación y analfabetismo femenino en la mayoría de las comunidades. Participó un total de 354 mujeres en 36 grupos de discusión, que se distribuyeron en tres zonas designadas en nueve localidades rurales, 12 urbanas y 12 urbanas periféricas. Se tomó una submuestra de 72 mujeres de los grupos focales que participaron en las entrevistas individuales, se seleccionó a nueve de ellas para realizar estudios de casos detallados.¹⁴

áreas con características rurales y urbanas mezcladas, incluyendo pequeños pueblos y comunidades ubicados en la periferia de los principales centros urbanos, así como pequeños enclaves agrícolas dentro de áreas predominantemente urbanas. Los sitios urbanos seleccionados fueron Zaria (norte), Calabar (sureste) y Benin (suroeste); los sitios rurales fueron Koraye (norte), Awí (sureste) y Ekiadolor, Odighi y Obarenren (suroeste); y los sitios urbanos de la periferia fueron Samaru (norte), Odukaní (sureste) y los barrios de Oliha y Eviemwen (suroeste).

¹³ Aunque los musulmanes constituyen 50% de la población de Nigeria y la vasta mayoría en los estados del norte, formaron sólo 10% de la muestra de nuestro estudio. Esto se debió, primero, a que decidimos concentrarnos en los grupos étnicos minoritarios, y segundo, a la dificultad pues nos resultó difícil relacionarnos con las mujeres musulmanas, que no suelen organizarse en grupos y a menudo están recluidas.

¹⁴ Las mujeres seleccionadas para las entrevistas individuales tendían a ser las que participaban en grupos de discusión (no necesariamente “líderes”) que aparentemente tenían más que decir en áreas de interés particular para el estudio. Las

Aunque el equipo nigeriano no entrevistó directamente a hombres, los puntos de vista de éstos pueden haber influido en las respuestas en algunos lugares donde l@s ancian@s se hallaban cerca de los grupos de discusión focales.¹⁵ De igual modo, donde las mujeres de distintas edades formaron grupos de discusión prevalecieron los puntos de vista tradicionales propios de las mujeres de más edad. Estas condiciones confirmaron nuestra expectativa de que las entrevistas de grupo serían una fuente de información sobre los valores dominantes y no del comportamiento o los puntos de vista que se alejan de la norma, especialmente respecto a las prácticas tradicionales y el uso de métodos anticonceptivos.

SOCIALIZACIÓN DE GÉNERO, EDUCACIÓN Y TRABAJO

Las entrevistadas refirieron marcadas diferencias en la manera en que se trata a los hombres y a las mujeres, lo que reflejó las normas de género de una sociedad patriarcal. A la mujer se le considera por lo general inferior al hombre, y en muchas comunidades a las niñas se les enseñan valores y habilidades tradicionales relacionados con tareas domésticas, mientras que a los niños se les educa para ser jefes de familia fuertes y se les da mayor libertad de movimiento. Osaro, una comerciante bini urbana y cristiana del suroeste, de 35 años de edad y madre de cuatro, recuerda su educación en relación con la de sus hermanos:

Sólo me enseñaron a comerciar, cocinar y a ser una buena esposa, mientras que a mis hermanos les dieron una educación muy fuerte (formal) porque mi padre sentía que el hombre es el que iba a llevar su nombre

seleccionadas para estudios de caso tenían experiencias aleccionadoras y expresaron su necesidad de efectuar cambios. Dividimos a las participantes en cuatro grupos de edad: 19 años y menores (19%), de 20 a 35 años (29%), de 36 a 45 años (24%) y mayores de 45 años (28%).

¹⁵ Durante una visita a la aldea de Nueva Netim en el sureste, el jefe de la aldea y otros varones mayores estaban sentados cerca de un grupo de discusión que tocaba temas sensibles como los ritos de la viudez, la anticoncepción y la MGF; fue evidente que las respuestas de las mujeres en estos temas estuvieron totalmente de acuerdo con las normas tradicionales.

durante toda la vida [...] Sentía que cuando una mujer era educada en una escuela, más adelante llevarían la riqueza a la familia de su marido.

Estos estrictos mecanismos de la división de género trascienden generaciones. Eki, una estudiante rural de la etnia eda de 15 años de edad del suroeste, describe de igual manera las normas de género con las que creció: “Los niños cuidan a las niñas y las disciplinan cuando es necesario. Los niños se comportan como los dueños de la casa mientras que las niñas no discuten ni deciden asuntos relacionados con el hogar.”

Las madres y otras mujeres adultas enseñan a las niñas desde muy temprana edad a que sean pudorosas y obedientes con sus padres y esposos y a que actúen con timidez, *kunya*, como se le llama entre los hausa. También se les enseña la manera en que deben sentarse, levantarse, caminar y hablar de forma “digna” y femenina; no deben alzar la voz, llorar sólo cuando sea necesario y ser agradecidas con la atención masculina. No se les permite hablar de sexualidad o de funciones reproductivas básicas tales como la menstruación, la maternidad y la menopausia. Como resultado, las mujeres se acercan a la sexualidad, el embarazo y la maternidad, desinformadas y temerosas de lo que les pueda pasar.¹⁶ Mientras que tal proceso de socialización contribuye a la subordinación de la mujer en todas las etapas de la vida, sus repercusiones caen con más fuerza en las casadas y las madres que en las hijas solteras. En las comunidades hausa las hijas solteras venden alimentos sustituyendo a sus madres que están en *purdah*; estas hijas tienen más movilidad y libertad como niñas de la que tendrán como madres y esposas. Según una costumbre bini en el suroeste, cuando una niña se convierte en señorita queda exenta de los golpes de su padre o hermano; sin embargo, cuando se convierten en esposas y madres pueden ser golpeadas por sus padres o esposos con “propósitos correctivos”. En la cultura bini las mujeres casadas no poseen identidad propia fuera de las de esposa y madre, aunque tengan ingresos propios.

¹⁶ La cultura del silencio es un tema complicado por la historia de colonialismo, ya que en muchas áreas la occidentalización y el cristianismo suplantaron prácticas indígenas, como los ritos de iniciación que enseñaban a las niñas sobre la sexualidad.

Confirmando los modelos nacionales, en todas las zonas de estudio se advierte que los niños tienen trato preferente cuando se trata de educación, particularmente en el norte (DHS, 1990; WIN, 1991). A veces las niñas no reciben educación formal y en su lugar se espera que se enfoquen a desarrollar habilidades tales como la costura o el comercio como preparación para el matrimonio. Muchas entrevistadas informaron que a las niñas no se les enviaba a la escuela porque sus padres no consideraban necesario educarlas y también para proteger su moralidad. Maryam una mujer casada, musulmana, hausa del norte de 57 años de edad, recuerda: “No fui a la escuela porque en nuestros tiempos, en cuanto a la escuela, era sólo para los niños [...] enviar a las niñas a la escuela era enviarlas a que abrieran los ojos. Se creía que una niña que asistía a la escuela podría dañarse moralmente y por tanto dañaría a la familia.”

Dicha discriminación de género en la educación y la crianza molestaba a la mayoría de las participantes, sin importar la edad. La mayoría expresó no estar satisfecha con la forma en que habían sido criadas y estaban determinadas a educar a niñas y niños de manera equitativa. De este modo, Monat, una maestra de 35 años de edad del norte rural y madre de cinco, declara: “Este tipo de doble parámetro tendrá que cambiar. Tengo un hijo y una hija y los estoy criando de la misma forma. Sé cómo me sentí cuando estaba creciendo, y no voy a permitir que mi hija pase por eso.”

El nivel de educación de nuestras entrevistadas variaba considerablemente según su edad: las cohortes más jóvenes tenían más educación que sus madres y sus abuelas. De las menores de 19 años de edad, 85% tenía estudios secundarios o superiores, 65% de las que se ubican en el rango de edad de 20 a 45 años y sólo 30% de las mayores de 45 años. En los grupos de más edad (más de 45 años), tanto rurales como urbanos, la mitad no tenía educación formal alguna. Esta tendencia hacia una mayor realización de las mujeres jóvenes corresponde con las estadísticas nacionales, que indican aumento en la educación de las niñas, particularmente en áreas urbanas (UN, 1995, tabla 7).¹⁷ Sin embargo, aun cuando las

¹⁷ En Nigeria, adquirir una educación que vaya más allá de la secundaria no significa necesariamente obtener altas ganancias; las maestras, enfermeras y burócratas generalmente reciben poca paga y una posición social modesta.

niñas reciban educación formal, generalmente es como preparación para las ocupaciones femeninas tradicionales. Cuando se realizaron las entrevistas la mayoría trabajaba fuera de casa o asistía a la escuela; casi todas las que estaban empleadas, incluyendo las que poseían educación secundaria o superior, se encontraban laborando en ocupaciones tradicionales. La mayoría (32 de 72, o 42%) trabajaba en el sector informal (granjeras, comerciantes, autoempleadas, costureras, proveedoras, etc.), mientras que otras eran maestras (principalmente en escuelas primarias), dependientes o burócratas y enfermeras o APT. Dos de ellas trabajaban como guardias de seguridad y 14 estudiaban cuando se realizaron las entrevistas.¹⁸

Pese a que sus actividades económicas son discriminatorias en términos de género, es claro que las mujeres de nuestro estudio —sean casadas, solteras o divorciadas— contribuyen de forma importante al sustento de sus familias. Por lo menos 70% (incluyendo a algunas estudiantes) está realizando algún tipo de trabajo remunerado —la mayoría en la agricultura y el comercio— además del reproductivo y del hogar no remunerado que se espera realicen como mujeres. Para nuestras entrevistadas el tema de los derechos gira en torno de mejorar los niveles de ingreso económico mediante la capacitación, equipo y préstamos financieros, especialmente como productoras independientes, comerciantes y artesanas.¹⁹ Dentro de esta estrategia, están implícitas las suposiciones de que: *a*) deben contribuir con más dinero para resolver las necesidades económicas de la familia; *b*) dichas contribuciones aumentarán su poder y respeto en la familia y la comunidad, y *c*) de este modo aumentará su poder en la toma de decisiones en la esfera “privada” de la sexualidad y la reproducción.

¹⁸ Algunas entrevistadas tenían dos empleos. Muchas trabajaban en un pequeño comercio, por ejemplo, y también en algún cultivo.

¹⁹ Una visita a Awi, aldea rural relativamente próspera del sureste, donde casi todas las mujeres trabajaban en el cultivo y procesamiento de alimentos, ilustró esta preocupación por las necesidades económicas. Cuando el equipo de investigación llegó 45 minutos tarde, se nos dijo que las mujeres a las que íbamos a entrevistar se habían ido a los campos; no podían darse el lujo de alejarse mucho tiempo de éstos porque “tiempo es dinero”. Las que se quedaron pasaron dos horas hablando de temas relacionados con el matrimonio, la procreación y la regulación de la fecundi-

LA SEXUALIDAD A LO LARGO DEL CICLO DE VIDA

La opinión general respecto a que existe un doble estándar de sexualidad —los hombres requieren libertad sin cortapisas mientras las mujeres deben limitarse a tener sólo un compañero sexual— informó las discusiones del grupo focal. La idea de que el hombre no está satisfecho sólo con una mujer es la base de la poligamia, que aún se practica profusamente en el país, particularmente en el norte. Además muchos grupos étnicos estiman que las esposas no tienen derecho a conocer o discutir las actividades sexuales de su marido (Orubuloye, 1996). Reforzando la cultura del silencio entre las mujeres, la restricción conductual del *kunya*, aceptada socialmente, dicta la reserva, modestia y discreción femeninas en temas sexuales. Cualquier plática sobre relaciones sexuales, incluso entre ellas, es tabú y se basa en la creencia —que expresaron de forma más enfática las encuestadas del norte— de que las pláticas abiertas sobre sexualidad podrían alentar a las niñas a ser “promiscuas”. La forma más severa de control sobre la sexualidad y la expresión sexual de las mujeres es la práctica de la MGF, la cual intenta restringirles el placer y por ende inhibir su actividad sexual fuera de las fronteras del matrimonio. Tanto la cultura del silencio como la MGF contribuyen a aumentar los riesgos de contagio del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, en primer lugar, al privar a las mujeres de la información necesaria para protegerse, y segundo, al crear lesiones que, como el corte *gishiri* (véase arriba), agravan la susceptibilidad de contraer infecciones. De este modo se viola aún más el derecho de la mujer a la salud y la libertad sexual y empeora el círculo vicioso de riesgos y restricciones (Adekumle y Ladipo, 1992; Elías, 1991; Orubuloye, 1995; Wasserheit y Holmes, 1992).

Ahora bien, la experiencia sobre la menstruación ilustra la falta y la distorsión de la información sobre sus cuerpos. La mayoría de las entrevistadas no sabía nada de la menstruación hasta que les “pasó” a ellas; sus madres o tutoras sólo les enseñaron métodos aceptados de higiene personal, sobre todo la forma de ocultar la

dad. Al final les preguntamos qué les podía conferir poderes en éstas áreas. Su respuesta fue: dinero para una máquina de presión *garri* para extraer agua de la raíz de la mandioca.

sangre. En las tres zonas se nos describió el aura de vergüenza que rodea el inicio de la menstruación: “Me sentí inquieta, sentí que era malo porque no me habían dicho nada” (sureste); “No me gustó, lloré, fue una experiencia terrible; incluso pensé que estaba enferma” (norte); “Cuando la vi por primera vez no tenía conocimiento de ella; me sentí atemorizada, avergonzada, triste, apenada, débil, incómoda y lloré” (suroeste). Pero el mensaje más duro que madres y tutoras transmiten a sus hijas en este momento es que deben tener cuidado de los hombres y de los peligros de las relaciones sexuales fuera del matrimonio. Monat relató:

Yo no sabía nada de la menstruación antes de verla [...] corrí con mi tía y ella me dijo cómo utilizar trapos y cómo mantenerlos limpios. Ella [...] me dijo que ahora estaba madura y que si un hombre me tocaba, me podía embarazar. Un día que estaba menstruando en la escuela, un niño me tocó y comencé a llorar, porque pensé que estaba embarazada. Una maestra que me vio me llamó y me explicó que uno tiene que dormir con un hombre antes de quedar embarazada.

La experiencia de Monat, como la de casi todas las mujeres que entrevistamos, corresponde a los datos obtenidos recientemente en una encuesta realizada entre jóvenes urbanas que muestra que una inmensa proporción recibió la escasa información que posee sobre la reproducción y la sexualidad de sus amigas o compañeras de clase, o en forma secundaria de los medios de comunicación masiva; “las fuentes de información menos comunes fueron las tías, las madres y otras parientes” (Makinwa-Adebusoye, 1992: 68). Alguna de las entrevistadas urbanas y de la periferia urbana había realizado esfuerzos para disminuir su deficiencia en educación sexual al leer libros en la escuela, mientras que sus contrapartes rurales afirmaron haber aprendido lo básico sólo por medio del matrimonio.

Así pues, encontramos que el silencio y la vergüenza que rodean a la menstruación ocasiona que las niñas experimenten un sufrimiento emocional que se intensifica con su aislamiento. En las tres zonas de nuestro estudio encontramos viejos tabúes de contaminación, que asocian la menstruación con la impureza y justifican el aislamiento familiar de la mujer que menstrua. La base de estas restricciones descansa en la creencia tradicional de que el contacto con la mujer que está menstruando puede contaminar,

reducir o destruir el poder sexual del varón. Así, a ella se le indica que no tenga relaciones sexuales durante la menstruación, ni cocine para su marido y que tampoco entre en lugares religiosos. En hogares más tradicionales, se le pide que se aísle en una *owa ehe* (choza de menstruación). Sin embargo, sólo las casadas son objeto de éstas y otras restricciones menstruales, lo que confirma que por lo general las esposas tienen un nivel social inferior al de las hijas. Las entrevistadas urbanas de nuestros tres sitios de investigación expresaron tristeza por el aislamiento familiar y por ser tratadas como parias durante la menstruación. Abude, una maestra y viuda de 47 años dijo: “No me gusta la disparidad que existe entre hijas y esposas, porque todos somos humanos y la menstruación es un fenómeno natural ¿Entonces por qué tal restricción?”

Sin embargo, algunas mujeres que no son capaces de escapar de las restricciones menstruales, en apariencia sí lo son de utilizarlas en su favor. Algunas veían la menstruación como un tiempo en que tenían derecho a descansar del trabajo hogareño; para otras era un pretexto conveniente para evitar relaciones sexuales no deseadas con sus maridos. Las comerciantes urbanas que pertenecen a un grupo de autoayuda en la ciudad de Benin —Eubayuboru (El trabajo de nuestro esfuerzo)— por ejemplo, expresaron preferencia por los “viejos días” en que se les prohibía dormir con sus maridos durante la menstruación. Estos ejemplos ilustran un fenómeno que observamos muchas veces: las mujeres voltean a su favor las prácticas culturales y religiosas. En el caso de los tabúes sobre la menstruación, dichos ajustes pueden hacerse no sólo para evitar la cópula con sus esposos o las labores del hogar, sino también para recuperar un antiguo sentido de género *complementario* (si no igual) que provenía de la sangre menstrual y que se percibía como una fuente de poder femenino (Sanday, 1981).

En todas las zonas se reconoció el alto valor de la virginidad antes del matrimonio, particularmente en las áreas rurales, donde las entrevistadas la asociaban con el hecho de ser “chicas buenas” y con “el respeto por la familia de la joven”. Las mujeres mayores en las áreas urbanas y de la periferia también confirmaron que preservar la virginidad de las jóvenes es un medio para evitar el embarazo antes del matrimonio, así como las enfermedades de transmisión sexual. Diversas prácticas tradicionales intentan reforzar el

código de la virginidad, entre ellas las restricciones a la libertad de las mujeres solteras, el ocultamiento de información a las niñas sobre sexualidad y reproducción, la MGF, los matrimonios a temprana edad y la estigmatización de las jóvenes que no son vírgenes. Es frecuente que quienes se encargan de hacer cumplir estas prácticas sean las madres o las parientes de más edad, que anticipan el honor y los regalos que se otorgan cuando se casa una hija virgen. Sin embargo las prácticas incluyen ciertas contradicciones, ya que los matrimonios jóvenes se utilizan como antídoto para evitar el coito antes del matrimonio, pero son la causa principal del embarazo de adolescentes en Nigeria; además, a menudo el varón o su familia esperan que las futuras novias prueben su fecundidad por medio del embarazo antes del matrimonio.

Las investigadoras encontraron que las mujeres nigerianas urbanas de menor edad, en especial las menores de 19 años, estaban más dispuestas a rechazar los tabúes tradicionales y a adoptar nuevas actitudes sexuales. Éstas incluyen un abierto compromiso con las relaciones sexuales previas al matrimonio y una tendencia a posponer éste y la maternidad (Feyisetan y Pebly, 1989; Makinwa-Adebusoye, 1992). Las entrevistadas urbanas solteras del suroeste y norte del país expresaron su desaprobación por las tradiciones culturales que para ellas parecen estar fuera de moda y son discriminatorias, en particular el doble estándar social que dicta que los varones deben tener varias parejas sexuales antes de contraer matrimonio mientras que las mujeres habrán de permanecer vírgenes. Ayesha, una estudiante musulmana hausa adolescente, objeta: “No estoy de acuerdo con esta regla tan rígida de la virginidad, porque tanto los hombres como las mujeres sienten lo mismo respecto al sexo”; y una joven soltera que participó en el grupo focal en el norte aseguró con audacia: “Cuando tengo ganas de dormir con mi novio me voy con él.” Sin embargo, a pesar de su apertura, parece que nuestras adolescentes no saben nada sobre el uso de anticonceptivos. Una vez más esto confirma otros estudios que nos arrojan el dato de que en su mayoría las jóvenes urbanas tienen relaciones sin protección contra el embarazo o alguna enfermedad.²⁰

²⁰ Makinwa-Adebusoye (1992) encontró en un estudio de 1988 sobre alrededor de 5 600 varones y mujeres jóvenes de 12 a 24 años de edad en cinco áreas

Incluso entre las entrevistadas de más edad, hay una gran brecha entre los ideales de comportamiento social (como se describió en los grupos focales), y un comportamiento real (como lo revelaron las entrevistas individuales). A pesar de la etnicidad, la religión, la educación o la edad, 39% de nuestras entrevistadas tuvo hijos antes del matrimonio o estaba embarazada al casarse. La tasa de embarazos previos al matrimonio era especialmente alta entre las casadas en la muestra del suroeste, de las cuales casi todas tenían más de 35 años de edad. No hay duda de que algunos de estos esquemas de embarazo previo al matrimonio se dieron a causa de presiones para comprobar antes del matrimonio la capacidad de fecundación.

Los tabúes relacionados con la sexualidad de las mujeres perpetúan el mito de que la iniciación y el placer sexuales son un terreno que pertenece estrictamente al varón. Aghatise, una maestra del suroeste de 45 años de edad, casada en segundas nupcias, confirma esta actitud, aunque no con aprobación, cuando comenta: “Se nos ha hecho creer que las mujeres que inician el sexo son prostitutas y coquetas.” Confirmándolo tácitamente, la mayoría de las entrevistadas no educadas del sureste no dieron respuesta alguna a la pregunta de si disfrutaban el coito. Para muchas mujeres nigerianas, especialmente en el norte, la simple idea de la sexualidad como fuente de placer permanece más allá de la imaginación. Zeniab es una ama de casa rural musulmana de 38 años de edad que se casó a los 13 y ahora tiene cuatro hijos. Su historia es muy común:

Me casé cuando tenía 13 años con un hombre de 30 años [...] antes de darme cuenta de qué se trataba [el sexo]. Mi esposo me exigió tener sexo inmediatamente. Acostumbraba gritarle y salía corriendo porque era una experiencia dolorosa. Un día me dormí en el cobertizo de las cabras en lugar de compartir la cama con él. Después de algún

metropolitanas grandes, que 44% de todas las mujeres de la muestra y 25.5% de las que tenían entre 15 y 17 años, eran sexualmente activas, sin embargo sólo 20% y 6.7% de cada grupo eran casadas. Además, sólo 17% del total de mujeres de la muestra, y 39% de las sexualmente activas, informaron estar utilizando algún tipo de anticonceptivo.

tiempo, le habló a mi padre de mi comportamiento y éste vino y me dio una fuerte golpiza. También me amenazó con todo tipo de cosas desagradables, así que dejé de correr. En lo que a mí respecta, una mujer no debe disfrutar del sexo. Si puede darle placer e hijos a su esposo en forma rápida, creo que es suficiente recompensa. Las mujeres hausas normalmente no muestran ningún signo de disfrute durante el sexo porque sus maridos pueden pensar que son rebeldes.

Sin embargo, las demás mostraron actitudes menos tradicionales hacia el disfrute sexual. Esto era especialmente verdad para las educadas y divorciadas, al igual que para las cohortes de mayor edad, más allá de la procreación y la maternidad tempranas. Por ejemplo Amina, una administradora universitaria musulmana hausa del norte de 45 años de edad, comentó: “Yo disfruto el sexo. Comencé a tener sexo cuando tenía 14 años, cuando me casé con mi actual esposo.” Y Orobosa, una comerciante y madre de cuatro, del suroeste urbano, de 35 años de edad, nos dijo con franqueza: “Yo disfruto el sexo para satisfacer mi necesidad; es natural.” Algunas expresaron abiertamente tener relaciones sexuales satisfactorias, incluyendo la libertad de iniciar el acto sexual. Oghogho, una mujer rural del suroeste divorciada de 38 años de edad, con seis hijos, fue más franca: “Es malo que sólo el hombre pida tener sexo, porque el amor no sólo debe ser de una parte. Es su cuerpo y ella debe ser libre de tener control sobre éste.”

Sin embargo, la mayoría de nuestras participantes probablemente esté en algún lugar entre la resignación estoica de Zeinab y el feminismo activo de Oghogho. Tal vez son más comunes las tensiones y ambigüedades presentes en las afirmaciones de Huseina, una granjera kataf del norte de 57 años, quien ha estado casada por 42 años. Ella hace eco de la analogía rural del cuerpo de la esposa con la propiedad de la tierra: “A veces cuando no quiero, tengo que aguantarlo, porque no se puede evitar que el granjero vaya a su granja y no trabaje”.²¹ Sin embargo, también encuentra espacio para actuar según lo desea:

²¹ El matrimonio de Hussaina se arregló desde que ella nació, pero se considera “muy afortunada” en comparación con sus amigas (“Dios ha sido bueno conmigo”) porque su esposo resultó ser bueno.

Con el tiempo incluso comencé a disfrutar las relaciones sexuales con mi marido, en todos mis años de matrimonio nunca he iniciado el sexo en forma descarada u obvia; pero, ¿entonces para qué quiero mis artimañas femeninas? Cuando deseo a mi marido, tomo mi bata, me pongo algo de perfume de olor dulce y me arreglo atractiva. Él siempre entiende.

Al igual que con la menstruación y la sexualidad, nuestras entrevistadas también mostraron un conocimiento muy limitado sobre las ETS y el VIH-sida. En el sureste las describieron como “enfermedades de la gente necia” y en todas partes las participantes hicieron eco al punto de vista que prevalece entre los varones y las mujeres de Nigeria sobre que las ETS son una “enfermedad de las mujeres” y quienes las padecen son “promiscuas, perdidas e irresponsables” (véase Gogna y Ramos, 1996). Edem, comerciante de edad mediana que cuenta con estudios primarios y quien tuvo nueve hij@s (cuatro siguen vivos), habla del grado con el que las mujeres cargan con la responsabilidad de las ETS dentro del matrimonio: “Un hombre ni siquiera se te acerca y se divorcia si está seguro de que no proviene de él.” Sin embargo, Zenaib supone que la etiqueta de “enfermedades de las mujeres” puede tener un significado inverso, que relaciona el derecho de la mujer a evitar el riesgo. Ella asegura: “Si un hombre está infectado con sida o cualquier otra ETS, su esposa debería estar en libertad de rehusarse a dormir con él para protegerse.”

A la luz de los estereotipos y estigmas de género predominantes no sorprende que las mujeres que descubren que contrajeron ETS busquen un tratamiento clandestino. En palabras de Monat: “Si tuviera una ETS iría a ver un doctor privado o a un farmacéutico que guarde el secreto.” Existen tratamientos modernos y tradicionales para tratar las ETS, pero para guardar el anonimato y evitar los precios prohibitivos de las clínicas modernas, la mayoría de las mujeres prefiere simplemente comprar medicamentos con el farmacéutico local o ir a casas de curación tradicionales. Algunas entrevistadas informaron que es más probable que los varones busquen tratamiento para las ETS, y que es común que un varón lleve a casa medicinas para que su esposa las tome sin una explicación completa de para qué son. Mientras este comportamiento muestra más responsabilidad que la que muestran sus esposos —quienes igno-

ran el riesgo de infección de sus esposas—, dicho secreto sirve para perpetuar el mito de la responsabilidad primaria de las mujeres en la propagación de la enfermedad sexual y expresa las desigualdades que se construyen en las relaciones maritales.

CONTRADICCIONES DE LA EDAD

El hecho de que las mujeres crucen el umbral de la edad reproductiva está cargado de significados contradictorios. Al igual que la menstruación, el tema de la menopausia tiende a ser visto como algo secreto y se mantiene en silencio, lo que resulta en desinformación y temor. Cuando la menopausia se acerca, muchas mujeres intentan esconder el hecho durante el mayor tiempo posible, en especial si no tienen hij@s. Sin embargo las menopáusicas claramente reconocen el nuevo respeto y la libertad que obtienen en comparación con los años en que tenían y cuidaban a l@s hij@s, pues su nivel social mejora y se espera que las jóvenes les muestren respeto. La etapa menopáusica por lo general incrementa la libertad y el poder de las mujeres en el hogar y la comunidad. Se cree que las adultas mayores son más maduras y experimentadas y se espera que tomen en sus manos la tarea de educar a las niñas y las jóvenes de la casa; esto incluye no sólo a sus hijas y nietas, sino a las otras esposas de su marido y a sus hij@s. En ocasiones el final de la menstruación las libera de tabúes religiosos y se les otorgan concesiones en cuanto a la toma de decisiones que normalmente se asocian con el varón. En el sureste las menopáusicas obtienen el derecho de ser iniciadas en asociaciones que son estrictamente para hombres, mientras que en el norte les asegura la entrada a la mezcquita, aunque permanecen segregadas.

Además de las nuevas ventajas en la esfera pública, esta “nueva” mujer también puede mejorar su posición dentro del hogar al negociar su “derecho a la cama del esposo” para obtener mayor respeto y descanso de las labores de la casa (Pearce, 1995). Por otro lado, algunas menopáusicas del norte aparentemente transforman su acrecentado estatus como las de más edad en un sentido más amplio de derechos relativos a la actividad sexual. Las entrevistadas que estaban en matrimonios polígamos insistieron en que a

menos que una mujer menopáusica le dé a su marido el derecho de dormir con otra esposa cuando es su turno, no tiene el derecho de hacerlo. Y una integrante de un grupo focal rural habló de un claro sentido de su derecho al placer sexual como mujer cuando afirmó, a nombre de las menopáusicas: “No somos demasiado viejas para tener sexo, ¿y por qué habríamos de renunciar a algo? La menopausia no es una enfermedad; después de todo, los hombres de edad avanzada todavía tienen sexo.” También en el sureste todas las entrevistadas menopáusicas indicaron que seguían siendo sexualmente activas. Las del suroeste estaban divididas en este tema, pues muy pocas expresaron la creencia de que podían ser más susceptibles a enfermedades si se abstenían de tener relaciones sexuales; sin embargo la mayoría, incluyendo las rurales y urbanas de todos los grupos, sostenía que la mujer no debía seguir teniendo relaciones sexuales después de la menopausia porque se habían “convertido en hombres”, o como una expuso: “Un hombre no puede hacerle el amor a otro hombre.” Unas cuantas dijeron que las mujeres menopáusicas que no tenían actividad sexual eran más fuertes que las que la tenían y afirmaron que este principio también se aplica al varón.

Por otro lado existe desacuerdo entre nuestras entrevistadas en cuanto a que si por parecerse al hombre las mujeres de edad finalmente logran algún derecho al placer sexual, y mientras ninguna piensa que ser como los hombres significa ser “iguales”, las menopáusicas definitivamente tienen mayor poder tanto dentro del hogar como fuera de éste —un poder que no experimentaron en ningún otro momento de su vida previa—. Estas mujeres, ahora liberadas de la gestación y la maternidad, finalmente son capaces de asegurar algo de autoridad, aunque a menudo ésta se ejerce sobre las más jóvenes y dentro de una reconocida esfera dividida por el género. Sin embargo, algunas entrevistadas hablaron de un espacio de poder más amplio para las adultas mayores. Según las integrantes del grupo de autoayuda El Trabajo de Nuestro Esfuerzo en la ciudad de Benin, la menopausia no sólo es “natural” sino que después de ésta las mujeres “pueden hacer lo que quieran” y mezclarse libremente con los varones sin miedo de contaminar; de hecho, al estar libres de la mancha de la menstruación, ahora se pueden convertir en jefas.

MATRIMONIO Y MONOGAMIA SÓLO PARA LAS MUJERES

Entre nuestras entrevistadas, la idea de que el matrimonio es el destino “natural” de las mujeres era virtualmente universal; las jóvenes solteras esperan casarse cuando tengan la edad suficiente, y las divorciadas y viudas preferirían volverse a casar si se les presentase la oportunidad. En las discusiones de los grupos focales de las tres zonas y en las áreas rurales y urbanas, manifestaron que una mujer obtiene respeto y posición social por medio del matrimonio y la maternidad: “Las mujeres solteras no son socialmente respetadas”; “A una mujer no se le considera una verdadera mujer, y ésta tampoco se siente realizada, si no está casada.” La creencia de que es una abominación para la mujer que muera sin haberse casado indica la tremenda presión social que se ejerce sobre ella para que contraiga matrimonio (norte), al igual que los muchos tabúes que existen sobre la procreación fuera del matrimonio. A las solteras se les considera incompetentes social y profesionalmente, sin importar su nivel de educación ni sus títulos, y es frecuente que se les nieguen trabajos, ascensos y puestos políticos.

En el contexto de las tradiciones locales imperantes, las relaciones maritales normalmente son definidas según la normativa patriarcal que minimiza severamente el poder de las mujeres. Aun así, la mayoría de ellas tiende a venerar las costumbres y los rituales del matrimonio, y cuando jóvenes contraen nupcias con grandes expectativas de obtener mayor respeto y mejorar su posición social. Empero, la realidad es otra. Las “buenas esposas” deben ser serviles con sus maridos, y el servilismo las lleva a perder el derecho a ejercer su poder en la toma de decisiones; en la región norte, por ejemplo, incluso pierden su libertad de movimiento, como lo mandan las reglas del *purdah*. Asimismo hay evidencias de que el poder y la fuerza vital asociados con la maternidad se alcanzan sólo mediante el matrimonio. Todos los grupos étnicos están de acuerdo en que el valor y la respetabilidad de la mujer los determinan en gran parte su capacidad para procrear y el grado en que se convierta en una “buena esposa”, en el sentido de que sea capaz de criar a l@s hij@s, mantener la casa, y satisfacer sexualmente a su marido.

Las participantes de los grupos focales aceptaron la costumbre del ofrecimiento monetario que la familia del novio hace por la

TABLA VI.1
Número y porcentaje de entrevistadas
que se casaron siendo adolescentes

<i>Edad (años)</i>	<i>Sureste</i>	<i>Sudoeste</i>	<i>Norte</i>	<i>Total</i>
Menos de 19	0	0	2	2
20 a 35	1	1	2	4
36 a 45	2	0	5	7
Más de 45	6	3	2	11
Porcentajes	38	17	46	33
Total	9	4	11	24

novia como un indicador del valor de ésta para su nuevo esposo. En algunas áreas el precio aumenta si la novia puede ofrecer prueba de su virginidad; esto refuerza la aceptación femenina hacia prácticas como la MGF y la “protección” de las jóvenes como un seguro de “casabilidad”. Después del matrimonio por lo general las mujeres se apegan a la expectativa de obediencia conyugal, permaneciendo fieles pese a la infidelidad y la poligamia del marido. Es raro que una mujer termine con el matrimonio, ni aun sufriendo violencia y abuso constantes, pues las divorciadas son blanco de la burla y el desprecio social, además de que se ven más presionadas por las dificultades económicas y el riesgo de ser marginadas por la familia.

Otras tradiciones que restan poder a las mujeres pero que la mayoría aprueba son el matrimonio infantil y la poligamia. A pesar del creciente riesgo de esterilidad, de FVV y de muerte materna e infantil, el matrimonio infantil se practica en todas las zonas, pero es más común en el norte y las áreas rurales.²² Como indica la tabla VI.1, una tercera parte de todas nuestras entrevistadas se casó cuando adolescente, siendo la zona norte la que presenta la tasa más elevada; la mayoría de estas mujeres vivían en áreas rurales o de la periferia urbana. Es aún más importante la edad: en las tres

²² Las niñas norteadas de Hausa y Fulani se casan en promedio tres años antes que sus contrapartes sureñas de Igbo y Yoruba, y 34% de las mujeres de 15 a 19 años en los grupos del norte son casadas (NDHS, 1992).

zonas y considerando las diferencias rurales-urbanas y étnicas, la tendencia parece estar cambiando, pues cada vez es menos común el matrimonio temprano: ninguna de las jóvenes menores de 19 años del sureste o el suroeste se había casado cuando se realizaron estas entrevistas. No hay duda de que este modelo refleja las reducciones económicas citadas con anterioridad, y de hecho, que las jóvenes permanecen más tiempo en la escuela que sus madres y sus abuelas. La gran mayoría de las menores de 19 años que entrevistamos, tanto rurales como urbanas, estaba estudiando en ese momento.

Así pues, respecto a la elección de pareja para el matrimonio, las participantes de las áreas rurales y de las urbes periféricas en el norte informaron que sus padres o tutores habían tomado o tomarían esa decisión por ellas. En contraste, las participantes de las zonas urbanas, al igual que algunas de áreas rurales y urbanas periféricas en el sureste y el suroeste, explicaron que “en estos días se puede elegir”. Marietu, una granjera comerciante de 47 años del suroeste, contó la historia de su arreglo matrimonial como un ejemplo de las costumbres pasadas:

Cuando tenía edad [17 años], sin mi consentimiento y probablemente sin el de mi madre, me dieron a la fuerza en matrimonio a un hombre que no conocía hasta que unos hombres desconocidos me llevaron con él. El día de la boda vi a algunos hombres que no conocía con mi padre, quien tras unos cuantos minutos de plática, me agarró de la mano y me llevó a un auto que esperaba. Forcejeé con los hombres, patalié y lloré, pero nadie me ayudó. Mi madre lloraba sin poder hacer nada mientras mi padre no daba muestra de compasión o preocupación. No comí ni bebí líquidos en casi dos semanas. No me permitían moverme en la nueva casa y ahora me encontraba en ella. Me vigilaban constantemente cuando iba al baño y cualquier intento de escapar era frustrado.

Con la excepción de las mujeres rurales del norte, la experiencia de Marietu se está volviendo algo del pasado. Aunque los padres generalmente insisten en que las jóvenes lleven a la casa a los prospectos de marido para que ellos los conozcan, es más frecuente que la elección de una pareja la realicen ellas mismas. Algunas participantes rurales atribuyeron este cambio a que son otras las condiciones socioeconómicas y a la migración de las jóvenes a las ciu-

dades en busca de trabajo, con la cual se debilita el control de los padres en la elección de maridos.

Sobre todo, 33% de las entrevistadas indicó que vivía en uniones poligámicas, con una tasa que está por debajo del promedio nacional estimado de 41%. De las que se encontraban en este tipo de uniones 17% eran cristianas, 50% musulmanas y 33% partidarias de la religión tradicional africana. Entre nuestras entrevistadas en el suroeste, las uniones poligámicas representaban casi la mitad de todos los matrimonios, mientras en el norte 28% y en el sureste (donde un mayor número eran solteras) sólo 11 por ciento.²³

Muchas indicaron que aceptaban la poligamia como parte de la tradición, pero casi todas las del grupo de menores de 19 años solteras del sureste y suroeste la rechazaron tajantemente. A pesar de la tendencia de los varones cristianos a tener varias esposas o amantes, muchas de las cristianas dijeron que “la poligamia no es ningún derecho porque la Biblia la prohíbe”. Además, tanto las musulmanas como las cristianas del norte, incluyendo a algunas de las mujeres mayores, estuvieron de acuerdo con la excepcionalmente franca afirmación que hiciera una participante de un grupo focal: “La poligamia hace que se produzcan celos, sospechas, hostilidad y peleas entre las esposas, y siempre es una fuente de desacuerdo para la esposa que tiene una pareja. Estas cosas pasan sin importar cuán preparada crea estar una mujer.” De hecho, una participante casada en unión monogámica en el suroeste amenazó con hacer sus maletas y dejar al esposo si éste tomaba otra mujer. Al respecto, una discusión entre un grupo de mujeres (quienes en su mayoría tenían más de 35 años) en una comunidad agrícola urbana de la periferia suroriental reveló el consenso que existe de que las personas de menor edad no aceptarían en la actualidad la poligamia porque causa muchas peleas en el hogar.

²³ La discrepancia entre los estimados nacionales sobre la poligamia y la proporción de uniones poligámicas en nuestra muestra (especialmente en el norte), puede ser resultado de nuestras estrategias al seleccionar la muestra, incluyendo el predominio de las solteras entre las entrevistadas del sureste, y la decisión de entrevistar a las integrantes de grupos organizados, quienes es menos probable que estén en una situación tradicional de unión poligámica. Por otro lado, también puede ser indicativo de actitudes cambiantes, ya que las encuestas nacionales se hicieron particularmente entre poblaciones más jóvenes y urbanas.

Dados estos puntos de vista, sigue sin quedar claro por qué hay muchas personas que apoyan la poligamia, incluyendo a aquellas que expresaron fuertes reservas o un claro descontento con sus propios matrimonios poligámicos. No hay duda de que el punto de vista cultural dominante sobre el matrimonio como el destino natural de la mujer, junto con la suposición popular de que “los varones nigerianos nacieron para ser polígamos”, hace que la poligamia parezca más aceptable para una mujer que permanecer sola. Más importante aún es el hecho de que para algunas mujeres la aceptación de la poligamia puede ser simplemente pragmática, como lo sugiere el comentario que hizo una cristiana del sureste: “La poligamia es buena. Reduce el trabajo que hace una sola mujer dentro de la casa, ya que el trabajo se divide entre varias esposas.”

En Nigeria la poligamia sólo es una expresión del doble estándar sexual relacionado con las relaciones sexuales fuera del matrimonio. Las participantes de mayor edad de las tres zonas reflejaron la forma en que se adaptan a la doble posición con comentarios como: “Los maridos deben cuidar a sus esposas y a su vez las esposas deben ser fieles”; “Las mujeres deben aceptar la infidelidad del hombre, no hay nada que puedan hacer al respecto”; y “Mi esposo puede hacer lo que él quiera, con la condición de que yo no me entere.” Una vez más, las jóvenes solteras expresaron posiciones más idealistas. Por ejemplo, las cristianas del grupo de menores de 19 años del sureste y suroeste objetaron las aventuras tanto para las mujeres como para los varones, basándose en una posición bíblica de amor y fidelidad mutua en el matrimonio. Sin embargo, para la mayoría de las casadas las aventuras fuera del matrimonio —y para algunas la poligamia— parecen ser un precio que están dispuestas a pagar para asegurar la conservación de su posición marital, su conexión con los hijos y su lugar en la comunidad.

DIVORCIO, VIUDEZ Y HERENCIA

El divorcio es común en Nigeria, particularmente en las áreas urbanas; muchos se rigen por la costumbre local o las cortes *shari'as* en lugar de utilizar los mecanismos formales de las leyes civiles y estatales. La ley islámica no sólo permite el divorcio, sino que el

acceso y la incidencia de divorcios, al igual que las segundas nupcias, parecen presentarse con mayor frecuencia en el norte, donde la ley *shari'a* es poco invocada. En el norte se alienta a las divorciadas a casarse nuevamente, pues las solteras son objeto de repudio, y morir soltera es considerado una abominación. A pesar de todo, el divorcio es percibido como medida extrema, contraria a la norma de que el matrimonio significa estar unidos “de por vida”.

Para proteger la institución matrimonial, son muchas las sanciones sociales en contra del divorcio, y casi en su totalidad afectan a la mujer. Sin importar qué haya pasado en el matrimonio, incluso el abuso físico, se supone que la esposa debe ser paciente y tratar de “amansar” a su marido en lugar de buscar el divorcio. Las participantes de las tres zonas comentaron que la sociedad trata con dureza a las mujeres divorciadas, pues las estigmatizan como “coquetas”, “problemáticas” y “malas mujeres”, mientras que los varones divorciados son objeto de compasión. Sobre todo, las divorciadas en las tres zonas de estudio se arriesgan a perder la custodia de los hijos. En el mejor de los casos se les concede el derecho a visitarlos o, con la discreción del marido y la familia, el derecho de seguir criando a algún hijo pequeño que aún no esté en edad de asistir a la escuela.

Por otro lado encontramos evidencia de que el divorcio está teniendo cada vez más aceptación entre las mujeres. Muchas entrevistadas del grupo de mujeres menores de 19 años de las tres zonas consideraban el matrimonio como un contrato de por vida y el divorcio como algo indeseable, pero aceptaban que existen circunstancias como el abuso y la esterilidad en las cuales éste último se vuelve necesario. Las mujeres urbanas del norte fueron particularmente elocuentes al expresar un sentido de derechos para una mujer que quiere divorciarse si el marido la golpea constantemente o si no la satisface porque es impotente, por ejemplo. Integrantes del grupo El Esfuerzo de Nuestro Trabajo del suroeste afirmaron que si una mujer no es feliz en su matrimonio simplemente debe “tomar sus cosas y marcharse”. Estas justificaciones para el divorcio sostienen que después de todo, las mujeres tienen ciertos derechos básicos dentro del matrimonio: el derecho a ser mantenida (hogar y alimento para la esposa y los hijos); el derecho a tener una vida y un cuerpo íntegros (no sufrir amenazas físicas a su vida y su seguridad

por parte del marido), y el derecho a tener honor y respeto en el matrimonio (no ser humillada por demostraciones públicas de problemas fuera del matrimonio).

Por otro lado, menos de 10% de nuestras entrevistadas casadas se había divorciado con anterioridad o estaba gestionando el divorcio. Tal vez esto se deba a que la mayoría se conforma con que el marido aporte el dinero necesario para satisfacer sus necesidades. Sin embargo, es más probable que el miedo al repudio social y a perder el apoyo y la custodia de l@s hij@s actúe como fuerza de disuasión, y ello pesa más que el sufrimiento que indudablemente algunas toleran.²⁴ Es claro que éste parece haber sido el caso de Marietu, a cuyo matrimonio forzado le siguió un amargo sufrimiento: “Durante todos estos años de matrimonio nunca he disfrutado del sexo, nunca me sentí feliz de verlo, nunca pude perdonarlo aunque trató de ser bueno conmigo. Siempre lo he visto como el padre de mis hijos y no como mi esposo. Desde hace 10 años a la fecha, tomé la decisión de vivir bajo el cuidado de mi esposo por el bien de mis hijos.”

Los significados sociales y los efectos estigmatizantes son considerablemente diferentes para las mujeres que se han divorciado y para las viudas. En todas las zonas las viudas son objeto de humillantes y degradantes prácticas tradicionales. Muchos grupos étnicos atribuyen en alguna medida la muerte del esposo a algún acto malvado o un hechizo sobrenatural de la esposa. Se cree que debe de haber cometido adulterio o llevado a cabo encantos diabólicos capaces de matar al esposo o a l@s hij@s, especialmente a los varones. Para eliminar toda sospecha, se espera que la viuda realice rigurosos ritos matutinos que pueden ir desde sentarse en el suelo, sin bañarse y vistiendo las mismas ropas de tres a siete días, o vestir de negro, no cortarse el cabello o raparse y permanecer confinadas en su casa entre uno y tres meses.²⁵ En general, la

²⁴ Aunque la Ley de Causas Matrimoniales autoriza a las cortes civiles a dirimir las disputas de custodia entre los matrimonios tradicionales, islámicos y civiles según el “interés del niño”, en realidad la mayoría de ellas nunca llegan a la corte y se deciden localmente a favor del esposo (CRLP-IFWL, 1997).

²⁵ Según una autoridad, el propósito de dicho confinamiento es para asegurarse de que la viuda no le asigne la paternidad póstuma de su esposo fallecido a un hijo ilegítimo (Johnson, 1982).

relación entre una mujer y la familia de su marido fallecido determina la dureza y la severidad de los ritos. Si ella logra superar las pruebas de la viudez sin caer enferma o perder la vida, es entonces exonerada de cualquier culpa relacionada con la muerte del varón. Por otro lado, el fracaso o la negación a someterse a los ritos crea la suposición de culpabilidad, la pérdida de sus hij@s y el descuido por parte de su familia. En contraste, los varones cuyas esposas fallecen deben observar ritos matutinos menos severos y más breves, o en su defecto, están exonerados de realizar algún rito.

En los grupos de discusión y en las entrevistas personales, había consenso en cuanto a que los ritos matutinos para las viudas deberían reformarse y se deberían aplicar los mismos ritos y obligaciones a los varones viudos. Las viudas cristianas, apoyadas por sus iglesias, se están negando cada vez más a llevar a cabo estos ritos, pues “no son cristianos”. Las mujeres del suroeste deseaban simplemente vestir de negro por algún tiempo, mientras que las del sureste pensaban que no se les debe pedir que se afeiten la cabeza. Las musulmanas del norte encontraban humillante aislar a las viudas hasta determinar si están embarazadas o no. Sobre todo las jóvenes urbanas y las de la periferia y casi todas las del norte objetaron contra la pérdida que sufren las viudas sobre los derechos de las propiedades, en especial si ellas contribuyeron al ingreso familiar durante el matrimonio. Abude, una maestra bini del suroeste urbano de 47 años, se lamenta: “Mi problema se agravó porque la dote [el precio de la novia] se gastó en mí y no había sucesión [hijos] del matrimonio. Me quitaron todo, con excepción de algunas cosas personales. Tuve que empezar una nueva vida desde el principio.”

La experiencia de Abude es parecida a la de muchas otras viudas, ya que la mujer sólo puede heredar como custodio de sus hijos. En el sureste, si una viuda decide casarse con alguien que no pertenezca a la familia de su marido, pierde el derecho a heredar alguna propiedad. Es raro obtener la compensación en una disputa de herencia, especialmente para las casadas bajo la ley tradicional. De este modo parece claro que nuestras entrevistadas se adaptan a las tradiciones existentes que rigen el divorcio y la viudez en gran parte por las reducciones económicas y sociales que las someten. El problema aquí es en realidad el de los derechos reproductivos

—tanto para las viudas como Abude— como para aquellas mujeres que deben olvidar su derecho al divorcio o escapar de un marido abusivo y al que no aman para evitar perder a sus hij@s.

PROCREACIÓN Y REGULACIÓN DE LA FECUNDIDAD

En todos los sitios de investigación asumimos que la procreación es la razón más importante para establecer el matrimonio; no se conocen parejas nigerianas que hayan decidido no tener descendencia. Las esposas llevan el peso de la intensa presión familiar para engendrar. Como en el caso de Abude, a menudo se anima al varón a tomar otra esposa o a intentar tener hij@s con otras parejas, mientras que es común que a la mujer se le culpe de la situación y se le acuse de promiscuidad, hechicería, u otras ofensas a las deidades o los ancestros; también se vuelve muy vulnerable al divorcio. La que no tiene hij@s debe hacer constantes visitas a los curanderos para demostrar su deseo de quedar embarazada, mientras que por otro lado, tolera las aventuras extramaritales del marido o éste toma la decisión de tener otra esposa.²⁶

Las entrevistas realizadas en todos los sitios, pero especialmente en las áreas rurales, mostraron que prevalece la preferencia cultural por los hijos varones; ello se ilustró con comentarios como: “A una mujer que no tiene un hijo varón se le ve despectivamente” (norte) y “Los hijos varones perpetuarán el nombre de la familia, mientras que las niñas se casan y forman parte de otras familias” (sureste). Marietu, quien se enfrentó a vivir con la otra mujer del marido cuando sólo llevaba dos años de casada, expresa esto claramente, en términos del estigma social y la alta fecundidad:

Le prometieron otra mujer como esposa porque yo no le había dado hijos pronto en el matrimonio. Esta segunda esposa tenía una hija.

²⁶ En realidad las altas tasas de esterilidad entre las mujeres nigerianas son probablemente causadas por la falta de tratamiento de FV, infecciones en el tracto reproductivo, y relaciones sexuales y procreación tempranas en las mujeres jóvenes —todas las enfermedades se atribuyen a las prácticas culturales dominantes y a la falta de buenos servicios de salubridad—. Véase Johnson, 1982; Adekunle y Ladipo, 1992; y Wasserheit y Holmes, 1992.

Luego se divorció de él y dejó a la niña a mi cuidado. Después de que la segunda esposa se fue, nacieron mis primeras tres hijas, una tras otra, todas mujeres. Esta tendencia molestó a la familia de mi esposo, pues decían que su hijo y su hermano debían tener un hijo varón [y heredero]; así que le buscaron una tercera esposa que pudiera darle el tan deseado hijo. Pero mi esposo no aceptó la sugerencia de la familia [...] Después de esto tuve tres varones y unos gemelos, aumentando el número de hijos a ocho; de ellos cuatro eran varones.

Maryam (musulmana rural del norte) de 57 años de edad, se casó a los 15 con un hombre al que había sido prometida desde su nacimiento. Ella tuvo a su primer bebé en el primer año de matrimonio (a los 16 años):

Cuando tuve las primeras cuatro niñas, mis problemas no fueron con mi marido, sino con su familia. Me decían groserías, me maltrataban, me ignoraban en las reuniones familiares. Era como si no tuviera hijos. Fue muy triste y yo no era feliz, porque es Dios, no yo, el que da los hijos [...] lo único bueno fue que mi marido no escuchó a su familia, y en el momento en que Dios lo decidió, tuve tres varones. Su actitud hacia mí cambió.

En total, Maryam tuvo 13 hijos —el número más alto entre las 72 entrevistadas a profundidad—. Ella expresa un claro sentido de injusticia sobre las tribulaciones de la procreación porque las vivió para perpetuar la preferencia por los varones, y comenta: “es Dios, no yo, el que da los hijos”, juicio secundado por las demás. Como expresa una participante del grupo focal del sudeste rural: “Un hijo es un hijo sin importar si es hombre o mujer.” Tales opiniones sugieren resentimiento, particularmente entre las mujeres mayores, que sufrieron en sus propias vidas reproductivas no sólo la presión de continuar la procreación hasta que haya un varón, sino los prejuicios de género que esto implica.

Encontramos que las entrevistadas se ajustaban al modelo nacional de iniciar la procreación a corta edad, por lo general (pero no siempre) asociado con el matrimonio temprano. Las mujeres mayores (de más de 45 años) comenzaron a parir cuando eran menores que las más jóvenes de ahora, con una edad promedio de 17.9 años, mientras en los grupos de 36 a 45 era de 21 años y de 21.4

en el grupo de 20 a 35 años. Sólo Maryam había dado a luz a la edad de 16 años. Las participantes declararon haber tenido muy poca información sobre el embarazo y la procreación antes de quedar embarazadas. Una vez preñadas les enseñaron los rituales y restricciones tradicionales de su grupo étnico, religión y comunidad. También aprendieron lo que puede suceder en el parto, cómo alimentar al bebé y cómo retrasar el próximo embarazo —aunque para ello se tenga que prolongar el periodo de amamantamiento o la abstinencia sexual—. ²⁷ Dichos consejos se los proporcionaron las madres, amigas, suegras, otras esposas, APT y, aunque menos frecuentemente, el personal médico.

Las restricciones tradicionales al movimiento de la mujer embarazada prevalecen en todos los sitios de investigación. Algunas intentan asegurar que el nonato no esté poseído por espíritus diabólicos —por ejemplo, se les prohibía caminar bajo el sol ardiente (norte) o sentarse en la puerta de la entrada o caminar y comer de noche (suroeste)—. A la embarazada también se le prohibía realizar trabajos pesados para evitar un aborto o un parto difícil. Las limitaciones en la dieta varían en tipo y severidad según la región, grupo étnico y religión. El razonamiento principal que lo respalda es proteger al feto de algún daño; la salud de la embarazada es una preocupación secundaria o menor. En el norte, las mujeres recluidas que buscan algún tipo de cuidado médico deben obtener el permiso de sus maridos, para quienes es inaceptable la idea de que algún médico varón trate a sus esposas. Incluso en caso de emergencia o complicación, nadie se atreve a llevar a una mujer al hospital sin el consentimiento del marido. Dichas restricciones aumentan el riesgo de FVV-FRV, hemorragias e incluso la muerte, como resultado de un parto prolongado y mal manejado (PMMN, 1992).

Encontramos que nuestras participantes tenían cierto parecido con otras mujeres nigerianas en cuanto a que se valían de una

²⁷ De acuerdo con el trabajo que condujo Adetunji en el estado de Ekiti en el suroeste de Nigeria, la razón para la abstinencia sexual cuando la madre está amamantando es principalmente para evitar que el semen contamine la leche. El periodo prolongado de amamantamiento (más de dos años) se considera benéfico para el infante; a los niños se les da pecho cinco o seis meses más que a las niñas (Adetunji, 1997).

mezcla de tradición y modernidad para asegurar el cuidado de la salud reproductiva, pues las percibían como complementarias (Ade-tunji, 1997). En todas las zonas son comunes los partos en el hogar con la ayuda de las APT, aunque hay mayor predominio en el sureste y el norte, donde las mujeres se enorgullecen de sí mismas por su estoicismo durante el parto. Las de estas regiones aseguraron que entran en un cuarto ellas solas cuando comienza la labor de parto y no llaman a nadie hasta que nace el bebé. Al momento del parto, la mujer que viene a auxiliar a la “pariente” se arrodilla y jala de una cuerda para dar más apoyo. En Zaria, al norte, se llama a una APT sólo para cortar el cordón umbilical. En contraste con el enfoque prenatal en el feto, el cuidado de la madre es importante, pues suele durar 40 días después del parto. Además de limitar sus esfuerzos, se incluye un masaje regular del abdomen con agua de hierbas caliente y se sienta a la madre en una olla de agua caliente con infusiones de hierbas para ayudar a que el útero se contraiga.

Es común que las mujeres urbanas y las de la periferia busquen antes y después del parto los servicios de salud gubernamentales, que son menos costosos que las clínicas privadas y, en menor grado, que las casas de espiritistas. Las mujeres rurales y algunas urbanas de la periferia tienden a confiar para dichos servicios en las APT, quienes casi siempre se encuentran en una casa del vecindario. Para la mayoría de las mujeres, aunque los ritos y las costumbres tienen algo de influencia en la decisión de tener a sus hijos en casa, son determinantes los factores sociales y económicos. Las entrevistadas se refirieron específicamente al costo de los servicios de salud modernos en términos de dinero, tiempo y distancia que deben recorrer, al igual que a la actitud grosera del personal médico y al hecho de que los doctores sean predominantemente varones. Las mujeres de un grupo focal del norte se quejaron abiertamente de que “los doctores llegan tarde y las enfermeras son groseras”. A causa de dichas barreras, ellas van al hospital solamente como último recurso, pues prefieren automedicarse o ir con los curanderos tradicionales. Las entrevistadas urbanas y de la periferia recalcaron la necesidad de reducir las tarifas de los hospitales, de que se proporcionen servicios gratuitos a las embarazadas, haya disponibilidad de medicinas subsi-

diadas y mejore la actitud del personal del hospital hacia las pacientes.²⁸

En estudios recientes se ha documentado que entre los nigerianos se practica la tradición patriarcal de tomar las decisiones de manera comunal más que individual respecto a los asuntos familiares, incluyendo los que tienen que ver con el tamaño de la familia y la fertilidad. El esposo y sus parientes, los padres, los ancianos de la comunidad y la mujer misma pueden opinar, pero la decisión del marido es la que tiene más peso, seguida del punto de vista de sus parientes y luego por el de los padres de la esposa (Isiugo-Abanihe, 1994; Mothercare, 1993). Además, los datos de una encuesta muestran que más de 60% de las nigerianas cree que su fecundidad o el tamaño de la familia finalmente depende de la voluntad de Dios (Feyisetan y Ainsworth, 1995). En las discusiones de los grupos focales, la mayoría de las entrevistadas hizo eco de estos puntos de vista tradicionales, incluyendo las tensiones que existen dentro de ellos. De este modo, gran parte de las encuestadas del norte declaró que el poder de decidir cuándo tener un hijo era del varón, como jefe de la casa, de lo contrario “una mujer podría ser acusada de promiscuidad”. Por otro lado, una minoría de cristianas y musulmanas sostuvo que “los hijos son de Dios, así que Dios es el que decide”. Y unas cuantas mujeres del norte expresaron una posición más igualitaria, insistiendo en que las decisiones de la procreación las deben tomar los dos “porque son pareja en la relación”.

Sin embargo los datos derivados de entrevistas individuales y de los estudios de caso sugieren que en la práctica las mujeres pueden ejercer más iniciativa en cuanto a las decisiones de la procreación y el uso de anticonceptivos respecto a lo que suponen tales afirmaciones convencionales. Esto es particularmente verdad entre las que cuentan con mayor educación y las de más edad, que ya han tenido varios hijos.²⁹ Nuestras entrevistas, rurales y urbanas, confir-

²⁸ Estas demandas corresponden a hallazgos de la Red de Moralidad Materna y el Proyecto de Maternidad Segura sobre los puntos de vista de las mujeres sobre las prácticas maternas y de obstetricia en Nigeria. Véase Okafor y Rizzuto, 1994 y PMMN, 1992.

²⁹ De igual modo, un estudio reciente entre yorubas en el suroeste indica que en los primeros años de matrimonio tanto el varón como la mujer comparten el deseo de tener muchos hijos —y la preferencia por tener varones es dominante—;

man un aumento en el uso de anticonceptivos, o, si fallan éstos, de abortos, como una respuesta a las presiones económicas —en ocasiones sin comentárselo al marido (véase Isiugo-Abanihe, 1994)—. Monat, una musulmana rural y maestra en el norte con cinco hijos y 15 años de matrimonio, comenta:

La mujer casada utiliza los anticonceptivos para espaciar y evitar tener demasiados hijos. La economía está muy mal en la actualidad y nadie puede costear tener muchos hijos como en el pasado. Yo conseguí mis anticonceptivos en una clínica de planificación familiar anexa a un hospital público. El doctor me explicó todos los métodos y elegí la píldora, pero cuando tuve problemas con ella, regresé con él y cambié al DIU [...] El aborto no es un método anticonceptivo. Es mejor utilizar un método de planificación familiar para evitar el embarazo, pero si éste falla una no tiene otra opción más que el aborto. Es mejor abortar que tener un hijo no deseado.

A diferencia de Monat, quien tiene más educación que la mayoría de las participantes rurales, parece que éstas saben muy poco de anticonceptivos modernos, pero su conocimiento de métodos tradicionales es muy extenso. Una mujer del suroeste identificó 16 métodos tradicionales de anticoncepción e indicó que muchas mujeres rurales en Nigeria los conocen y los utilizan. Los más comunes son: la abstinencia mientras amamantan, interrupción del coito; hierbas, raíces y talismanes, y la irrigación vaginal. El tabú del contacto sexual mientras la madre está amamantando es una forma aceptada por las mujeres rurales para evitar el embarazo no deseado y lograr los intervalos planeados.

Asimismo, todas las entrevistadas estuvieron de acuerdo en que la responsabilidad de utilizar anticonceptivos es de la mujer, y muchas parecían negarse a consultar a sus maridos. Esto es consistente con los datos del EDS de Nigeria de 1990, donde un poco más de la tercera parte de las casadas entre los 15 y los 24 años de edad declaró haber hablado en alguna ocasión de planificación familiar con su esposo (DHS-Macro International, 1996). Las muje-

en una etapa posterior la mujer tiende a querer menos hijos y a tener mayor influencia en la toma de decisiones reproductivas. Véase Bankole, 1995.

res del norte manifestaron que habían hablado sobre el control de la fertilidad con sus esposos para que les dieran permiso de obtener anticonceptivos, pues las clínicas de planificación familiar requieren el consentimiento de éste por escrito. Algunas de ellas utilizaron el muy conocido recurso de presentar en la clínica a otro varón como su marido; de este modo protegían su derecho a la confidencialidad y el control de la concepción frente a las barreras culturales e institucionales. Sin embargo, la mayoría de las entrevistadas del norte y el sureste, admitió no utilizar anticonceptivos en absoluto. Dedujimos que deben estar valiéndose de algo que funciona —incluyendo la abstinencia o el aborto— debido a que difícilmente alguna de las mujeres de 35 años o más edad de esas zonas ha tenido más de seis hijos. La cantidad promedio de hijos entre las participantes en este rango de edad en el norte era de 5.8 y en el sureste de 4.7, mientras que la de las mujeres mayores en el suroeste era de 6.3.³⁰

Las encuestadas casadas o que estuvieron casadas se diferenciaban claramente por su apertura sobre el uso de anticonceptivos (por lo general, el uso de anticonceptivos entre las nigerianas no se aprueba ni se reconoce). Casi todas las entrevistadas del suroeste, tanto rurales como urbanas, reconocieron estar utilizando o haber utilizado alguna forma de anticoncepción, mientras que sólo alrededor de la mitad de las del norte y un poco más de la tercera parte de las del sureste los habían usado. En parte, la mayor disposición de las del suroeste a admitir que utilizan anticonceptivos puede deberse a la cada vez más extendida aceptación de métodos tradicionales en esa región. Por otro lado, había más probabilidad de que las mujeres del norte que se identificaron como usuarias de anticonceptivos fueran urbanas o que tuvieran educación y asociaran la

³⁰ En estos cálculos sobre el promedio de fecundidad hemos omitido los grupos más jóvenes de mujeres con la suposición de que muchas no han completado su procreación. Las razones por las cuales las tasas de fertilidad en los grupos del suroeste de mujeres mayores de 35 años eran más altas que las de sus contrapartes en las otras dos zonas, pueden ser: primero, la diferencia en la distribución de edad, ya que la muestra del sureste tenía una proporción más alta de mujeres que estaban por cumplir 60 y 70 años; segundo, la tendencia de las mujeres bini de intentar procrear hijos con varios hombres, para que todos pudieran recibir herencias de sus respectivos padres.

contracepción con la píldora o el DIU; una incluso se ligó las trompas, lo cual es extremadamente raro en Nigeria. Por lo general, la dificultad económica fue la razón más frecuente que nos dieron para recurrir a los anticonceptivos. Sin embargo Vivian, una enfermera urbana del suroeste y madre de tres, reconoció que “uno puede tener sexo libremente sin miedo a quedar embarazada”. Y Eki, una estudiante rural de 15 años de la misma región, aseguró que la anticoncepción es buena porque “ayuda a las jóvenes a seguir con su educación” —con lo que sugiere que las jóvenes solteras también tienen derecho a la expresión sexual libre de miedos—. Pero los de Vivian y Eku son casos poco comunes porque hacen una clara relación entre la anticoncepción y la libertad sexual para las mujeres.

Las objeciones más comunes al uso de anticonceptivos por parte de nuestras entrevistadas no tenían nada que ver con los tabúes tradicionales y religiosos, sino con sus efectos secundarios. Éstos incluían ciertas “disfunciones” en el bebé; la esterilidad e incluso la muerte (norte); la creencia de que algunas mujeres pueden quedar embarazadas aun con el uso de anticonceptivos; y el miedo a sufrir fuertes sangrados, menstruaciones irregulares, aumento de peso, o calambres (suroeste). Se sabe que por lo menos algunos de estos efectos secundarios se asocian con los métodos médicos más comunes utilizados en Nigeria —la píldora, el DIU, y las inyecciones (ENDS, 1992)—. Con esta evidencia parecería que sólo 6% de las nigerianas casadas está utilizando métodos anticonceptivos modernos debido a los métodos mismos —sus efectos visibles al igual que su costo, la mala calidad y la falta de servicios— (véase Feyisetan y Anisworth, 1995; y Okafor y Rizzuto, 1994). Sin embargo, sin contar la necesidad económica, tanto las mujeres rurales como las urbanas tratan de regular su fecundidad al espaciar los nacimientos y terminar su periodo reproductivo después de tener cuatro o cinco hijos. Esto se lleva a cabo mediante una variedad de medios ingeniosos y a veces poco efectivos, incluyendo principalmente los métodos tradicionales y, en gran parte el uso clandestino del aborto.

Para la mayoría de las entrevistadas el aborto significa la terminación del embarazo y no es considerado un método anticonceptivo, pero las actitudes hacia éste varían mucho. La mayoría de las no urbanas, al igual que la mayor parte de las participantes urbanas con más de 45 años en las tres zonas, afirmaron que si una mujer

sufre un embarazo no deseado, no tiene otro remedio que continuar con él a menos que ponga en riesgo su vida. Las rurales y las de mayor edad que expresaron objeciones en contra del aborto tendían a hacerlo en los términos de las enseñanzas cristianas o musulmanas, que asocian tal práctica con “pecado”, “asesinato” y con tabúes morales, al igual que con “estigma social”. Por otro lado, las entrevistadas urbanas y las de la periferia que expresaron actitudes negativas hacia el aborto lo hicieron principalmente en términos de salud y riesgos en la seguridad, por hemorragias, daños a la matriz, esterilidad y muerte. Conscientes de que estos riesgos son resultado de la ilegalidad y el secreto en que debe practicarse el aborto, algunas participantes del grupo focal consideraron que es necesaria una ley más liberal sobre el tema para que sea posible proporcionar servicios de aborto seguros, más eficientes y más baratos para las mujeres.

Nuestros datos confirman que en Nigeria existe escasa información sobre el aborto. Por ejemplo, en un estudio que se realizó en 1984 en los hospitales de ocho estados, alrededor de 85% de los abortos que se registraron ocurrieron entre jóvenes solteras. El estudio también encontró que los registros del hospital y las “mismas pacientes por lo general negaban” el procedimiento que se les había realizado, aun frente a la “clara evidencia clínica”. Sin embargo, los médicos aceptan de manera informal que el aborto ilegal en Nigeria “es mayor a cualquier dato registrado disponible que se pueda registrar” (Okagbue, 1990: 200-201).

Tales hallazgos apoyan nuestras sospechas sobre el silencio que envuelve a la práctica del aborto, en el que se incluye a nuestras entrevistadas. Las restricciones culturales y los tabúes sociales contribuyen a la percepción común de que el aborto sólo se justifica y se practica por las jóvenes solteras. Sin embargo, las estadísticas de hospitales muestran que tanto las casadas como las solteras recurren al aborto (Okagbue, 1990; Oni y McCarthy, 1990). Algunas de nuestras entrevistadas de mayor edad reconocieron que no dudarían en hacerse un aborto sin que sus esposos lo supieran o lo aprobaran, lo que confirma estos informes. Efe, una guardia de seguridad del suroeste rural de 43 años de edad y madre de siete hijos (cinco están vivos) nos dijo: “Yo no hablaría con mi esposo antes de hacerlo”. Y Eghe, una granjera de 50 años con ocho hijos, de la misma región, dijo que ella “se adelantaría y lo haría” aunque su

esposo se opusiera. Más significativo es que entre las urbanas de las tres zonas, en particular entre las menores de 19 años, se considere al aborto como una opción aceptable dentro un rango amplio de condiciones: si 1) no se planeó el embarazo; 2) la salud de la mujer está en peligro; 3) existen problemas financieros; 4) el bebé no es deseado; 5) la mujer tiene demasiados hijos, o 6) el padre es irresponsable o desconocido. Algunas también afirmaron que las mujeres que decidieron no tener un aborto en dichas circunstancias podrían terminar “odiando al bebé”.

Toda esta evidencia revela que fuera de todas las divisiones étnicas y religiosas, las jóvenes urbanas están rechazando abiertamente los modelos culturales dominantes en contra del aborto; ello sugiere cambios importantes en la actitud intergeneracional. Mientras la situación económica se va deteriorando, las mujeres se van haciendo cargo de las crecientes responsabilidades financieras. En la actualidad muchas están determinadas a controlar su propia fecundidad, aun cuando eso signifique violar las normas religiosas y sociales y evadir al marido y a la familia. Esto muestra dos niveles de conciencia: primero, que los problemas económicos hacen que esta responsabilidad recaiga en ellas como procreadoras; y segundo, que ellas mismas quieren y deben tomar sus propias decisiones sobre la procreación, detrás de la encubierta deferencia a los esposos o a Dios. Debido a que la gran mayoría de las entrevistadas trabaja para mantener a su familia, están muy conscientes de las condiciones económicas que las llevan a dicha determinación. Pero su capacidad para realizarlo en la práctica depende de ciertas condiciones que se encuentran fuera de su control: su lugar en el ciclo de vida y su acceso a métodos anticonceptivos confiables, a la educación y a recursos económicos.

CONCLUSIONES

1. La capacidad de las entrevistadas para expresar un sentido del derecho a tomar las decisiones reproductivas y sexuales varía significativamente a lo largo de su ciclo de vida: se incrementa durante la procreación y los años de menopausia, y es más baja en los primeros años de matrimonio y maternidad. Aparentemente la función de la procreación demerita la posición de

las mujeres en la sociedad nigeriana; sólo cuando han pasado esa etapa de la vida son merecedoras de cierto respeto.

La expectativa que sostienen las nigerianas de que mejorarán su posición social y su honor gracias al matrimonio y la procreación parece contradecir la realidad de nuestras participantes casadas. Las jóvenes menores de 19 disfrutaban de una posición más alta que la de sus madres dentro de la casa familiar; por ejemplo, están exentas de violencia doméstica. Esta posición disminuye con el matrimonio y la procreación, pues se espera que las mujeres reconozcan la autoridad de sus maridos y suegros en temas como el trabajo, la fecundidad y el cuidado de la salud reproductiva. Si bien la responsabilidad de limitar o espaciar a los hijos recae en ellas, ésta no va acompañada de ningún derecho reconocido.

Cuando las mujeres envejecen y han probado su capacidad para tener hijos y cuidarlos están más dispuestas a transgredir los valores y las tradiciones sociales dominantes que afectan su salud reproductiva, y lo hacen por medio de sus acciones más que con sus palabras. Las mayores de 35 años describieron diferentes formas en que maniobran dentro de las normas patriarcales predominantes para alcanzar ciertas metas, como la satisfacción de sus derechos personales y sus necesidades económicas; por ejemplo, utilizar en su favor los tabúes contra las relaciones sexuales cuando están amamantando o después del parto para asegurar el número de hijos que deseen o para darse un respiro de las obligaciones domésticas. Cuando alcanzan la menopausia estas mujeres obtienen un sentido más fuerte de sus derechos debido al estatus y poder de negociación que la sociedad les concede (con la excepción de las viudas sin hijos).

Las jóvenes urbanas menores de 19 años expresaron mayor sentido del derecho a explorar su sexualidad, incluso antes del matrimonio, que sus madres. Rechazaron el doble estándar en que se alienta a los varones solteros a tener experiencias sexuales mientras se espera que las niñas sean vírgenes. También había fuerte oposición en este grupo a los matrimonios arreglados y la poligamia. La mayoría aprobaba la libertad de protegerse de embarazos no deseados por medio del uso de anticonceptivos y abogaba por permitir el aborto en una amplia gama de circunstancias. Este sentido de derecho sexual a menudo mengua durante los años de procreación y de deberes maternos, pero con la menopausia algunas

mujeres exigen su derecho a —por lo menos— disfrutar del placer sexual sin vergüenza alguna.

2. Pese a la aceptación verbal de las normas de género tradicionales, encontramos en todas las edades y grupos, ejemplos de subversión en cuanto a las decisiones sobre anticonceptivos y aborto, y en menor grado, respecto a la sexualidad; sin embargo, dicho comportamiento transgresor por lo general toma la forma de acomodación estratégica o secreta en lugar de abierta resistencia.

Por ejemplo, aunque la mayoría de las casadas afirmó que transfería las decisiones sobre el tamaño de la familia a sus maridos o a Dios, encontramos que muchas regulaban su fecundidad por medio de métodos diversos (por lo general tradicionales) que podían utilizar sin el conocimiento de sus parejas. Y mientras unas pocas admitieron haber tenido abortos, la evidencia sugiere que el aborto inducido predomina entre ellas en un clima continuo de ilegalidad y peligro. En lo tocante a la sexualidad, las tácticas contradictorias para acomodarse y subvertir los valores culturales y religiosos tradicionales resaltan la necesidad de emprender una investigación posterior sobre la manera en que las nigerianas negocian su sexualidad y el riesgo sexual; ya sea que encuentren o no placer y satisfacción en sus relaciones sexuales, y hasta qué grado se ve reducida o limitada su sexualidad por las prácticas y normas tradicionales.

3. Las creencias y prácticas tradicionales tienen significados complejos y ambiguos en la vida sexual y reproductiva de nuestras entrevistadas, pues a veces debilitan su salud y poder; en algunas ocasiones las ejercen las mujeres mayores para afirmar su autoridad sobre las jóvenes; y en otras circunstancias ayudan a las mujeres a subvertir su subordinación y a expandir su margen de control.

Las transiciones del ciclo de vida analizadas tienen un lado oculto que es contradictorio desde la perspectiva del empoderamiento de las mujeres, pues se basan en una jerarquía generacional que supone la subordinación de las más jóvenes y el rol de las mayores como principales defensoras de la tradición patriarcal. Percibimos esto durante las discusiones de grupo, cuando las mujeres mayores por lo general eran las privilegiadas para hablar en nombre del resto y estaban sentadas en los puestos más cercanos a las

entrevistadoras; también eran las que defendían la castidad femenina antes del matrimonio, la MGF y otras costumbres.

Este poder generacional se ejerce por sí mismo con la mayor fuerza en la transmisión de información sobre la sexualidad, el embarazo y los anticonceptivos hacia las jóvenes solteras. De este modo, las mujeres mayores se resisten a llevar a la práctica los métodos anticonceptivos modernos debido a que esto amenaza su posición de guardianas y hace frágil su poder dentro del sistema patriarcal.³¹

No hay duda de que los métodos y las formas tradicionales que sustentan la autoridad de las mujeres mayores cobran un alto costo en la salud reproductiva de todas, pues se perpetúan las condiciones que producen los embarazos adolescentes no deseados, los abortos clandestinos, las ETS, las FVV-FRV y la falta de apropiación sexual de la mujer. Sin embargo, nuestros hallazgos también muestran que algunos métodos y prácticas que suelen definirse como tradicionales pueden servir para facilitar las obligaciones reproductivas de las mujeres y reforzar los lazos intergeneracionales en tiempos de embarazo y procreación. En contraste con el silencio que enfrentan las jóvenes solteras, las mujeres casadas y las embarazadas reciben consejos y cuidados de las familiares mayores y de las vecinas. Así, mientras que algunas formas de conocimiento intergeneracional —por ejemplo, los tabúes sobre la alimentación— pueden ser dañinas para la salud de la mujer, otras, como las semanas de descanso de las labores domésticas y del trabajo en los campos, probablemente sean saludables.

Finalmente, en el contexto de las restricciones culturales e institucionales existentes, puede haber algunas ventajas reales de los métodos tradicionales de control de la natalidad sobre los “modernos”. Además de que son más baratos y accesibles, las mujeres los pueden controlar mejor; conllevan menos riesgos de efectos secundarios o de estigmas sociales, y por lo general para su uso no se requiere el permiso del esposo. Las quejas de nuestras entrevistadas en contra de los médicos y el personal de salud de las clínicas y hospitales, revela las serias deficiencias en la calidad del cuidado

³¹ De este modo, Nigeria se parece a muchas sociedades donde las “mujeres mayores son guardianas del conocimiento que rodea la fecundidad y la procreación” (Gingsburg y Rapp, 1995: 5).

institucional, incluyendo la prioridad que se le da a la autoridad y el consentimiento masculinos sobre el conocimiento y los derechos de la mujer. Estas deficiencias refuerzan la preferencia de las mujeres por las APT y los curanderos.

4. Las expresiones de derechos de las entrevistadas en cuanto al conocimiento reproductivo y sexual y la autodeterminación parecen ir en aumento en las generaciones más jóvenes, en parte debido al incremento de sus niveles de educación. El que esta tendencia sea suficiente o no para romper el ciclo de las mujeres como portadoras y trasmisoras de la tradición, dependerá del trabajo educativo con niñas y mujeres jóvenes que las activistas por la salud femenina sean capaces de realizar en los años por venir.

A pesar de que las mujeres mayores tienden a apoyar las formas tradicionales y actuar como guardianas y trasmisoras del conocimiento sexual hacia las jóvenes, muchas aprueban ciertas metas educativas más igualitarias y desean de que a sus hijas se les dé el conocimiento que se les negó a ellas cuando eran jóvenes. Sin embargo, sólo pocas veces (como en el caso de Monat y sus hijos) este deseo se traduce en un cambio práctico. De nuestras informantes, ninguna consideró que las madres estén rompiendo tabúes sociales que van en contra de hablar de la sexualidad con el objetivo de informar mejor a sus hijas. Las jóvenes adquieren conocimientos sexuales por medio de sus amigas, la escuela, y los libros, recursos a los que las mujeres mayores tenían menos acceso.

Aunque las jóvenes tienden a mostrar actitudes de mayor rechazo hacia los valores culturales dominantes sobre la sexualidad y el control de la natalidad, aún está por verse si estos puntos de vista perdurarán en su vida posterior. Dados los cambios en el ciclo de vida descritos con anterioridad, en donde los comportamientos y los valores de sumisión toman el control en el matrimonio y la maternidad, tenemos que preguntarnos si la sola educación es suficiente para romper el ciclo. Si el único poder disponible para las mujeres mayores sigue proviniendo de su actuación como guardianas de la tradición, entonces el cambio será muy difícil. Con mejor educación y habilidades, las jóvenes pueden exigir más reconocimiento, dadas sus contribuciones económicas y sociales y su derecho a tomar decisiones personales. Sin embargo, no se acabará con la cultura de silencio que existe alrededor de la sexualidad, la contracepción y el

aborto de forma automática. Mientras la mayoría de las decisiones sexuales y reproductivas estén cubiertas con un velo de secreto y se adapten a la tradición, será imposible obtener legitimidad pública para opciones más saludables y con mayor igualdad de género.

Como investigadoras y activistas, esta realidad nos obligó a volver a evaluar nuestras ideas preconcebidas sobre el género al igual que nuestras relaciones con las mujeres pobres y con las propias metas de nuestro trabajo. Nos dimos cuenta que nuestras acciones tendientes a alcanzar la salud y los derechos reproductivos de las mujeres deben comenzar por derribar las limitaciones culturales para hablar de sexualidad. Proyectos como la Iniciativa para el Poder de las Jóvenes (comenzó mientras la investigación del IRRRAG se realizaba) pueden crear espacios seguros para que las niñas y las jóvenes comiencen a hablar en forma más abierta sobre las presiones y los miedos más íntimos que experimentan sobre sus propios cuerpos. Sin embargo, sólo será posible transformar una mayor apertura en poder sobre nuestra vida reproductiva y sexual cuando el movimiento por la democracia y la distribución equitativa de la riqueza en Nigeria tenga éxito y abra el camino hacia un cambio político y social real.

En mayo de 1999, Nigeria reinicia un gobierno civil después de 16 años de gobiernos militares; sin embargo, a pesar de los esfuerzos de la nueva administración por combatir la pobreza y la corrupción en general, así como de incluir a las mujeres en los ámbitos de gobiernos local y regional en particular, los cambios no han prosperado en la medida de las necesidades de la población.

Más aún: aunque las mujeres están involucradas hoy más que antes en los cambios y decisiones políticas, el sistema patriarcal en Nigeria ha variado poco y continúan dominando el poder y los valores masculinos. En este contexto, el acceso de las mujeres a la salud sexual reproductiva no ha mejorado en todos estos años y los índices de mortalidad materna e infantil se mantienen muy elevados. Sin embargo, también es preciso reconocer que en varios estados de la federación de Nigeria se han desarrollado políticas en favor de las mujeres en torno de la salud de las adolescentes, el control del VIH-sida, los derechos de las niñas, así como en la penalización de prácticas como el tráfico de niñas, la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil, entre otras.

VII. LA TRANSFORMACIÓN DEL SANA EN *DAPAT*. NEGOCIANDO LA AUTORIZACIÓN A TOMAR DECISIONES REPRODUCTIVAS EN FILIPINAS

MERCEDES LACTAO FABROS
AILEEN MAY C. PAGUNTALAN
LOURDES L. ARCHES
MARÍA TERESA GUÍA-PADILLA*

En este capítulo se pretende hacer a un lado el discurso tradicional de los derechos reproductivos, caracterizado por una orientación legalista y biomédica altamente individualista, y en su lugar ocuparse de las formas en que las mujeres comunes en su vida cotidiana y como personas sociales que participan en el juego de las estrategias, interpretan las nociones de “reproducción” y “derechos”. Se toca el tema de los derechos reproductivos a partir de un estudio etnográfico sobre las mujeres de tres comunidades, en el marco de las luchas que entablan en contra de las fuerzas sociales y culturales que gobiernan su vida diaria. Dicho estudio sostiene que mediante tales luchas ellas articulan sus demandas por controlar sus cuerpos físicos y sociales, es decir, su sexualidad, su fecundidad, su maternidad y su noción de individualidad en relación con los demás. Por lo tanto, al conocer y reconocer los medios o mecanismos usados por las mujeres para definir y transformar sus vidas, se trata de cuestionar ideas profundamente arraigadas en sus decisiones sobre derechos reproductivos, especialmente en el contexto del Tercer Mundo.

* Para realizar este capítulo se contó con la colaboración de Cynthia Rose Bauzon-Bautista, Eufacio C. Abaya y Antoinette Raquiza. Ana María Nemenzo se encargó de lo relativo a la historia del movimiento por la salud de las mujeres filipinas. Realidad Santico-Rolda, Rosario Nabong-Carbado y María Teresa Guía-Padilla llevaron a cabo la investigación de campo con la coordinación general de Mercedes Lactao Fabros.

La articulación de las demandas en el acontecer diario de las filipinas es percibida como “derechos negociados”, y con ello se expresan las facetas físicas, sociales y morales de sus historias de vida; las formas de resistencia y de adaptación que emplean para lograr un sentido de apropiación del derecho; y las estructuras, tanto materiales como ideológicas, que facilitan o restringen sus esfuerzos. Al descubrir el proceso por el cual se negocian estas apropiaciones, en este estudio se dirige la atención a la reproducción biológica y social, así como a las implicaciones del proceso de negociación en la teoría, en la defensa y en sus esfuerzos organizativos tanto de escala local como nacional.

EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

En el grupo de trabajo de Filipinas del IRRRAG participamos académicas y profesionistas que desempeñamos nuestra labor en distintos campos de la investigación feminista o el desarrollo rural. Juntas desarrollamos un proceso de investigación que incluye diversos niveles, y en el que combinamos los métodos cualitativos y los cuantitativos. Nuestro equipo adoptó un enfoque de historias de vida, reconociendo que en Filipinas, como posiblemente en todas partes, las nociones de individuo o persona (*pagkatao*) y de “derechos” están profundamente permeados por las relaciones con los demás y por los cambios en el ciclo de vida. Maximizamos este enfoque al observar de manera intensiva a parejas de madre e hija, lo cual nos permitió percibir los mecanismos por los que se transmiten los valores y las normas de la sociedad de la madre a la hija dentro del tejido familiar y comunitario. Se seleccionó un total de 14 pares de madres e hijas de tres comunidades, elegidas en parte debido a la presencia de organizaciones de mujeres locales que estaban interesadas en conducir un programa de seguimiento diseñado para influir en la elaboración de las políticas públicas. Con este fin, posteriormente se realizó una encuesta cuantitativa que incluyó un total de 306 entrevistadas, cuya finalidad era dar validez a los hallazgos del estudio cualitativo relativos a un sector más amplio de la población.

Para capturar la enorme diversidad reunida en el archipiélago filipino, los sitios de investigación se eligieron tratando de repre-

sentar los tres modelos de subsistencia principales: Bagbag, un *barangay* de bajos recursos en la parte noreste de la ciudad de Quezon, contigua a la ciudad capital de Manila; Rama, un *barangay* de pescadores en Samar Occidental, provincia depauperada en las islas centrales de Visayas, y Tabi, un *barangay* agrícola situado en las tierras bajas de la provincia de Sorsogon, en la isla de Luzon.¹ Se seleccionaron cinco pares de madres e hijas en Bagbag y Tabi y cuatro en Rama. En cada caso, las mujeres vivían en la misma área, ambas tenían hijos y ambas estaban dispuestas a compartir sus experiencias con el equipo.² La encuesta de validación incluyó los tres sitios originales y además cuatro lugares adicionales: Silihan, un área de obreros inmigrantes en Angono contigua a Metro Manila; una aldea rural en la provincia de Batangas que se encuentra en proceso de industrialización; Calapi, una comunidad de tierras altas en Samar Occidental, y Arena Blanco, un *barangay* étnico musulmán en la ciudad de Zamboanga en Mindanao suroccidental. Silihan y Bilucao son parte de Calabarzon, una zona industrial cercana a Metro Manila, que el gobierno filipino pretende convertir en modelo para la modernización del país.

Para elaborar las historias de vida se requirieron por lo menos dos sesiones “formales” de dos a tres horas cada una, así como diversas charlas informales, luego de haber permanecido por lo menos dos meses en cada comunidad; algunas encuestas de seguimiento a las entrevistas se hicieron en dos sesiones que duraron de 90 minutos a tres horas. Una validación adicional se hizo mediante discusiones de grupo que incluyeron a todas las participantes que nos comunicaron sus historias de vida junto con una mujer adicional en Rama, tres en Bagbag y siete en Tabi. Esta metodología de tres flancos nos permitió observar las percepciones y comportamientos de las mujeres sobre el ciclo de vida en las diferentes localidades, y gracias a ella pudimos plantear recomendaciones claras sobre política social.

¹ El *barangay* es la unidad más pequeña de gobierno; por lo general equivale a una aldea.

² En Bagbag y Tabi los grupos de mujeres locales proporcionaron una lista de candidatas preseleccionadas que estaban calificadas para el estudio; en Rama, donde no existen organizaciones de mujeres, la investigadora vivió con la partera local y así pudo conocer a algunas habitantes de la comunidad.

LA NEGOCIACIÓN DE DERECHOS: DEL *SANA* AL *DAPAT*

Entre las mujeres con quienes nos entrevistamos rara vez se discuten los temas reproductivos y sexuales —si es que alguna vez se tocan— en términos de *karapatan* (“derechos”). En su lugar ellas utilizan el término *sana* (“deseos”). Sin embargo, al profundizar el análisis, se vuelve claro que la forma en que las mujeres articulan el concepto de *sana* presupone la idea de *dapat* (“deber” o “tener que”), que es la palabra fundamental de la que se deriva *karapatan*. De este modo, *sana* contiene un componente prescriptivo personal: lo que debe ser, lo que se debe tener.

En este estudio postulamos que la apropiación que las mujeres hacen de sus derechos se traduce en la atribución de privilegios que la moral sanciona, propiciando formas de comportamiento en busca de una “mejor vida” para ellas y los suyos. Debido a que este proceso de apropiación se negocia continuamente en un campo de relaciones de poder, el término “derechos negociados” caracteriza tanto el proceso como el resultado de la lucha de la mujer por sus *sanas*. Los *sanas* son producto de las dinámicas de afirmación de lo que las mujeres quieren y necesitan, de lo que creen que su familia y la sociedad pueden concederles, y de lo que realmente hacen por sí mismas. Los obstáculos que se oponen a su realización están enraizados en las realidades de su vida diaria, incluyendo las dificultades económicas o las presiones financieras, las restricciones de los padres o de otros parientes mayores, las normas sociales, las pesadas responsabilidades familiares, la desaprobación del esposo, y los sentimientos personales de incompetencia o de falta de control sobre los sucesos.

Entonces, si bien es cierto que las relaciones familiares son un sitio clave de negociación y renegociación, dichas relaciones están determinadas por procesos sociales, económicos y políticos en diferentes ámbitos (familiar, comunitario, nacional y mundial). Al analizar estas diferencias, en el estudio también se enfocó la atención sobre el impacto de las políticas de población nacionales, el sistema de salud pública y, sobre todo, la Iglesia católica, en temas como la regulación de la fecundidad, las relaciones de marido y mujer y el divorcio.

El análisis de las parejas de madre e hija ilustra el complejo proceso de negociación de *sanas*, el contexto en el que la negocia-

ción tiene lugar, y los métodos que se emplean en este proceso. La elección de pares de madre e hija dentro de cada comunidad limitó nuestra población de investigación a aquellas que regresaron al vecindario donde crecieron o a las que nunca se fueron. Como resultado, resalta la compleja relación entre la reproducción de normas y valores dentro de las comunidades pobres y los esfuerzos de las mujeres por negociar dentro de estas normas. Siguiendo con atención los términos en que hablaban sobre su vida, pudimos identificar diversos temas que son comunes en todos los sitios de investigación.

Primero, el proceso de negociación no siempre es lineal. Una mujer puede decidir quedarse en su estado actual (adaptación), regresar a un estado anterior (retirada), o buscar el proceso hacia la transformación (afirmación directa) a través de los años. Así, el proceso de negociación y renegociación tiene un carácter temporal. De hecho, también puede abarcar generaciones: una mujer puede negociar y volver a negociar sus derechos en nombre y por medio de su hija.

Segundo, como resultado de esta falta de linealidad siempre existe una brecha entre el sentido de apropiación de la mujer y su comportamiento real, aun cuando pueda darse algún grado de transformación. Si la negociación reduce esta brecha, la transformación puede hacerse más perceptible y el proceso de negociación más abierto y directo. Dichas situaciones representan con claridad un avance hacia la afirmación de los derechos: del *sana* o “recreación del deseo” a una declaración abierta de *dapat*, “debe ser”.

Tercero, la naturaleza del proceso de negociación y la brecha entre la apropiación del derecho y la realidad varían entre diferentes *sanas*. Así, por ejemplo, en la mayoría de los casos puede verse a las mujeres acercarse más al *dapat* cuando articulan demandas relativas al trabajo, a la maternidad o al rechazo de la violencia doméstica, que cuando hacen negociaciones en el terreno del placer sexual y el control de la fecundidad, asuntos que para la mayoría siguen siendo *sanas*.

Cuarto, en el comportamiento de muchas mujeres aún subyace la sumisión a las relaciones de poder existentes, incluyendo las que debilitan su sentido sobre el “derecho a”. Al analizar este hallaz-

go, en el presente estudio se distingue entre las muestras de resistencia organizadas, abiertas y públicas, y las formas de resistencia que se expresan a espaldas de los poderosos para evitar una confrontación directa (Scott, 1990). Se observa entonces que en ciertos contextos la aparente sumisión de las mujeres es de hecho una forma de resistencia, así como otros en los que las mujeres se ven obligadas a adoptar formas más abiertas de resistencia.

EL CONTEXTO DE LA NEGOCIACIÓN: LA ECONOMÍA Y LA SOCIEDAD EN FILIPINAS

El archipiélago de Filipinas consta de tres grandes grupos de islas, Luzon, Visayas y Mindanao, que abarcan un área total de 115 000 km². Más de 50% de sus 66 millones de habitantes es menor de 20 años, y menos de 5% es mayor de 60 años. Mientras que los varones en el país superan ligeramente en número a las mujeres, ellas son más numerosas en las áreas urbanas. Si bien las áreas urbanas están altamente concentradas, 51% de la población aún vive en áreas rurales.

La cultura filipina es un mosaico que refleja su historia. Comerciantes chinos, hindúes y musulmanes visitaban con regularidad las islas antes del año 1500, añadiendo sus tradiciones a las del pueblo indígena malayo. Estas tradiciones probaron ser fuertes frente a la colonización de España en 1565 y la ocupación de Estados Unidos más de 300 años después, en 1898, particularmente en cuanto a los sistemas de parentesco, alimentación y económico. Sin embargo, en cuanto a la religión, los españoles lograron imponer el catolicismo, junto con sus posiciones feudales sobre las mujeres; se estima que 83% de la población es católica.³ Los estadounidenses institucionalizaron la educación y los sistemas legales, lo cual posicionó al inglés como el idioma oficial junto con el filipino, que habla la mayoría. También establecieron un sistema político regido por la democracia liberal —aunque toleraron su

³ Otras religiones son la protestante (9%) y la musulmana (5%); esta última se practica principalmente en la isla sureña de Mindanao (Departamento de Estado de EU, 1995).

suspensión durante 14 años (1972-1986) con la dictadura de Ferdinand Marcos. En 1986 se restableció la democracia con la presidencia de Corazón Aquino, a quien sucediera el actual presidente, Fidel Ramos.

Durante el periodo posterior a la segunda Guerra Mundial, Filipinas siguió una política de industrialización acelerada basada en la sustitución de importaciones y en la producción para el mercado local, así como en la exportación agrícola, en especial del azúcar, el coco y la madera. Se desarrollaron con éxito las manufacturas ligeras, principalmente de ropa, productos de piel, y más recientemente electrónicos y equipo eléctrico, todo ello bajo un sistema de tarifas proteccionistas y subsidios. Sin embargo, a fines de los años setenta, un gran déficit en la balanza de pagos —resultado de la corrupción burocrática, de la ineficiencia del Estado benefactor, el apoyo a los precios y los subsidios al crédito para la industria monopolizada del azúcar— alentó al régimen de Marcos a buscar préstamos del Fondo Monetario Internacional, y en 1980 se introdujo el primer programa de ajuste estructural (Sagrario Floro, 1994; Hodgkinson, 1995).

Desde entonces los gobiernos han adoptado una serie de políticas de ajuste que se caracterizan por la liberalización comercial y financiera, la devaluación de la moneda y la depresión deliberada de los salarios, todo ello como un vigoroso esfuerzo por promover la industria exportadora (Sagrario Floro, 1994: 116). En los años ochenta se redujeron significativamente los subsidios a los precios y los créditos agrícolas, particularmente en el sector de los productos alimentarios; se levantaron las regulaciones a la industria; se redujo el presupuesto para la salud, la educación y otros servicios sociales, y se hicieron prioritarios los pagos de la deuda. En 1993 la deuda externa total representaba 64% del PNB, mientras que el gasto nacional total en la educación en años anteriores fue de 2.9% del PIB y el de salud fue de 1% del PIB (UNDP, 1996).

Sin embargo, y pese a su insistencia en la privatización, el ajuste estructural no pudo disolver la alianza persistente entre el Estado y los grandes terratenientes, banqueros e industriales. Ello significó que el azúcar continuara recibiendo subsidios, mientras el mercado internacional se desplomaba. Una serie de bancarrotas, los dividendos de impuestos diferidos del gobierno y los despidos masi-

vos, combinados con la inflación precipitada debido a la devaluación, produjeron una crisis económica entre 1983 y 1985 (Sagrario Floro, 1994: 118), durante la cual la economía se contrajo más de 10% (Departamento de Estado de EU, 1994).

En 1986, con la elección de Corazón Aquino, el gobierno finalmente eliminó los monopolios del mercado del azúcar y el coco, preparando el terreno para inversiones mayores. En 1992 la recién elegida administración de Ramos lanzó un plan llamado Filipinas 2000, para atraer la inversión extranjera a las nuevas zonas urbanas industrializadas, donde virtualmente no existen regulaciones sobre salarios ni condiciones de trabajo. A pesar de que se estableció un salario mínimo muy bajo —alrededor de 6.30 dólares estadounidenses por día—, las corporaciones extranjeras, principalmente de Corea del Sur, Taiwan y Estados Unidos, han ideado una multitud de formas para reducir los costos de mano de obra, incluyendo una red de contratistas y subcontratistas que reducen en forma continua la cantidad que se le paga al productor.

En la actualidad, tras una década de estancamiento, la economía se ha modificado, aunque no de manera uniforme en todas las clases y sectores sociales. Los déficit comerciales no están disminuyendo, por el contrario, están aumentando,⁴ el pago de la deuda sigue siendo alto a pesar de algunas renegociaciones, y el gasto público no ha aumentado. “La prosperidad se detiene en las fronteras de las ciudades —como expuso un observador—, mientras en el campo no hay ningún cambio en absoluto” (citado en Richburg, 1995). Los trabajos nuevos en las fábricas son principalmente para los jóvenes, para los más capacitados y para aquellos que por lo menos tienen estudios preparatorios. En el campo, la agricultura sigue estancada como consecuencia de la continua monopolización de la tierra y las inversiones, y de un inadecuado financiamiento. En particular la industria pesquera se ha debilitado, no sólo debido a la falta de fondos y a la ausencia de apoyos gubernamentales, sino también por la contaminación resultante de la actividad minera, del crecimiento de la población y de los métodos de pesca destructivos (Hodgkinson, 1995). La inflación ha alcanzado 12%,

⁴ Mientras las exportaciones aumentaron 18% en 1993, las importaciones crecieron 22% (Barr, 1995).

y hay escasez de alimentos básicos, en especial de arroz, de ahí que en sólo un año, 1995, su precio se duplicara (Richburg, 1995).

LA POSICIÓN SOCIAL DE LAS MUJERES

La mayoría de las mujeres filipinas pertenece a más de 60% de la población que vive en condiciones de pobreza; en este contexto, están inmersas en una lucha constante por sobrevivir. La pobreza se extiende especialmente en las áreas rurales como resultado de una sociedad sumamente estratificada, y esta situación se ha visto agravada por las políticas de ajuste estructural que han ocasionado una espiral inflacionaria que repercute en el precio de los alimentos de consumo básico, en la disminución de los ingresos familiares reales y en los gastos gubernamentales en educación y servicios de salud (Sagrario Floro, 1994: 119).

Mientras la manufactura tradicional disminuye junto con la producción agrícola en pequeña escala, los trabajos con que se sostienen a las familias de bajos ingresos escasean. Cada vez más, son las mujeres las que deben buscar un trabajo remunerado fuera del hogar, por lo general con salarios muy bajos. En una sociedad donde el tamaño promedio de las familias es de seis miembros, las mujeres, quienes son tradicionalmente las administradoras del hogar, viven bajo la presión de salvar la brecha que existe entre un ingreso familiar limitado y el aumento en los costos de vida. A pesar de el gran aumento del número de mujeres filipinas que se han unido a la fuerza de trabajo desde principios de los años ochenta, su tasa de participación en la fuerza laboral todavía está muy por debajo de la de los varones; es decir, 47% para las mujeres durante 1994, comparado con 80% para los varones, a quienes corresponden dos terceras partes de la fuerza asalariada. Una encuesta reciente indica que en los grupos de bajos ingresos, la factibilidad de que las mujeres entren al mercado de trabajo está muy restringida por la familia y las responsabilidades del cuidado del hogar (NCRFW, 1995).

Encuestas recientes indican que las mujeres pobres entran al mercado laboral más temprano y trabajan en promedio más tiempo que sus hermanas con mayores ingresos. En 1990, de las mujeres de 15 a 18 años de edad 48% era parte de la fuerza de trabajo,

y sólo un promedio de 39% de todas las edades. Las de bajos ingresos toman cualquier trabajo que encuentran, por lo general arduo y mal pagado; desempeñan, hacinadas, labores que asemejan sus papeles reproductivos tradicionales; sólo 1% consigue trabajos profesionales y técnicos, comparado con 11% en el país, mientras que 37% trabaja para la familia sin remuneración alguna, comparado con el promedio nacional de 23%. Dos terceras partes de quienes desempeñan actividades de compraventa en la economía informal son mujeres, que también participan en el porcentaje de 56% de las personas que trabajan en servicios a la comunidad (NCRFW, 1995).

La mano de obra femenina es cada vez más esencial para la economía de exportación, que depende en buena medida de la manufactura de prendas de vestir y aparatos electrónicos; un censo de 1988 mostró que las mujeres sobrepasaban en número a los varones en proporción de 4 a 1 en la industria de la ropa y de 3 a 1 en electrónicos. Debido a la subcontratación generalizada en estas industrias, gran parte del trabajo lo realizan estas mujeres pobres desde sus hogares: mientras que esto les permite combinar las responsabilidades de la familia y la casa con actividades generadoras de ingresos, también perpetúa el mito de que las que trabajan en su domicilio son amas de casa que ganan un poco de dinero extraordinario para sus gastos.

En las áreas rurales, donde viven siete de cada diez familias pobres, la lucha de las mujeres por asegurar la supervivencia de su familia se hace cada vez más difícil. Las campesinas comienzan a trabajar en la tierra desde los 15 años de edad, lo cual limita sus oportunidades de recibir alguna educación. Aunque las estadísticas oficiales ignoran su participación en la agricultura y la pesca, un análisis reciente de los sistemas de producción de alimentos en Luzon Central documenta que las mujeres realizan 75% de las actividades relacionadas con la producción de arroz (Bautista y Dungo, 1987). Al mismo tiempo, la política que alienta la producción de cultivos con pagos inmediatos, hace que la tierra dedicada a los cultivos de subsistencia sea cada vez más escasa, ocasionando así la reducción local de alimentos y poniendo en peligro la nutrición y la salud de las familias pobres. El Instituto de Investigación de Alimentos y Nutrición realizó una encuesta en 1993 que indica que la desnutrición acecha a los preescolares y a los niños mayores, a las mujeres em-

barazadas, a los trabajadores agrícolas de temporada y a los pescadores. Como resultado de todo esto, las mujeres buscan trabajo cada vez más en las áreas urbanas; dos de cada tres migrantes a las zonas urbanas más grandes son mujeres (NCRFW, 1995).⁵ En las ciudades, la mayoría de las mujeres inmigrantes encuentra trabajo como trabajadoras domésticas, mientras que otras —en especial las solteras jóvenes— se emplean en las zonas de procesamiento para exportación o entran en la llamada industria del entretenimiento. Una nueva y floreciente industria del sexo ha acompañado el desarrollo de negocios extranjeros; las mujeres que alguna vez criaron puercos para comprar arroz, ahora van a bailar en los centros nocturnos de la ciudad, y de ahí ingresan a la industria del sexo, que ha propiciado el contagio acelerado del VIH-sida (Richburg, 1995).⁶

Las tipificaciones de género en el mercado laboral también limitan las ocupaciones de las mujeres de clase media. En 1992 ellas predominaban en los campos médico, dental, de la salud y veterinario, mientras los varones lo hacían en el transporte, almacenamiento y depósito. A pesar de la apertura de espacios en los trabajos de oficina y en ventas, los sueldos que percibían las mujeres eran menos de la mitad por las mismas actividades que desempeñaban los varones (NSO, 1992). Los puestos de liderazgo en todos los campos están dominados por varones, pese a que los logros educativos de las mujeres son superiores.

En general, los filipinos reciben una buena educación en comparación con la de sus vecinos asiáticos; la mayoría de los niños termina la escuela primaria, y los de las áreas urbanas generalmente terminan la secundaria. Las tasas de alfabetismo de los adultos y los porcentajes de matriculación fueron muy cercanos a los

⁵ El alto desempleo urbano ha obligado a muchas mujeres a dejar el país. Para 1994 formaban 60% de la fuerza de trabajo empleada en el extranjero. Desempeñaban principalmente labores de domésticas y animadoras; se les obliga a trabajar durante muchas horas y son objeto de abuso sexual (CNPWF, 1995).

⁶ En ambas ocupaciones son objeto de abusos frecuentes. Tuvieron gran publicidad los casos de dos domésticas filipinas, una acusada y ejecutada en Singapur por asesinar a un niño que estaba a su cuidado, y la otra en los Emiratos Árabes Unidos, que asesinó a su patrón por haberla violado. Son muestra de un problema generalizado. Un estudio de las mujeres animadoras o anfitrionas en dos ciudades filipinas mostró que 22% de ellas sufría violencia sexual (POPCOM, 1994: 14).

TABLA VII.1
 Indicadores demográficos nacionales, 1995

<i>Indicador</i>	<i>Nacional</i>	<i>Urbano</i>	<i>Rural</i>
Tasa de alfabetismo de las mujeres	94		
Mujeres como porcentaje de la fuerza de trabajo no agrícola	40		
Tasa total de fecundidad	4.1	3.5	4.8
Tasa de mortalidad materna (por cada 100 000 nacimientos)	280		
Tasa de mortalidad infantil (por cada 1 000 nacimientos)	43	32	44

Fuente: *Perfil del País: Filipinas*, Population Reference Bureau (1996), Phillipines, Washington, DC, 1996; UNDP, 1996.

de los países desarrollados en 1993 (UNDP, 1996). Tal vez sea más sorprendente que la educación de las mujeres haya ido a la par o sobrepasado la de los varones, pues ellas representan 59% de los graduados de las universidades y 60% de los posgraduados (UNDP, 1996; NSO, 1989). Sin embargo, en las comunidades indígenas y musulmanas, donde la educación y el alfabetismo están rezagados respecto al resto de la nación, la brecha de género es mayor (Evio-ta, 1993). Además, mientras la cantidad de inscripciones a las escuelas primarias es muy alta, más de una tercera parte de los estudiantes no asiste a la escuela secundaria (Filipinas DECS, 1995). En las comunidades pobres, pocos niños o niñas se gradúan de la secundaria (UNDP, 1996). Los niños mayores dejan la escuela ya sea para ayudar con el trabajo y los deberes de la casa o para trabajar y complementar el ingreso familiar.

A pesar del incremento del empleo y las oportunidades de educación, las mujeres de todas las clases todavía están atrapadas por los valores familiares y religiosos tradicionales de la sociedad, que refuerzan las escuelas y los medios de comunicación, así como la Iglesia católica. Por lo general la sociedad sigue considerando que el hogar es el dominio principal de las mujeres y la maternidad su razón de ser. La mujer lleva sola la responsabilidad del cuidado y bienestar de los miembros de la familia; no sólo proporciona servi-

cios reproductivos y sociales como cuidar del esposo, l@s hij@s y los ancianos, también asume las responsabilidades de asegurar el alimento en el hogar y encargarse de la planificación familiar.

El modelo patriarcal de la familia, que consta de un hombre y una mujer casados y sus hij@s, permea a la sociedad filipina, ocupando un lugar central en la vida de las mujeres. La familia es el lugar donde ellas se impregnan de las normas y los valores sociales. Como tal, es el esquema dentro del cual se determinan el potencial y las limitaciones a la autorrealización personal. Incluso, pese a que un número creciente de mujeres ingresa al mercado de trabajo, todavía se considera que los varones son los principales proveedores y los jefes de la familia. El sistema legal refuerza este modelo de familia tradicional al prohibir el divorcio y no reconocer la existencia de la violencia doméstica, ni sancionar la violación dentro del matrimonio como un delito. Mientras que el recién promulgado Código Familiar permite la separación legal, la necesidad de recursos financieros y legales para realizarla, en la práctica hace privativa esta opción de las clases media y alta. Además, una cláusula del Código que protege el derecho de las mujeres a trabajar es de poca utilidad para las numerosas pobres que no tienen acceso a las guarderías. El Código Civil —que se encuentra en revisión— define la violación no como un delito en contra de la persona, sino en contra de la “castidad”; dada esta definición, es inconcebible que se pueda cometer una violación entre esposos dentro del matrimonio.⁷

LA SALUD DE LAS MUJERES

La creciente responsabilidad de las mujeres de trabajar fuera y dentro del hogar cobra un precio alto en cuanto a su salud en ge-

⁷ El Senado ha aprobado un proyecto de ley parlamentaria de enmienda del Código de Derecho Civil que considera la violación como un crimen contra la persona, pero se ha estancado en el Congreso, que rechaza la inclusión de la violación matrimonial. Dos proyectos de ley parlamentaria que reconocen el abuso doméstico como un crimen se encuentran en la actualidad ante el Congreso, pero en ambos se requiere que la víctima presente pruebas de que ha sido golpeada por lo menos en dos ocasiones durante el año.

neral y a la reproductiva en particular. La gente pobre no puede darse el lujo de enfermarse; sufren de desnutrición y enfermedades respiratorias crónicas, que van desde la tos persistente hasta la neumonía y la tuberculosis. El impacto de la pobreza se refleja en el hecho de que en 1993, 44% de las mujeres embarazadas tenía anemia, con frecuencia agravada por la tuberculosis, la malaria o la hepatitis, y 70% de los niños menores de seis años tenía deficiencia de hierro (POPCOM, 1994; Aslam, 1993). La tuberculosis es un problema de salud mayor y de magnitud nacional; su incidencia rebasaba 30% de 1993 a 1995, y el Departamento de Salud estima que casi uno de cada tres filipinos podría estar infectado (Philippines DOH, 1995). Además, la mayoría de las víctimas de tuberculosis son mujeres; su susceptibilidad aumenta debido al exceso de trabajo, fatiga, procreación frecuente y falta de nutrientes (Philippines DOH, 1991).⁸

El embarazo y la maternidad siguen siendo la causa principal de muerte entre las filipinas. Mientras la Encuesta Demográfica Nacional estima que 209 mujeres fallecieron por cada 100 000 nacimientos durante 1987-1993, ligeramente menos que las 213 que se presentaron entre 1980-1986, algunos estimados son mucho más altos; la PNUD calcula la razón de mortalidad materna en Filipinas en 280 por cada 100 000 nacimientos durante 1993 (UNDP, 1996). Según un estudio, entre cinco y seis mujeres fallecían diariamente por causas relacionadas con el embarazo (NCRFW, 1995). Las jóvenes son especialmente vulnerables: entre las madres menores de 15 años hubo tres muertes por cada cuatro nacimientos vivos en 1989 (NSO, 1994a).

Los embarazos que terminaron en abortos representaron 10% de las muertes maternas en 1989 (Philippines NSO, 1991). Mientras que no está claro cuántos de estos decesos fueron resultado de abortos inducidos, algunas estadísticas de la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Filipina (que no fueron publicadas) indicaron que 24% de las muertes reportadas por 78 hospitales se debieron a abortos inducidos (Aslam, 1993). En este sentido cabe aclarar que aunque el abor-

⁸ Filipinas también tiene la incidencia de cáncer de mama más alta, lo cual instó a la Organización Mundial de la Salud a realizar una campaña de descubrimiento temprano (WHO, 1997).

to es ilegal, se practica ampliamente y por lo regular en condiciones insalubres y sin cuidados médicos apropiados. Se estima que cada año alrededor de 80 000 mujeres son tratadas en hospitales por complicaciones debido a abortos inducidos, y que aproximadamente 400 000 abortos ocurren anualmente en Filipinas (Singh *et al.*, 1997). La tasa de mortalidad infantil, aunque de alguna manera es alta en la región (sólo Indonesia tiene una tasa más alta entre los países de Asia del Sur), ha mejorado con mayor rapidez que la materna, pues ha descendido de 54% por cada 1 000 nacimientos en el periodo 1985-1990 a 43 en 1993 (UNDP, 1996). Un importante número de estas muertes es consecuencia del bajo peso al nacer y de otras enfermedades que resultan de la desnutrición o enfermedades maternas.

La mortalidad infantil y la materna también son consecuencia de los inadecuados servicios médicos. Mientras que una Encuesta de Maternidad Segura mostró que 84% de las mujeres embarazadas recibió atención prenatal al visitar a un médico, una enfermera o una partera por lo menos alguna vez, sólo 32% recibió cuidados postparto (Philippines NSO, 1994b). Tanto los servicios de salud privados como los públicos son inadecuados: en 1990 había 12.6 camas por cada 10 000 personas, un médico por 6 656 pacientes y una partera por cada 5 184 (WHO, 1995). En 1993, de todos los nacimientos 22% fue atendido por un médico, 35% por una partera capacitada y 52% por una partera tradicional, o *hilot*, y casi 70% de ellos fueron atendidos en la casa (Philippines NSO, 1994b). El cuidado varía según la región: en el área de Metro Manila, 60% de los nacimientos fue atendido por un médico y sólo 10% por una *hilot*, mientras que en ocho de las otras 14 regiones, más de 50% fue atendido por una *hilot* (Philippines DOH, 1991). Mientras que a las mujeres empleadas en sectores formales se les conceden 60 días de permiso por maternidad, las ocupadas en el sector informal, al igual que las que trabajan con diversos arreglos contractuales regresan a trabajar inmediatamente después del parto.

POLÍTICA NACIONAL DE POBLACIÓN

La razón principal de la alta incidencia de mortalidad materna es el alto y creciente número de embarazos (POPCOM, 1994). La tasa de

crecimiento de la población sigue siendo la más alta en el sureste de Asia: la tasa total de fecundidad es de 4.1, aunque ha disminuido desde casi 6 registrada a principios de los años setenta. Tal merma refleja diversos factores, entre los que se incluyen el aumento de la mano de obra femenina, y en cierto modo el matrimonio a una edad mayor, junto con un compromiso gubernamental —que comenzó en 1969—, para hacer de la planificación familiar parte integral de las políticas de desarrollo. Todo ello se ubica fundamentalmente en el contexto de las presiones del Fondo Monetario Internacional y a pesar de la oposición de la Iglesia católica. La política de población inicialmente sólo se preocupaba por reducir los índices de fecundidad, sin embargo para mediados de los años ochenta se incorporó el cuidado de la salud básica y la salud materna e infantil. Entonces la Política Nacional de Población se ocupó de asuntos “más allá de la reducción de la fecundidad”, como la formación de la familia, la posición social de la mujer, la salud materna e infantil, la urbanización y la migración interna e internacional. En 1990 se estableció el Programa de Planificación Familiar Filipina para hacer factible estas metas (UNICEF, 1992; POPCOM, 1994).

Sin embargo, a la fecha ha habido muy poco cambio en la situación de la salud materna e infantil: un estudio reciente muestra que Filipinas se encuentra rezagada respecto a otros países de la región que están en rangos comparables de desarrollo —particularmente Indonesia y Tailandia— en cuanto a la reducción de la fecundidad (APPRR, 1995). Dicho estudio concluyó que la razón principal de la ineficacia de las políticas de población es la fuerte oposición de la Iglesia católica. El número de mujeres que dicen querer limitar o espaciar los nacimientos pero que no están utilizando anticonceptivos sigue siendo alto; los embarazos deseados estuvieron 29% por debajo de los nacimientos reales en 1988-1991, en comparación con 24% en Indonesia y 17% en Tailandia (APPRR, 1995). Mientras una Encuesta Demográfica Nacional (Philippines NSO, 1994a) demostró que 89% de las mujeres sabía donde conseguir por lo menos un tipo de anticonceptivo (casi 90% sabía donde conseguir la píldora, y más de 80% sabía dónde obtener el DIU o los condones), sólo 40% informó estar utilizando actualmente alguna forma de anticoncepción. Además, como resultado de las presiones de la Iglesia, hasta 1993 el gobierno apoyó sólo los mé-

todos naturales o tradicionales —como se les conoce— de anticoncepción, tales como el retiro o la abstinencia.

La Encuesta de Maternidad Segura de 1993 encontró que sólo 25% de las mujeres casadas encuestadas utilizaba un método anticonceptivo moderno; de ellas 48% afirmó que nunca había utilizado dichos métodos. Los métodos que más comúnmente se usan son: la esterilización femenina (11.9%), la píldora (8.5%), el retiro (7.4%) y la abstinencia (7.3%); sin embargo, casi 30% de las mujeres encuestadas había empleado la píldora en algún momento. Sólo 3% estaba usando el DIU y 1% utilizaba el condón.⁹ Las razones principales para no emplear anticonceptivos, además del deseo de tener otro hijo o por ser estériles, eran el contacto sexual poco frecuente (23.5%) y el miedo a los efectos secundarios (19.5%); sólo 4.5% mencionó la “religión”. El aborto, que es ilegal excepto cuando se trata de salvar la vida de la mujer, no es considerado como método de planificación familiar. Sin embargo, de 25% que admitió haber tenido un embarazo no deseado, 5% dijo que había tenido un aborto; 14% reconoció que había tratado de abortar pero había fallado, y 4% trató de hacer que volviera a aparecer su menstruación en diferentes formas.

Mientras que el gobierno apoya los métodos anticonceptivos modernos al igual que los tradicionales, la Iglesia católica se ha pronunciado en contra de esta política, y no está claro cuánto ha mejorado el acceso a ellos. La Encuesta de Planificación Familiar de 1995 indicó que la planificación familiar tradicional aún es la más popular entre las mujeres casadas; 19% utilizaba dichos métodos (Pérez, 1995). Como todas estas encuestas indican, las mujeres llevan la responsabilidad de la planificación familiar. Debido a las presiones de la Iglesia, los servicios de planificación familiar, como el cuidado materno e infantil, están disponibles sólo para las casadas.¹⁰

⁹ El mismo estudio encontró una correlación cercana entre el uso de anticonceptivos y el nivel de educación: más de 40% de las mujeres que completaron la secundaria o la universidad utilizaron anticonceptivos, 35% de las que tenían educación primaria y sólo 11% de las que no tenían educación.

¹⁰ Un ejemplo de lo que los partidarios de la salud reproductiva tienen que enfrentar es un proyecto de ley que está actualmente ante el Congreso, apoyado por el gobierno, para aumentar la pena máxima a las mujeres que se han provoca-

EL MOVIMIENTO POR LA SALUD DE LAS MUJERES FILIPINAS

La necesidad de mejorar la salud de las mujeres filipinas en general y la salud reproductiva en particular, especialmente de aquellas que viven en condiciones de pobreza, es una preocupación constante y urgente para los movimientos de mujeres. El movimiento contemporáneo surgió de la lucha contra la dictadura del presidente Ferdinand Marcos. Aunque incipiente durante la mayor parte de los años setenta, cuando el movimiento construyó una amplia base social con campesin@s, trabajador@s, miembros de la clase urbana pobre, gente religiosa y profesional, a fines de los años ochenta la creciente conciencia feminista inspiró la formación de diversos grupos. Éstos incluían el Kilusan ng Kababaihang Pilipina (Pilipina), el Centro para Recursos de Mujeres (CRM), y Katipunan ng Kalayaan para sa Kababaihang (Kalayaan), que estuvieron de acuerdo en que los problemas que enfrentaban las mujeres sólo serían resueltos en forma adecuada cuando ellas crearan su propio espacio político.¹¹

Para el año de 1983, con el asesinato del senador Benigno Aquino, las organizaciones de mujeres irrumpieron en la escena política cuando organizaron su primera manifestación en contra del régimen marcial; casi 10 000 participaron en la protesta del 28 de octubre. En marzo del siguiente año se llevó a cabo una Conferencia Nacional de Mujeres y se logró una gran coalición de grupos feministas que más tarde fue conocida como Gabriela; allí se trataron diferentes temas relacionados con asuntos nacionales, de raza, género y clase.

Después de la elección de Corazón Aquino en 1984, como muestra de unidad, los grupos de mujeres presentaron a la Nueva Comisión Constitucional una serie de planteamientos sobre los derechos de las mujeres, pero evitaron tocar temas controversiales como el divorcio y el aborto. Irónicamente, la propuesta de la Iglesia católica, con el apoyo de personalidades filipinas Provida, introdujo

do abortos (y a los médicos que los realicen) a cadena perpetua o a la muerte (Easton, 1997).

¹¹ Un grupo progresista, Samakana, movilizó a mujeres urbanas pobres para conseguir vivienda, agua y electricidad, guarderías infantiles y otros servicios.

en el borrador constitucional la frase “derecho a la vida del óvulo fertilizado”, que obligó a las mujeres a abordar el tema del aborto. Aunque los grupos feministas no estaban aún listos para tomar una posición frente al tema, algunas mujeres a título personal lanzaron una campaña de petición en la que solicitaban a la comisión que eliminara la frase “derecho a la vida del nonato”, aduciendo que el medio cultural y social desfavorable a las mujeres había acaallado sus voces de manera efectiva y que dicha medida era discriminatoria de aquellas que carecían de educación y recursos para acceder a servicios médicos seguros. Más tarde Gabriela organizó una campaña para crear un lazo entre los grupos de mujeres y las ONG que trabajaban en temas de salud y planificación familiar, para así presionar a la Comisión Constitucional a que impulsara los asuntos relacionados con los derechos de la mujer.

A pesar de que la medida se reescribió para quedar: “El Estado proporcionará igual protección a la madre y al nonato desde el momento de la concepción”, la victoria se inclinó más hacia el lado de la Iglesia que al de las mujeres. Como resultado, éstas adoptaron un concepto más amplio de derechos humanos para poner énfasis en la salud de la mujer como un indicador de su posición social. Luego entonces, si estaban enfermas y no había servicios de salud era debido a su posición inferior y a la falta de control en su reproducción y sexualidad. La fusión que se hizo sobre la salud de las mujeres y los asuntos de salud general añadió un nuevo y excitante elemento al movimiento de mujeres: la salud reproductiva de la mujer, o para ser más exactos, el derecho de la mujer a la autodeterminación reproductiva, se convirtió en un área estratégica para su defensa.

La Iglesia católica solicitó a la presidenta Corazón Aquino, católica devota, que emitiera una orden ejecutiva que prohibiera el uso de fondos gubernamentales para promover cualquier método de planificación familiar que no fuese natural. Nuevamente las mujeres se movilizaron y demandaron sesiones públicas. Mientras la orden no fue emitida, la amenaza impidió que éstas defendieran de manera más sostenida y activa sus derechos reproductivos. Kalayaan trató de extender el discurso y la defensa feministas para incluir la autodeterminación sexual y reproductiva. Algunos grupos progresistas, incluyendo el Centro de Recursos e Investigación de la Mu-

jer (CRIM), Katipunan ng Bagon Pilipina (Kabapil), el Círculo de Medios de Comunicación de la Mujer (CMCM), el CRM y Pilipina, hicieron de los derechos reproductivos un componente esencial en su propio trabajo de defensoría. La red informal que surgió durante los debates constitucionales se formalizó con el establecimiento de Mujer y Salud de Pilipinas, cuya misión se enfocó en acrecentar el progreso de la autodeterminación reproductiva.

En noviembre de 1990 estos grupos, junto con Gabriela, fueron anfitriones de la Sexta Reunión Internacional de la Mujer y la Salud (RIMS) que tuvo lugar en Manila. Debido a que era la primera vez que la reunión se realizaba en Asia, la Conferencia estaba obligada a mostrar una perspectiva asiática de las discusiones y a ajustar las perspectivas surgidas de las realidades históricas, socioeconómicas y políticas específicas de la región. Se dedicó una sesión plenaria a la(s) sexualidad(es), y allí se tocó por primera vez el tema de la sexualidad lésbica. Se debatió la posibilidad de poner en marcha una política de población feminista, así como la interrogante de cómo mantener la integridad feminista en las organizaciones establecidas.

La exposición al debate dentro del movimiento internacional de la salud femenina tuvo un impacto incalculable en el movimiento de salud local. Hubo una “explosión” de conciencia para tratar de ponerse al día con el mundo. En 1990, con la adopción del Programa de Planeación Familiar Filipina, se invitó a las mujeres a colaborar con el gobierno en la capacitación del personal de salud y planificación familiar, brindándoles una oportunidad para influir en la orientación del programa. Sin embargo, muchas temieron que esto las absorbiera en asuntos del gobierno, lo que oscurecería su misión primaria de organizar y reforzar la base colectiva del movimiento.¹² Como respuesta, varios grupos dedicados a temas de salud formaron la Alianza para la Salud de la Mujer, que apoyaba las actividades de educación y capacitación, investigación de políticas, servicios de salubridad sensibles a las cuestiones de género, y talleres relacionados con la salud y los derechos reproductivos de

¹² Después de invitar a las mujeres a proponer nominaciones para obtener membresías en los comités clave de la Secretaría Técnica del PFPF, el Departamento de Salud eligió sólo a unas cuantas, provocando un debate sobre quién debía elegir a l@s llamad@s expert@s.

la mujer de sus organizaciones integrantes. Además, los miembros de la alianza intentaron, no sin frustraciones, constituirse como una especie de fuerza de trabajo del Departamento de Salud para establecer un esquema de salud de las mujeres en los servicios de salubridad.

A principios de 1991 los grupos feministas convocaron a la Primera Conferencia Nacional sobre la Mujer y la Salud, donde se refirieron a los derechos reproductivos, violencia hacia las mujeres, aborto, sexualidad y lesbiandad. En 1994 muchos grupos feministas filipinos participaron en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en El Cairo, tanto en la conferencia oficial como en el Foro de ONG. A lo largo del proceso de El Cairo las filipinas denunciaron la falta de un contexto de fuerte desarrollo y solicitaron la creación de agendas que fueran más congruentes con las realidades de vida de las mujeres en países como Filipinas. Siguiendo con estas agendas ampliadas, su país fue anfitrión de una conferencia subregional que enfocó su atención en la violencia hacia las mujeres, la salud reproductiva y los problemas de las trabajadoras. De aquí emergió una red subregional, la Red de la Mujer y la Salud del Este y Sureste de Asia (Esea), cuyas oficinas principales se encuentran en Filipinas.

Conforme los grupos de mujeres se expandían, también lo hacían sus actividades, y se abordaban temas desde los derechos de las mujeres del campo a la tenencia de la tierra, hasta la salud y la autodeterminación reproductiva, o el desarrollo sostenido. Además, los grupos de mujeres filipinas colaboraron en la exitosa campaña para terminar con las bases militares de EU, se unieron a la coalición en contra de los pagos por los servicios de deuda externa que consume 40% del presupuesto nacional, y participaron en mítines de protesta en contra del descuido gubernamental hacia los trabajadores migrantes, en particular las mujeres. Pero algunas han comenzado a cuestionarse si las prioridades de las fundadoras están distorsionando los asuntos que realmente son más importantes para las mujeres y han cambiado la amplia visión transformadora en favor de proyectos más cerrados. En parte para abordar este asunto, los grupos de mujeres han comenzado a prestar mayor atención al libre comercio. En la reunión de Cooperación Económica de Asia y el Pacífico (CEAP) de 1996, realizada en Filipinas, los gru-

pos de mujeres se opusieron al propósito gubernamental de acelerar la reducción de las tarifas arancelarias e impulsaron estrategias alternativas. Además, vincularon la salud sexual y reproductiva y los derechos a una lucha económica y política más amplia, y se advirtió que la salud y el bienestar de las mujeres y los niños sufrirá al volver la mano de obra eventual, debido a la pérdida concomitante de los beneficios de la seguridad laboral y social.

FAMILIAS POBRES EN TRES COMUNIDADES

La pobreza sigue a las mujeres del campo hasta la ciudad, donde luchan por mantener a sus familias. Dentro del *barangay* de Bagbag, con casi 56 000 habitantes en condiciones de pobreza, en dos vecindarios, Wings y Abbey Road, se asientan los hogares de 8 000 personas, todos inmigrantes, principalmente de Luzon y las islas centrales. Las familias suelen habitar en casas hechas de madera y hierro viejo de un piso, muchas de las cuales están divididas en habitaciones, y los cuartos disponibles se rentan a los inmigrantes. Pocas casas alojan a familias grandes; por tanto se obliga a los hijos casados a cambiarse de casa. Muchas familias obtienen electricidad al “colgarse” de los cables de los parientes; algunas todavía van a los pozos por agua, aunque tienen que hacer fila desde cerca de las cuatro de la mañana para conseguir este escaso recurso.

Bagbag tiene una escuela primaria, donde 38 maestros imparten clases a 2 000 alumnos; una escuela cercana puede alojar a otros 2 000. Entre la generación de mayor edad, pocos llegan a sobrepasar el cuarto grado; sin embargo, por lo general sus hijos han concluido la educación primaria; alrededor de 20% de la población más joven ha terminado la secundaria. Los empleos disponibles requieren poca capacitación; muchos de los hombres trabajan en las fábricas cercanas; otros son pintores de casas, conductores, vendedores, peones, etc. Todos ganan sueldos muy bajos.

Las mujeres en Bagbag venden diversos productos, desde plátanos fritos hasta boletos de apuestas, ya sea en su casa o en el mercado; otras cosen ropa en sus casas, cocinan o lavan trastes en algún restaurante. Además, algunas son jornaleras en la fábrica de ropa cercana, mientras que muchas van a una área colindante a

trabajar lavando ropa. Aun así, todas se quejan de que aunque se rompen la espalda trabajando, terminan pidiéndole prestado a sus parientes o vecinos.

Las aldeas que son abandonadas por las mujeres caen en el desaliento como la aldea de pescadores de Rama y la aldea agrícola de Tabi. La primera, que en 1990 contaba con una población de 1 200 habitantes, está a 19 km en bote del pueblo de Catbalogan en el estado de Samar Occidental, donde la tasa de pobreza era de 61% en 1990, cuando la nacional era de 50%. Embarcaciones viejas viajan entre las islas, a menudo les toma casi tres horas y son la única conexión con el mundo exterior. Las casas se construyen en pequeñas áreas de tierra plana que hay entre el río y el mar. Aunque los residentes tienen electricidad desde principios de los años noventa, aún obtienen el agua de manantiales, que suelen estar secos en las temporadas de estiaje.

La mayoría de las familias depende de la pesca para la obtención de ingresos y la subsistencia; actualmente las amenaza la sobrepesca. Aunque en su mayoría son los varones quienes se dedican a esta actividad, a menudo las mujeres los acompañan y muchas pescan por sí mismas. El pescado se le vende a los comerciantes en Rama, quienes lo transportan a Catbalogan. El ingreso promedio por concepto de pesca es de alrededor de 4 200 pesos filipinos por año (menos de 200 dólares de EU), suficiente sólo para cubrir la alimentación y las necesidades básicas; cuando la pesca no deja lo necesario, las familias se ven obligadas a comer sólo tubérculos. La actividad pesquera está organizada conforme a un sistema de parentesco; de ahí que cuando los comerciantes piden dinero prestado para emergencias, sólo lo hacen a sus parientes.

Muchas mujeres reúnen mariscos para venderlos a los comerciantes. Otras crían cerdos y cabras, trabajan en granjas y cosen ropa para sacar algún dinero, o cocinan bocadillos para venderlos en la aldea. Muchas jóvenes trabajan como domésticas en el pueblo u otros centros urbanos. A los niños se les envía a trabajar en junio, cuando comienza la temporada de monzones, y regresan en enero. Antes de 1957 sólo había un maestro para todos los niños de Rama, y apenas desde 1960 cuentan con una escuela primaria completa. En la actualidad la mayoría de los maestros viaja de la casa al trabajo: llegan el lunes y se van el viernes, por lo que sólo

enseñan tres días a la semana. La secundaria más cercana se encuentra en Catbalogan.

Tabi se localiza en la región Bicol, en la punta sureste de la isla Luzon; es uno de los 36 *barangays* del pueblo de Gubat, el cual también tiene seis *barangays* urbanos. Sus productos principales son el arroz y el coco, que cultivan los parceleros y un creciente número de trabajadores agrícolas que no poseen tierras. Los cultivos se han visto afectados por las crecientes sequías e inundaciones, tal vez ocasionadas por la tala intensa en las montañas cercanas, y porque la región fue devastada por tres huracanes entre 1993 y 1994. Como resultado, muchos varones también trabajan como cargadores, peones o choferes en Gubat. Las mujeres se emplean lavando ropa o cuidando niños en el pueblo.

Tabi tiene seis vecindarios y contaba con alrededor de 1 505 residentes en 1991, pero la mayoría de las personas viven en el Sentro, que es uno de los pocos lugares que cuentan con electricidad y agua. El ingreso familiar promedio está por debajo de la línea de pobreza, aunque la dieta familiar se complementa con cultivos caseros. Ya que la agricultura se vuelve cada vez más incierta, tanto varones como mujeres buscan trabajo en Metro Manila, donde ellas trabajan como niñeras, vendedoras, cocineras o en fábricas de ropa.

En los tres *barangay* estudiados, la mujer desempeña todas las faenas del hogar: después de trabajar en uno o más empleos, todavía tiene que llegar a casa a lavar ropa, cocinar, cuidar a l@s hij@s, hacer la limpieza, buscar agua e incluso hacer reparaciones de plomería. A los varones se les sigue considerando como proveedores, aunque estén desempleados. Ellos no se encargan de ninguna labor doméstica, ni se espera que lo hagan. En Rama se estima que los varones pasan entre ocho y nueve horas del día en la producción, y las mujeres de siete a ocho horas. Sin embargo, ellas trabajan de nueve a 10 horas más en las labores de la casa y la reproducción, mientras los hombres sólo les dedican tres horas. Para l@s niñ@s es diferente: se espera que tanto los niños como las niñas realicen labores domésticas, y por lo general comienzan a hacer las tareas cuando cumplen 10 años de edad.

Los servicios de salubridad y planificación familiar están más allá del alcance de las filipinas de escasos recursos. En las áreas urbanas tanto las familias de bajos ingresos como las de clase media

acuden a centros de salud pública inadecuadamente provistos y con personal mal capacitado. Ellas son las responsables de solventar todos los gastos, como medicinas, análisis de laboratorio, etc. En Bagbag, donde muchas personas no pueden pagar las clínicas privadas, la parroquia local funciona como dispensario médico y dental gratuito cuatro veces al año. También existe un centro de salud, conocido como Kalinga sa Kaluungan ng Kababihan (Asistencia para la Salud de la Mujer), en el cual un médico, una enfermera y cinco trabajadores en el área de la salud atienden a los pacientes los fines de semana. Los grupos de mujeres también son activos; por ejemplo, una organización puso en marcha un programa para servir comidas a l@s niñ@s de Abbey Road; este programa contó con el patrocinio de la asistencia privada debido a que casi 50% de l@s niñ@s de seis a 11 años estaba desnutrido. Sin embargo, la mayoría de las madres no declararon estar enfermas, argumentando que no pueden pagar los servicios de asistencia médica; sólo cuando su enfermedad era muy seria —por ejemplo, tuberculosis— iban al médico o a un centro de salud público. Las mujeres no consideran que su salud sea prioritaria; de ahí que pocas aprovechen los servicios de planificación familiar, excepto en emergencias. Explican que no tienen tiempo para ir a los centros de salud, principalmente porque deben realizar el trabajo de la casa.

Por lo general, en las áreas rurales los servicios de salubridad se hallan en el centro del pueblo. Rama comparte una estación de salud en Catbalogan con otros tres *barangays*; tiene una partera, tres especialistas en nutrición y diez trabajadoras de la salud, todas mujeres; una partera local explica que 80% de los pacientes son niños y el resto hombres adultos. Por medio de la partera las mujeres pueden obtener píldoras anticonceptivas; sin embargo, las parteras no tienen permitido colocar DIU y esta partera, particularmente, no apoya el programa de planificación familiar del gobierno porque es una católica devota.

ARTICULANDO SANAS: VOCES DE LAS MUJERES

La expresión de los derechos del grueso de las mujeres filipinas refleja su falta de poder en la sociedad. Abrumadas por la pobreza

que las priva de educación y les restringe movilidad social, nacidas dentro de la cultura católica y educadas en la tradición de la división sexual del trabajo, enfrentan grandes obstáculos que les impiden afirmar lo que consideran conveniente para ellas. Con frecuencia su sentido del derecho surge en conversaciones privadas, en particular entre madres e hijas. También sólo a veces se advierten sus esfuerzos por forjarse un espacio para sí mismas y ampliar sus derechos dentro de la comunidad y el hogar. Cuando hablan de su vida resulta evidente que tienen un sentido muy claro de lo que son sus derechos; sin embargo, los expresan conforme a las normas que aprendieron mientras crecían, dentro del contexto de sus relaciones sociales. A menudo esto toma la forma de un discurso de los derechos que comienza con la palabra *sana* (desearía que). En *sana* uno encuentra una afirmación de lo que debería ser en una posibilidad hipotética para la situación actual de las mujeres. El *sana* es una afirmación de apropiación privada, muchas veces no articulada, en claro contraste con la afirmación de derechos pública, formal, tradicional, que generalmente expone la gente educada en los documentos públicos.

Educación y juventud

En todas nuestras entrevistadas advertimos que sus aspiraciones como mujeres estaban ya esquematizadas para cuando entraron a la *dalaga*. Una traducción aproximada de *dalaga* sería “adolescencia”, pero para aquellas que se encuentran en condiciones de pobreza significa comenzar a trabajar, y a veces también matrimonio temprano. Como se muestra en la tabla VII.2, sólo dos de las entrevistadas llegaron a la universidad; ninguna terminó sus estudios. Más de la mitad había cursado sólo seis años o menos de educación formal. Esta imagen ha mejorado para las generaciones más jóvenes: mientras que 11 de 14 mujeres de la generación de madres habían estudiado seis años o menos y sólo tres habían llegado hasta la secundaria, nueve del grupo más joven habían alcanzado estudios secundarios o superiores y cinco sólo la primaria. Sin embargo es difícil medir este progreso. En realidad sólo cuatro habían concluido la secundaria, que es el requerimiento educacional

TABLA VII.2
 Mujeres entrevistadas

Rama						
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Educación</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Trabajo fuera del hogar</i>	<i>Número de hijos*</i>	<i>Método de control de la natalidad</i>
Madres						
Divina	59	2 años de secundaria	Casada	Tienda de saldos	11 (8)	Menopausia
Didi	43	6 años de primaria	Casada	Lavandera	11	Evita el sexo
Terya	60	5 años de primaria	Casada	Cría puercos	14 (7)	Menopausia
Pining	49	5 años de primaria	Casada	Vendedora	10	Evita el sexo
Hijas						
Lucy	38	1 año de secundaria	Casada	Vendedora	9 (8)	Evita el sexo
Madel	22	5 años de primaria	Casada	Cría puercos	1	Embarazada
Rona	31	4 años de primaria	Casada	Vende comida	4	Embarazada
Laida	24	6 años de primaria	Casada	Cría puercos	3	Embarazada
Madres						
Dada	61	5 años de primaria	Unión libre	Ninguno	19 (13)	Menopausia
Isabel	42	2 años de secundaria	Casada	Trabajadora	8	Ritmo natural
Clara	55	4 años de primaria	Unión libre	Ninguno	8	Menopausia
Fátima	37	6 años de primaria	Casada	Ninguno	9 (4)	Ritmo natural

TABLA VII.2 (conclusión)

Bagbag						
<i>Nombre</i>	<i>Edad</i>	<i>Educación</i>	<i>Estado civil</i>	<i>Trabajo fuera del hogar</i>	<i>Número de hijos*</i>	<i>Método de control de la natalidad</i>
Ana	46	3 años de secundaria	Casada	Tienda de varios	5	Ninguno
Hijas						
Jean	29	4 años de primaria	Unión libre	Lavandera	3	Retiro
Marla	22		Unión libre		2	Embarazada
Cecilia	31	4 años de primaria	Casada	Vende comida	4	Embarazada
Daisy	18	3 años de secundaria	Casada		1	Abstinencia**
Maricar	22	2 años de secundaria	Unión libre	Ninguna	3	Ninguno
Madres						
Tonyang	46	6 años de primaria	Casada	Cría puercos	7	Ninguno
Minia	55	6 años de primaria	Casada	Cría puercos	7	Menopausia
Bayson	62	6 años de primaria	Casada	Ayuda con la granja	11 (10)	Menopausia
Alice	72	3 años de primaria	Viuda	Granjera	4 (3)	Menopausia
Tasing	45	6 años de primaria	Casada	Tienda de varios Salón de billar Granjera	15 (14)	Retiro

Tabi						
Hijas						
Lina	21	3 años de secundaria	Casada	Cría puercos Prestamista	1	Ovulación
Leila	34	½ año de secundaria	Casada	Ayuda con la granja	3	Retiro
Ludy	26	2 años de secundaria	Unión libre	Ninguno	2	No está menstruando
Tisay	40	3 años de universidad	Separada	Asistente administrativo	6	Ninguno
Julia	27	2 años de universidad	Casada	Ninguno	2	Píldora

* Las cifras que se presentan entre paréntesis corresponden a los hijos vivos.

** Acaba de dar a luz.

mínimo para tener posibilidades de acceso a algún trabajo en la mayoría de las fábricas en Filipinas.

Las entrevistadas mencionaron que por falta de recursos no pudieron continuar con sus estudios. En Rama todas las jóvenes estaban obligadas a dejar la escuela y trabajar como sirvientas tan pronto como terminaran la escuela primaria, y algunas incluso antes. En Bagbag, Dada y su hija Jean mencionaron que se vieron forzadas a empezar a trabajar porque tenían much@s herman@s, a quienes sus padres no podían mantener en forma adecuada. Al igual que su madre, Jean aspiraba a concluir un curso vocacional, como modista; así no tendría que servir como trabajadora doméstica. Pero debido a que tenía que darle sus ingresos a la madre para cuidar a sus hermanos, no pudo concretar su sueño.

Minia quería permanecer en la escuela más allá del sexto grado; sin embargo decidió ir a Manila y trabajar como empleada doméstica: “No podía depender de mis padres. Tenía demasiados hermanos y por eso el ingreso nunca era suficiente.” Tasing, quien también terminó el sexto grado, explica:

Para quienes son pobres, era común convertirse en empleada doméstica tan pronto como tenía edad suficiente. Cuando algunas personas regresaban a casa de Metro Manila, traían noticias de oportunidades de trabajos allá. Por supuesto me fui con ellas y así pude comprar ropa. Si me hubiera quedado aquí no habría podido comprar las cosas que quería. Después de todo, cuando uno se hace señorita le gusta la ropa.

De las que lograron continuar con sus estudios, muchas se desviaron del camino y lo abandonaron. Lamentablemente, a pesar del deseo de que sus hij@s tengan mejor educación, en muchos casos las madres precipitaron su decisión de dejar la escuela. Laida, por ejemplo, se graduó primero de la primaria en Rama y quería convertirse en maestra. Una tía le ofreció enviarla a la escuela a cambio de que la ayudara con las labores del hogar, pero su madre rehusó: tenía miedo de que el esposo de la tía, quien supuestamente había violado a las primas de Laida, le hiciera lo mismo. Sin saber qué más podía hacer, Laida se encontró inesperadamente con un matrimonio cuando tenía 15 años de edad. De igual mo-

do, Lucy se estaba preparando para regresar a la secundaria después de unas vacaciones en casa cuando los regaños de su madre se hicieron insoportables. Ella explica: “Estaba muy confundida debido a los regaños. Mando y yo no éramos novios, pero en mi enojo decidí dejar la casa y me fugué con él. Él simplemente secundó mi decisión.”

Matrimonio: un compromiso de por vida

El matrimonio en Filipinas es una institución social sagrada; ello se refleja en el hecho de que el divorcio es ilegal. La idea de la inviolabilidad del matrimonio impregna a la sociedad filipina. Didi, una madre de 43 años de edad en Rama, le dijo a su madre: “Es mi destino. Si me hubieras enviado a la escuela, esto no habría pasado. Yo quería trabajar como empleada doméstica pero tú no me dejaste. No había otra opción más que casarme.” Lina, de sólo 21 años, muestra que este punto de vista pasa de una generación a otra: “El matrimonio significa aprender a vivir con un hombre por el resto de tu vida, nunca separarse.” A pesar del hecho de que muchas entrevistadas trabajaban antes de casarse, todas concuerdan en decir que las mujeres están irremediabilmente destinadas a contraer matrimonio e iniciar la maternidad. De entre nuestras participantes, casi todas estaban legalmente casadas, mientras que seis, principalmente de Bagbag, están unidas en concubinato. La mayoría sólo ha tenido una relación duradera, sin importar la generación.

Mientras que no todos los matrimonios (*pag-aasawa*) comienzan con una boda (*kasal*), la cual puede ser muy costosa y debe pagarla la familia del novio, a las personas que viven en concubinato se les considera casadas y ambos se pueden llamar entre sí *asawa* (esposo o esposa). De este modo las mujeres crecen esperando ejercer su derecho a casarse y tener familia. El matrimonio es la principal forma en que las mujeres pobres forjan una identidad social. Como revelan las historias de vida, las mujeres se casan porque es lo que se espera de ellas. Alice, de 72 años, recordó que su padre la sacó de la escuela diciendo: “Sólo es una niña; no hará ninguna carrera sino casarse.” En las historias de vida de nuestras entrevistadas siete habían participado en matrimonios arreglados, cinco

de las cuales pertenecían a la generación de las madres. La mayoría fue resultado del deseo de los padres de proteger la castidad de sus hijas. Ellas a su vez compartían la preocupación por la virginidad; así Leila, de Tabi, se fugó con el novio a pesar de la oposición del padre, porque había tenido relaciones sexuales con él. Isabel y su hija Ludy, que también viven en Tabi, se casaron después de que sus novios las engañaron para que pasaran una noche en sus casas. El embarazo y la violación fueron las causas posteriores. En Filipinas la violación no es considerada un crimen si el hombre ofrece casarse; de este modo la madre de Laida, Pining, quien temía que violaran a su hija, estuvo de joven a punto de ser casada con un muchacho que intentó violarla.

La mayor parte de nuestras participantes en las historias de vida había intentado forjar una identidad propia previa al matrimonio, ya fuera por medio del trabajo o siguiendo con su educación: una tercera parte de ellas vio el matrimonio como una forma de ser independientes de sus padres. Pero la mayoría, que se casó con la esperanza de que su suerte mejorara o para escapar del control de su madre, se decepcionó, ya que sus respectivos esposos tenían trabajos irregulares o con sueldos muy bajos. Además, el control paterno no termina con el matrimonio, pues la mayoría de nuestras participantes vive con o cerca de su familia o de sus suegros. La norma es vivir con la familia política debido a que se convierte en su responsabilidad darle refugio a la nueva pareja, aunque las entrevistadas más jóvenes nos hicieron saber que preferían vivir con su propia parentela, especialmente en Bagbag. Sin embargo es sorprendente que en las tres comunidades la edad promedio para casarse haya aumentado de la generación de las madres (18.1 años) a la de las hijas (20.4 años), lo cual refleja un cambio importante. Cecilia, una joven de Bagbag, argumentó que los tormentosos matrimonios de su madre y sus ocho hermanos fueron una razón de peso para que ella esperara hasta tener 26 años de edad para casarse.

Maternidad: “Eres responsable de una vida”

Nuestras entrevistadas afirmaron que una mujer se vuelve *ganap na bbae* (toda una mujer) sólo cuando ha tenido un bebé. Una par-

ticipante afirmó en la entrevista de validación: “Sólo cuando tienes un hijo has probado que realmente eres una madre.” Con el nacimiento del primer hijo, ella adquiere una nueva posición social; ha completado una parte del ciclo de vida —la niñez— y entrado a la siguiente, la maternidad y la edad adulta. Se puede entender el peso que tiene la maternidad con la expresión que a menudo se refiere a las madres: *Magalaga ka na ng buhay* (“Ahora eres responsable de una vida”).

Todas nuestras entrevistadas tuvieron su primer hijo casi inmediatamente después de casarse. Para ambas generaciones era impensable que una casada no tuviera deseos de quedar embarazada. Ludy, que acababa de tener a su segundo hijo, preguntó: “¿Por qué cuando una se casa debe sentir vergüenza de quedar embarazada?” La transición aparentemente fácil del matrimonio a la maternidad se puede explicar en parte por el hecho de que la mayoría se dedicó al trabajo reproductivo desde muy temprana edad, al realizar las labores domésticas y tener la responsabilidad de cuidar a sus herman@s más pequeños mientras sus madres se ganaban la vida fuera de casa. Al llegar a la edad adulta, las participantes de ambas generaciones también trabajaban como domésticas para ayudar financieramente a sus familias. Por lo general las madres estaban cerca de sus hijas durante los embarazos de éstas y en los momentos críticos en sus vidas de casadas. Por lo tanto, las mujeres definen la maternidad como un proceso de toda la vida, que está entretejido con sus destinos. De las 14 integrantes del grupo de la generación de madres, la mitad está cuidando a sus niet@s en forma permanente. Se ríen cuando se refieren al tema como “volver a tomar una materia” (como si repitieran un curso en la escuela).

La cultura y la tradición asignan los papeles de la procreación y la maternidad exclusivamente a las mujeres en la esfera privada; de ahí que éstas suelen criar solas a sus hij@s, con muy poca ayuda del gobierno y de la sociedad. Así, la maternidad consume gran parte de la vida adulta de muchas de ellas, y a la larga define quiénes son. Sin embargo, precisamente debido que estos roles son considerados vitales, representan espacios desde los cuales las mujeres pueden afirmar sus derechos. Si el sentido de identidad de las mujeres como individuos autónomos es más fuerte durante su

proceso de *dalaga*, perciben más claramente a qué tienen derecho durante el embarazo y la maternidad.

Así pues, el embarazo y la maternidad reúnen a las mujeres de ambos lados de la familia; son momentos en que madre e hija (o madre y nuera) experimentan un lazo especial. A veces la madre con su sola presencia proporciona la confianza y la fuerza que su hija necesita para enfrentar la maternidad. La experiencia de Tisay sobre los dolores del parto le recordó el dolor que le dio a Alice, su madre. Debido a este suceso especial, cuatro mujeres se reconciliaron con sus madres; Juli, quien había tenido problemas en su primer parto, no podía relajarse hasta que llegó Tasing, su madre, con quien había peleado tiempo atrás. Su alivio también puede estar conectado en parte a la creencia popular de que los nacimientos difíciles son causados por no poder perdonar o por tener conflictos sin solucionar, y que el nacimiento sólo podía facilitarse al contar con el perdón y la comprensión de la otra parte.

Las entrevistadas pensaron sobre la idea de crear vida nueva, lo cual pueden considerar inequívocamente como su propio logro, emocionante y desafiante. Minia, de 55 años de edad, comentó sobre su primer embarazo: “Es maravilloso ser madre al fin, con un hijo que ocupará mi atención. Se siente mejor que estar recién casada.” Bayson, de 60 y con 11 hij@s, recuerda su primer embarazo: “Ahora soy una madre. Comenzaré a experimentar todas las penas de una madre y lo acepto.” De este modo las entrevistadas acogen las noticias de sus embarazos con una especie de emociones mezcladas: la alegría de tener un hijo combinada con la aprensión por las nuevas responsabilidades y los cambios inevitables en sus vidas. Ludy, de 26 años de edad y con dos hijos, dice: “Está bien que una madre pueda bañarlo y cepillarle el cabello, pues los niños necesitan estar cuidados, de lo contrario tendrán hambre. Es obligación de la madre tener limpios a sus hijos aunque ella esté sucia.” Pero ninguna expresó arrepentimiento. Julia, de 27 años que vive en Tabi con una hija, recuerda principalmente experiencias trágicas de su pasado; dice: “Sólo recuerdo que estaba feliz cuando me hice madre.”

Las entrevistadas aceptan las cargas de la maternidad porque saben que es la fuente de su integridad y de sus logros. Una familia exitosa es reflejo de una mujer exitosa. Las madres también espe-

ran que sus hijos las ayuden cuando ellas envejezcan, no sólo con respaldo material sino con cuidados: “Habrá hijos en los que una se podrá apoyar cuando se haga vieja”, explica una mujer en Rama. “Cuando una envejece, nadie la cuidará si no tiene hijos”, afirmó una integrante del grupo focal en Tabi. Y en Bagbag, una mujer del estudio de validación, dijo: “Los hijos son la esperanza de sus padres, pues los hijos ayudarán a los padres.” De hecho, el valor de las madres que tienen hijos grandes se mide en términos del cuidado que ellos le prodigan. Divina, de 55 años, madre de ocho, dice: “Si cuidaste bien a tus hijos, entonces tus hijos también serán buenos contigo.”

*La negociación de la autonomía económica
por medio de la maternidad*

Aunque estas mujeres trabajen conforme a ciertas normas y tradiciones, la mayoría intenta redefinir la maternidad valiéndose de la negociación, con la intención de acoplar la ideología de la maternidad con un rango más amplio de derechos. El grado en que son capaces de hacerlo depende de diversos factores, pero básicamente de su capacidad para trabajar fuera del hogar. La habilidad para ganar su propio dinero y el conocimiento adquirido por medio del trabajo o la participación comunitaria le permiten a la mujer enfrentar las disparidades del poder consagradas dentro de la tradición de la maternidad.

La mayoría de las que participaron en las historias de vida y la encuesta han trabajado en algún momento de sus vidas; muchas comenzaron a mitad de su adolescencia. Por lo regular se vuelven trabajadoras domésticas y lavanderas, como extensión de sus tareas de amas de casa; aunque las ocupaciones de servicio —que incluyen las de vendedora, cajera, mesera, cocinera y trabajadora del área de la salud— se han vuelto más comunes entre las hijas, lo que refleja la urbanización y el crecimiento de la economía de servicios. De las que no trabajaban, la mayoría se justificó al mencionar las responsabilidades familiares. “No importa cuánto desee trabajar, no tengo a nadie con quién dejar a mis hijos”, dijo una participante en Bagbag. El cuidado infantil se convierte en un problema

para las madres urbanas que carecen del apoyo de sus parientes para cuidar a los niños.

Cecilia, una joven de Bagbag que se define como ama de casa de tiempo completo, también se encarga de preparar comida para los obreros de la construcción en donde labora su marido. Al hacer esto evita la oposición de su esposo —otra razón que las mujeres citaron para no trabajar—. A pesar del recién promulgado Código Familiar, que protege el derecho de las mujeres a trabajar, los hombres todavía consideran alarmante cualquier alejamiento femenino de la esfera doméstica.¹³ Para evitar esto, algunas participantes en las historias de vida encontraron trabajo dentro de los dominios geográficos y psicológicos de sus maridos, al ocuparse en la agricultura, la jardinería, la cría de ganado y cosas similares. Lai-la le dijo a su esposo que quería ayudar en los campos de arroz para evitar el pago de mano de obra extraordinaria. Otras afirmaron que trabajaban cuando sus maridos no podían encontrar empleo o lo habían perdido. Esto era especialmente verdad en Bagbag: por ejemplo, cuando Dada vivía con su primer esposo, un zapatero, se percató de que era imposible alimentar a seis niños con su ingreso, así que se fue a trabajar como lavandera. Su hija Jean hizo lo mismo cuando su esposo no podía encontrar ocupación durante sus primeros años de matrimonio.

Casi todas las encuestadas habían trabajado para mantener a sus familias antes del matrimonio. Alice, de 72 años, logró escapar del control de su padre a los 15 años de edad cuando su tía llegó de Manila. La tía pudo alejar a Alice de su casa en Rama argumentando que necesitaba a alguien que le ayudara a cuidar a sus hijos sólo por tres meses. Los tres meses se convirtieron en tres años. Alice estaba feliz: sintió que estaba haciendo lo que quería en el mundo: ganar su propio dinero, escoger a sus propias amigas.

De hecho, a pesar de las circunstancias económicas apremiantes, muchas entrevistadas asociaban el trabajo con recompensas monetarias: alegría por ver un lugar distinto, aprender otras cosas, tener experiencias nuevas. Teyra, de 16 años, de Rama, soñaba con ir a trabajar a Manila “sólo por conocer Manila, ya que los

¹³ En los grupos de validación, los esposos revisaban lo que sucedía y se llevaban a las mujeres si rebasaban el tiempo que ellos suponían necesario.

demás decían que era un lugar muy bonito”. Muchas de las mujeres son muy activas en organizaciones comunitarias. Tisay, de 40 años, es secretaria en una organización local de campesinos y un grupo de salud de mujeres y es funcionaria de relaciones públicas de un comité de distrito para los discapacitados en Tabi. Ella encuentra su realización al pensar en los demás y se siente estimulada a aprender sobre temas nacionales. Isabel, de 42 años, recientemente se incorporó como trabajadora de la salud y se unió a una organización comunitaria en Bagbag, a pesar de la oposición de su marido. Como trabajadora de la salud dice: “Disfruto aprender muchas cosas. El conocimiento que obtengo cuando asisto a conferencias y seminarios me da un sentido de realización, algo que había perdido en la educación formal.”

Las participantes sueñan con tener pequeños negocios. Mientras sus hij@s crecen, muchas abren tienditas en el vecindario llamadas tiendas “sari-sari” o se ocupan en un propósito especial, como estudiar o comprar lo necesario, como gasolina, comestibles o ropa. Pining, de Rama, quien tiene constantes conflictos con su marido por la adicción de éste al alcohol, explica:

Acostumbraba vender pantalones cortos. En un mes viajé tres veces. Cada vez me ausentaba por cinco días, vendiendo pantalones cortos, ganaba casi 300 pesos, a veces 400 pesos en una semana. Cuando regresaba a casa compraba arroz, café, azúcar, cosas para los niños, útiles para la escuela, sandalias. Ahora que ya no tengo ningún negocio, no puedo darles a mis hijos nada.

Lucy, quien vive en Rama, percibía el trabajo como una forma de ocupar su tiempo; además de cumplir con las tareas domésticas ayudaba con el ingreso de la familia. Recientemente se unió con la madre de Divina en un pequeño negocio de artesanías. Cuando su esposo quiso construir un bote para pescar, ella fingió haber pedido prestado el dinero:

Pero yo tenía dinero que había ahorrado y lo guardé en el dobladillo de un vestido que nunca usaba [...] Al día siguiente, le di mil pesos y le dije que fuera y ordenara el casco. Después de eso, trabajó duro para pagar nuestra deuda. Ya ni siquiera toma. Acostumbraba beber mucho. Él dijo: “Como tengo una deuda por pagar, no voy a tomar por

ahora.” Sólo toma una vez por semana, una botella de cerveza antes de irse a dormir. El dinero que me dio para pagar la deuda lo volví a coser en el dobladillo de mi vestido.

Las mujeres que trabajan fuera de casa ganan destreza y recursos financieros para abrirse oportunidades que amplían su posición dentro y fuera del hogar. La independencia económica multiplica sus opciones y les permite presionar para tener relaciones más equitativas con los varones, especialmente en el ámbito de las finanzas familiares, y además les da el derecho de librarse de la violencia. De ahí que las mujeres puedan decidir el tiempo y las circunstancias de sus embarazos, el número de hijos y el disfrute de su propia sexualidad. Por ejemplo, cuando se les preguntó de qué forma influía el trabajo en los derechos de las mujeres para decidir el número de hijos, éstas afirmaron claramente que si ellas no trabajaban fuera de casa y no contribuían con el ingreso familiar, se les obligaba a tener los hijos que sus maridos desearan. Aunque el hecho de trabajar no otorga este derecho de manera automática, una mujer que no gana dinero no puede poner condiciones en el matrimonio, agregaron. Ellas saben que su felicidad, su satisfacción y su salud dependen en parte de que tengan empleos remunerados.

En las historias de vida se confirma que a las mujeres se les “permite” entrar al terreno del trabajo siempre y cuando no contradigan específicamente la norma de que ellas fueron hechas para estar en la casa y para la reproducción. Como tal, es un terreno aceptable donde pueden desplegar sus alas. Trabajar es visto menos perdonable si la mujer declara que quiere vivir su propia vida. Nuestros hallazgos revelan que las mujeres se dan cuenta de esto, por lo menos de forma instintiva; saben que pueden tener un trabajo fuera de casa sin miedo alguno porque no parece demasiado amenazante para sus responsabilidades dentro de la maternidad y la domesticidad.

Sin embargo la experiencia de algunas sugiere que el poder del trabajo debilita la ideología de la domesticidad. Cuando la mujer se convierte en la única proveedora, por ejemplo, generalmente hay un cambio de roles. El esposo de Cecilia se encargaba de las tareas de la casa para que ella pudiera irse temprano al mercado a vender sus mercancías. Mientras la toma de decisiones para

la mayoría de las entrevistadas estaba limitada a la administración de la casa y el cuidado de los hijos, las que ganaban algo de dinero tenían más autoridad. Lucy refiere que su posición social cambió las relaciones de poder en la familia. Mientras descansa de su negocio después de haber dado a luz, dice: “Aun ahora que no estoy trabajando, sigo teniendo el control de las ganancias. Yo soy la que le dice a Mando que salga de viaje (a pescar); si le digo que salga, él sale. Si le digo que compre y venda pescado seco esta semana, él lo hace.”

Es claro que para algunas mujeres el trabajo asalariado puede constituir una alternativa por lo menos en el corto plazo para evitar un matrimonio temprano. Aunque sea temporal, representa para las mujeres la posibilidad de conocer nuevas opciones antes del matrimonio y por tanto fuera de él, y así incluso la posibilidad de dejar un matrimonio opresivo. Ludy, quien vive en Tabi, comenzó a trabajar cuando tenía 17 años para ganar su propio dinero, para conocer a otras personas y aprender a convivir con ellas, y para aumentar sus conocimientos por medio de la experiencia. Primero cocinaba, limpiaba y lavaba la ropa en casa de su tía, luego hizo amistad con otras jóvenes de Gubat que estaban tratando de hacer fortuna en la gran ciudad y terminaron trabajando en una fábrica de ropa. Pero la esposa de su jefe era demasiado crítica y por eso dejó el trabajo tres semanas después. No se preocupaba: “De cualquier forma, aún soy joven, sin familia en que pensar.” De este modo el trabajo ofrece un reto potencial para la institución del matrimonio y la familia.

Sin embargo, la misma experiencia del trabajo no le garantiza a la mujer ningún poder dentro del hogar. Por ejemplo Laida, de 24 años, que comenzó a trabajar como doméstica en Rama a los 15, obedientemente permitió que sus padres y abuelos la casaran con un hombre que casi no conocía. “No me importó —dice— sentí que no era madura, así que seguí los deseos de mi abuelo.” Por otro lado, Julia, de 27 años, quien se fue a Manila y se convirtió en trabajadora sexual, evita el conflicto matrimonial para no provocar la ira de su esposo. En ambos casos, la mujer nunca salió de la estructura patriarcal.

Esto implica que no sólo el hecho de percibir ingresos, sino el tipo de labor generadora de dichos ingresos y su actividad econó-

mica después del matrimonio son factores críticos para determinar si el trabajo se vuelve o no parte del proceso de empoderamiento. Aparentemente las autoempleadas o las que desempeñan actividades económicas no tradicionales valoran mejor su persona, y esto les da mayor libertad en el proceso de toma de decisiones en el hogar. Marla, de 22 años que recibe un ingreso independiente como obrera en una fábrica en Bagbag, parece tener mayores quejas sobre su matrimonio. Ella no había experimentado la violencia doméstica, a diferencia de otras; en una ocasión su esposo bromeó diciendo que iba a golpearla y ella se peleó con él.

“Puno na ako”, negociando respeto y libertad en el matrimonio

Así como la maternidad ayuda a las mujeres a negociar su derecho a trabajar fuera de casa o a tomar decisiones sobre los recursos financieros de la familia, también sirve para mantenerlas atadas a matrimonios infelices. Por ejemplo, algunas se adaptaron al gusto por la bebida de sus maridos en tanto el varón fuese responsable o sólo bebiera en ciertas ocasiones. Pining primero se resistía al hábito de su marido y no lo dejaba entrar a la casa, y luego no le dirigía la palabra. Ella lo dejó, pero fue obligada a reconciliarse cuando sus hijos se lo pidieron. Taisy, de 40 años, que aguantó la violencia doméstica por casi 13 años dice: “El matrimonio supone un compromiso de por vida por el bien de los niños.”

Asimismo, las entrevistadas se oponen a ser devaluadas y subestimadas por sus maridos. El esposo de Divina la insultó diciéndole que siempre estaba comiendo cuando ni siquiera tenía trabajo. Enojada, ella le contestó: “¿No he trabajado? ¿Y entonces los embarazos, el cuidado de los hijos y el trabajo de la casa qué son? Aun cuando me pagaras miles de pesos, no disfruto el tener hijos tan seguido.” Su esposo trató de reconciliarse con ella, le dijo que podía quedarse con su salario. En su lugar, Divina le llevó a los hijos y le dijo: “No vine aquí por tu salario porque no voy a vivir o a comer de tu salario; yo sé cómo ganarme la vida.”

Sobre todo, en las historias de vida se insiste en que los esposos no tienen derecho a ser violentos y que ellas sí tienen el de protegerse de la violencia doméstica. Cuando las golpean, algunas

contestan los golpes, aunque se provoque un escándalo dentro de la comunidad. Tisay lanzó piedras a su casa mientras Julia, después de haber sido golpeada por el marido, lo insultó públicamente, luego corrió, se escondió, y después buscó refugio en la casa de sus padres. La suegra de Madel, que fue víctima de los golpes, la alentó a llevar un arma consigo; cuando Madel siguió su consejo y comenzó a dormir con un cuchillo al lado, su marido ya no se atrevió a pegarle.

Quienes no pudieron encontrar alguna forma de detener la violencia de sus esposos finalmente los dejaron. Ni la ley ni la Iglesia católica reconocen el divorcio, mientras que la anulación, que sí se reconoce, es un proceso tedioso y requiere tiempo, dinero y esfuerzo. Aunque el abandono se percibe como una trasgresión a los valores católicos, es la única opción viable; entre las 28 entrevistadas, cuatro madres e hijas se habían separado en forma permanente de sus maridos. Dos madres estuvieron separadas por algún tiempo (una por un año, y la otra por cuatro años) pero después se reconciliaron.

Tisay decidió dejar al marido después de haber tenido seis hijos y tras 13 años de matrimonio; lo culpa por beber en exceso y por el poco apoyo financiero y moral que proporciona a la familia. Para cuando lo dejó, sus pleitos habían empeorado y ya comenzaba a golpearla. Concluyó: “Si el esposo y la esposa no se llevan bien en absoluto, es muy difícil que vivan juntos. En este caso sería mejor separarse que seguir aguantando dolor y problemas.” Si actualmente estuviera soltera, lo pensaría dos veces antes de casarse, aun teniendo novio. “Las mujeres no merecen ser abusadas por los hombres”, agrega.

Su madre, Alice, también dejó al esposo. Siempre le andaba pidiendo dinero, explica Alice, porque se gastaba lo de la producción de arroz en comprar licor. Lo que es peor, cuando se emborrachaba trataba de pegarle. Tampoco ayudaba en la casa. Ella aguantó todo esto durante 20 años, pero cuando su única hija dejó la escuela y se casó, decidió que ya no había ninguna razón para quedarse. Fátima dejó a su marido cuando él comenzó a apostar y perder, pues no guardaba nada para los gastos familiares. Después de conseguir un trabajo para mantener a su familia, decidió separarse de él. Para Dada, de 61, fue la infidelidad —que comenzó después de unos cuantos años de vivir juntos— la fuente de con-

flictos. Aunque él nunca la dañó físicamente, ella no pudo soportar su infidelidad y finalmente lo dejó, aun cuando tenían seis hijos.

Para todas estas mujeres el punto de ruptura nació de una combinación de factores: el vicio, generalmente ligado a una capacidad cada vez más limitada para mantener a su familia, y la propensión a la violencia; estos factores les dieron valor para dejarlos. Parece que ninguno por sí solo sería suficiente para provocar tan drástica resolución. Juntos empujan a la mujer a empoderarse y exigir su derecho: *Puno na ako* ("Ya estoy harta"); así hablan ellas sobre este punto. Las participantes en la encuesta de validación insistieron en que sólo su cuerpo se volvía una posesión del marido y no el *kalooban*, o el interior. Sobre todo, eso no le da el derecho al hombre de ser violento. Cuando esto sucede dice una: "Yo le contesto; no soy de su propiedad."

Se debe destacar que con excepción de Alice, todas las mujeres que habían dejado o intentado dejar a sus maridos tenían entre 20 y 35 años de edad. Divina desafió al marido cuando la amenazó con separarse, y le dijo: "No voy a ir a buscarte, aún estoy joven, todavía puedo encontrar un hombre mejor que tú." Y mientras las familias tratan de persuadir a sus hijas para que soporten los malos matrimonios, su apoyo es crítico para permitirles huir. Cuando los padres de Tisay le prometieron apoyarla si se presentaba otra riña con su marido, ella decidió no regresar nunca. Todas las mujeres que se separaron, regresaron a casa de sus padres. Finalmente, un elemento crítico en su capacidad para resistir la violencia es su habilidad para solventar sus gastos ellas solas. Aunque el esposo de Madel dejó de golpearla cuando ella blandió un cuchillo, ambos reconocieron que por entonces ella había comenzado a criar puercos, así que podía mantener a sus hijos por sí misma. Cecilia, quien maneja las finanzas de la familia, no soportaba discutir, especialmente cuando las peleas se volvían serias. Decidió no recibir dinero de su marido y volvió a dedicarse a la venta para mantener a su familia. Cuando el esposo de Lucy la golpeó después de una fuerte pelea, ella lo amenazó con un cuchillo y lo echó de la casa. Aunque sus suegros trataron de persuadirla para que lo dejara regresar, sabía que podía arreglárselas sin él: "Ahora puedo decir que soy económicamente independiente de mi marido, porque ya gano mi propio dinero", concluyó.

Sexualidad y fertilidad, todavía son sólo sanas

La capacidad de las mujeres para negociar el *dapat* es mucho menos exitosa en la esfera de la sexualidad y la fertilidad que en cuanto a trabajar fuera del hogar o resistirse a sufrir violencia. Su relativa impotencia en este terreno es consecuencia de las estrictas expectativas y restricciones que rodean la institución del matrimonio en Filipinas, establecidas por la Iglesia católica y reforzadas por el Estado y las normas y tradiciones de la comunidad. Por lo general se afirma que los varones casados tienen derecho sexual sobre sus mujeres, mientras que ellas no lo tienen respecto a sus maridos. En cambio, todas las participantes en las historias de vida afirmaron que es obligación del esposo mantener a la mujer sin importar sus necesidades sexuales. Tonyang, con siete hijos, dijo: “Si no fuera por el hecho de que es mi marido [...] realmente no querría volver a tener sexo con él.” Alice, cuyo padre la obligó a casarse, se negó a tener relaciones sexuales con su esposo la primera noche, pero como la habían dado en matrimonio a ese hombre, subsecuentemente tuvo que acceder a los deseos de él. La encuesta de seguimiento confirmó estas actitudes; más de la mitad de las encuestadas dijo que aceptan las demandas sexuales de sus maridos porque las ven como su obligación.

De ello se deriva que aunque las relaciones sexuales con sus maridos dejen mucho que desear, pocas encuestadas le dieron prioridad a la satisfacción sexual. La mayoría dijo que le daba vergüenza iniciar la relación, y mucho más demandar satisfacción. La Iglesia católica enseña que las relaciones sexuales únicamente deben ocurrir dentro del matrimonio y sólo con el propósito de procrear; de este modo, se supone que las mujeres deben ser receptoras pasivas y no obsesionarse con el sexo o la satisfacción. Pocos esposos se molestan en tratar de comprender los sentimientos y las sensaciones que provocan en el cuerpo de la mujer. Sólo una de las entrevistadas en la historia de vida dijo que su esposo esperó un poco después de haberse casado antes de copular con ella para darle tiempo a que se acostumbrara a él. Ninguna se lamentó por no haber llevado una vida sexual activa durante muchos años, y la mayoría era evasiva cuando surgía el tema de la insatisfacción sexual. Además, el miedo a quedar embarazada y los problemas fi-

nancieros implícitos, más las cargas de otro hijo que criar, generalmente borran su deseo de satisfacción sexual.

Para todas las entrevistadas en las historias de vida, con excepción de dos, su primera experiencia sexual fue con sus maridos. Aunque algunas se dieron el gusto de tener relaciones sexuales antes del matrimonio, al final terminaron casándose con el mismo hombre. Muchas no estaban preparadas para el coito en su primera noche de bodas. Teyra, quien finalmente tuvo 14 hijos, recuerda que al principio no podía conciliar el sueño porque su esposo quería dormir junto a ella. Cuando le dijo a sus padres, éstos se rieron y le dijeron: “Por eso él se casó contigo, porque quiere dormir contigo.” Esto sucedió dos semanas antes de que el matrimonio se consumara.

A pesar de las dificultades, se manejaron algunas ideas de derecho al placer sexual para sobrevivir. Ana, una madre de 46 años de Bagbag, y Teyra una madre de 60 años de Rama, dijeron que una de las razones para casarse era darse el gusto de tener relaciones sexuales, de ahí que naturalmente quisieran disfrutarlo. A la generación de las hijas les fue un poco mejor. La mayoría sabía qué esperar antes de su primera relación. Algunas recibieron educación sexual en la secundaria, aunque en general estaba limitada a la parte biológica; de ahí tomaron lo que sabían de relaciones sexuales, al igual que de novelas románticas o videos. Lucy, de 38 años, admitió: “Yo disfruto el sexo porque en ocasiones te libera de tus problemas.” Algunas de estas jóvenes, como Tisay y Julia, aceptan que también la mujer puede iniciar un encuentro sexual, aunque en la práctica rara vez lo hicieron, y nunca en forma directa. Julia insistió: “Por supuesto que una mujer tiene derecho a ser feliz durante el coito, no sólo el hombre.” Minia, casada y con siete hij@s, afirmó en forma cautelosa que no creía que fuera malo que la mujer pudiera decir en qué momento le apetece tener relaciones sexuales.

Para muchas mujeres de clase pobre las relaciones sexuales simplemente refuerzan el sentido de pertenencia al marido. Más de tres cuartas partes de las participantes en la encuesta de seguimiento consideran que en virtud del matrimonio una mujer es propiedad del esposo, o *pag-aari*. A Basyon, de 62 años, quien se fugó a los 16 años, no se le permitió dormir con su esposo porque aún no había comenzado a menstruar. Cuando llegó el momento,

estaba feliz de poder tener relaciones. Pero también hubo tristeza: “Con el comienzo de las relaciones sexuales y sus dolores, sentí que desde ese momento pertenecía sólo a mi esposo. Me afectó que el matrimonio significara que estaba atada a mi marido y que vendrían tiempos de dificultades.”

Sobre todo, la actitud de las encuestadas hacia el coito está capturada en la frase *basta makaraos*, “con tal de que lo supere”. Parece que las mujeres le dan peso al costo de rechazar las demandas sexuales de sus esposos en contra de lo que podrían ganar si acceden. Una relación pacífica dentro de la familia es altamente valorada. De este modo, pueden acceder a la relación para evitar el enojo o los celos. La ayuda en las labores del hogar también es importante, y si la mujer accede a la cópula, esto generalmente pone al hombre en un estado de ánimo más cooperativo.

Sin embargo está claro que en la práctica las mujeres procuran afirmar sus propias necesidades y evadir su “deber” cuando se trata de tener relaciones sexuales no deseadas, y emplean muchas tácticas para lograrlo. Casi todas las entrevistadas de la historia de vida, especialmente las de mayor edad, decían que si de verdad estaban cansadas, se oponían a las expectativas del marido y aceptaban las consecuencias. Para resistir los avances de su compañero ebrio, una mujer se rehúsa a dejarlo dormir con ella, mientras que otra se acuesta boca abajo. Algunas llevan a sus bebés a dormir con ellas y de este modo obligan al marido a acostarse en cualquiera otra parte. Minia, de 55 años y con siete hij@s, ha utilizado su débil salud como pretexto para evitar las relaciones sexuales por varios años. Clara, también de 55 años, se pone toallas sanitarias para enviar el mensaje de que está menstruando, o contorsiona su cuerpo mientras duerme para evitar excitar a su esposo. En ocasiones las mujeres fingen frigidez. Tasin, quien se casó a los 15 años y tiene 15 hij@s, dijo: “[Mi esposo] se queja de que soy como un cuerpo sin vida.” Otras se niegan a bañarse en la noche o se van a dormir sólo cuando su marido comienza a roncar. Una comienza alguna pelea con su esposo; así él se va a dormir solo. Tal disposición a enfrentar las consecuencias del rechazo se convierte en una forma de apropiación para estas mujeres, incluso en un área tan difícil. Se puede escuchar en la expresión frecuente: *iPag sinabi kong ayoko na, ayoko na!* (“¡Cuando digo que no quiero, es porque no quiero!”).

Control de la fertilidad: “Yo soy quien lleva la carga”

El miedo a un embarazo no deseado mueve a estas mujeres a mantener su determinación de resistirse a los deseos sexuales de sus maridos. Didi, quien a la edad de 43 tiene 11 hij@s, pregunta: “¿Cómo puedo disfrutarlo cuando significa tener más hijos?” Irónicamente, mientras a la mujer se le percibe como la responsable de la reproducción, tiene muy poco control sobre ésta. Por un lado se espera que consienta en las frecuentes demandas de su esposo, y por el otro que cargue con la preocupación principal de la calidad de vida de sus hijos. Junto con este problema, especialmente para las de las comunidades pobres, les resulta difícil obtener métodos e información anticonceptiva adecuados. Debido a la continua oposición de la Iglesia católica, las normas sociales y comunitarias aún desalientan la planificación; a las mujeres se les dice con frecuencia que todo tipo de control de la natalidad es “un pecado en contra de Dios”. Bayson recordó que los ancianos acostumbraban decir: “No utilices métodos de planificación familiar porque implica disolver a un niño dentro de ti.”

La falta de control sobre la toma de decisiones reproductivas ha ocasionado muchos embarazos no deseados. Aunque tanto madres como hijas dijeron que no querían tener “muchas bocas que alimentar”, no pudieron darse cuenta de esta preferencia. Con más frecuencia de lo que aceptan, las mujeres embarazadas están resignadas a tener el bebé. Bayson expone: “Siento que no hay nada más qué hacer que esperar a que el bebé llegue y crezca. No puedes regresarlo una vez que está ahí.” Madres e hijas comparten esta actitud, pues ven a l@s hij@s como “un regalo de Dios”.

Estos factores dan como resultado que todas las participantes en las historias de vida tengan familias grandes.¹⁴ Las más grandes eran las de Rama, con 8.5 nacimientos en promedio por cada mujer; mientras en las otras comunidades eran de 6.5. También había

¹⁴ Las tasas de fecundidad en cada localidad eran más altas que las establecidas en las normas nacionales, tanto para las áreas urbanas como para las rurales. Esto es reflejo en parte de la política nacional de planificación familiar ha alcanzado principalmente a la clase media, dejando a las mujeres pobres con las mismas opciones limitadas; también es consecuencia de que un gran número de mujeres mayores, cuya procreación no se vio afectada por la nueva política, participó en el estudio.

una marcada diferencia en el número medio de nacimientos para las mujeres mayores (10.3) y las hijas (3.2). Resulta importante notar que los años reproductivos de estas últimas no han concluido, y de hecho cuatro mujeres de este grupo estaban embarazadas en el momento en que se realizó la entrevista, pero es cierto que las más jóvenes se están esforzando por utilizar métodos de control a temprana edad, antes de iniciar sus carreras reproductivas, generalmente con la aceptación de los esposos.

Una gran mayoría de las participantes en las historias de vida ha utilizado alguna forma de anticonceptivo en su vida reproductiva: 15 habían tomado la píldora, tres habían utilizado el DIU y otras tres se habían esterilizado, mientras que 18 habían usado diversos métodos naturales, entre los que se incluyen el ritmo, el retiro, las infusiones y la abstinencia. Pero cuando se hizo el estudio, sólo nueve de las 21 mujeres menopáusicas habían utilizado alguna forma de control natal, todos ellos naturales; principalmente quienes no estaban embarazadas trataban de evitar las relaciones sexuales. Las que habían dejado de utilizar anticonceptivos explicaron que a sus esfuerzos correspondieron diferentes grados de éxito; algunas arguyeron los efectos secundarios o la hostilidad del esposo como una razón para no seguir utilizándolos. Las mujeres mayores mencionaron que la ausencia de conciencia de planificación familiar durante sus años reproductivos fue la razón por la cual tuvieron más hijos de los que querían.¹⁵

Mientras que los anticonceptivos utilizados no difieren notablemente entre las mujeres mayores y las jóvenes en este estudio, las más jóvenes tienden a usar más temprano algún método; 11 de éstas usaron alguna forma de anticonceptivo después del primero, segundo o tercer hijo, mientras que sólo cuatro de las mayores lo habían hecho. Algunas sentían que sus vidas estaban limitadas por la falta de planificación familiar de sus propias madres. Julia percibe su violación y su iniciación en la industria del sexo desde los

¹⁵ También es importante observar que nueve de las mujeres entrevistadas habían dado a luz a muchos más niños de los que actualmente viven; algunas de ellas más de cinco, seis e incluso siete. La mayoría de estas mujeres eran mayores de 60 años, tres tenían más de 30 y 40 años, lo que indica que la mortandad infantil sigue siendo alta en estas comunidades.

16 años de edad como consecuencia directa de provenir de familia numerosa: “Si no hubiéramos sido pobres, no hubiera pensado en irme a Manila a trabajar. Y si no hubiera ido a Manila, entonces esa tragedia no me habría sucedido. Es como si todo lo que me pasó tuviera un trasfondo. Así que el trasfondo es la pobreza. Míranos, es porque éramos demasiados.”

Antes de casarse quería “sólo unos cuantos niños, más o menos cuatro. ¡Pero después de experimentar las dificultades del embarazo y la procreación, cuidar al bebé, lavar los pañales [...] Dios mío, dos eran suficientes!” En la actualidad Julia toma la píldora; aunque ha tratado de confiar en métodos naturales, dice que al rechazar las demandas de su marido aumentaban sus sospechas de que estaba teniendo una aventura. Julia es una de las dos mujeres que reconocieron haber tenido un aborto. Se había embarazado cuando laboraba como trabajadora sexual y decidió hacerse un aborto en el sexto mes; una decisión que todavía la persigue: “Sólo la vi cuando salió. Quería regresarla, pero ya no podía hacer nada. Todavía puedo ver cómo se veía, especialmente cuando estoy sola. Incluso la partera que realizó el aborto me dijo: ‘Ésta hubiera sido hermosa’ [...] Nunca supe qué hicieron con la bebé.”

Para las mujeres de la generación mayor, este tipo de decisiones sólo podían tomarse después de tener muchos hijos. Isabel, por ejemplo, siempre percibió el aborto como un pecado. Trató de utilizar la píldora después de su primer hijo, pero le aconsejaron dejar de tomarla porque estaba comenzando a perder peso. Entonces tuvo siete hijos más en rápida sucesión. Cuando se embarazó por novena vez, el más pequeño no había cumplido un año. Así que decidió hacerse un aborto. “No podía seguir con este embarazo. Ya tengo 42 años de edad, soy demasiado vieja para tener otro hijo. Además, es vergonzoso estar embarazada cuando dos de mis hijas también están embarazadas.” Tal vez las mujeres más jóvenes que están utilizando anticonceptivos no tengan que enfrentarse a estas decisiones, por lo menos no aún. Por ejemplo Marla, la hija de Isabel, cuya incapacidad para obtener suministros regulares de la píldora resultó en su tercer embarazo, no consideraría practicarse un aborto.

La independencia económica le otorga a las mujeres más control en las decisiones del hogar; pero este control se ve limitado cuan-

do se trata de la fecundidad. El caso de Divina y su hija Lucy, cuyo exitoso negocio de artesanías les ha proporcionado algo de independencia para tratar de igual a igual con sus esposos, ilustra esto. Divina dice: “Para eso nos casamos, para tener hijos. Pero a veces me habría gustado poder controlar mis embarazos. Me habría gustado tener sólo seis hijos. Para mí, seis es el número exacto que puedo atender.” A los 59 años ha tenido 11 hijos, ocho de los cuales aún viven. Su hija quería cinco hijos. Después de tener la quinta pensó tomar la píldora, pero su esposo se opuso diciendo que todavía no tenía un hijo varón. A los 38 años, tenía nueve hij@s.

De este modo, si bien existen diferencias entre las generaciones, son menos importantes de lo que se podría esperar, pues las opciones todavía son muy limitadas para las mujeres de las comunidades pobres. Por una razón u otra, las participantes en nuestra investigación se casaron y establecieron en la misma comunidad. Sus actitudes hacia la salud reproductiva, como hacia la salud en general, están enmarcadas en las condiciones de pobreza que todavía constriñen cada aspecto de sus vidas. En Tabi, por ejemplo, las mujeres se preguntan “¿Todavía puedo hacer lo que tengo que hacer?” Si la respuesta es afirmativa, no se consideran enfermas. Además, a pesar de que la salud reproductiva y la planificación familiar son en la actualidad parte central de la política del Estado, los trabajadores de la salud del ámbito local constantemente socavan las bases de la política. La partera de Tabi, responsable de hacer que la contracepción sea accesible, admite que se opone a ella. En Rama, cuando Divina fue a ver qué podía hacer para evitar otro embarazo después de tener a su décimo hijo, el médico le dijo: “¡Su útero aún está grueso. Usted puede tener 16 hijos!”

La falta de un centro de salud hace que las mujeres pobres sean más susceptibles a los rumores basados en normas de la comunidad que desaprueban los métodos artificiales de control de la fertilidad. Alice, por ejemplo, ha escuchado historias fantasiosas respecto a que el DIU de su vecina se movió de su lugar y encontró camino hasta el corazón de la mujer; Tasing le tenía miedo a la píldora por las “historias horribles” sobre sus efectos secundarios; y Laida no la toma porque es muy pobre y a menudo tiene hambre, y una campaña de salud pública reciente dice que no se deben tomar pastillas con el estómago vacío. Así, las mujeres que participa-

ron en la encuesta de validación expresaron miedos similares. Una narró el episodio aterrador de una mujer cuyo estómago se inflamó; cuando la operaron, vieron que estaba llena de píldoras que había tomado.

Sin embargo, al tener una hija todos los años, uno tras otro, las mujeres se atan al hogar. Como se arraigan al papel de portadoras de vida y cuidadoras, frecuentemente llegan hasta el punto del agotamiento y la debilidad. Al mismo tiempo, sus derechos como madres que aseguran una mejor vida para sus hij@s se restringen cuando tienen demasiados que cuidar. Ante esto, Ludy afirmó: “No sólo es cuestión de dar a luz. Lo que yo busco es un futuro bueno para los niños.”

De este modo, más y más entrevistadas han comenzado a pensar en el control de la natalidad. Cinco madres y tres hijas lo percibieron como su derecho a rechazar las demandas sexuales de sus esposos, especialmente por ser ellas quienes llevan las cargas de la procreación y el cuidado de l@s hij@s. Cuando esto falló, comenzaron a utilizar métodos artificiales. Las consultas con médicos respecto a la anticoncepción se convirtieron en un derecho y una forma de rechazo. Bayson, después de tener a su séptimo hijo, fue al centro de salud y solicitó píldoras para controlar la natalidad, le pidió a la enfermera que no le dijera nada a su esposo: “Uno debe pensar qué es más destructivo, tener hijos y no poder atenderlos apropiadamente, o planificar y no tenerlos.” Aunque algunas mujeres se oponen al aborto, recurrirían a métodos tradicionales que la comunidad sí apruebe. Tasing tomó un brebaje que se obtiene de la raíz de una planta amarga llamada *maravillosa* que, según el conocimiento tradicional, es un abortivo efectivo; otras dos encuestadas tomaron *papaitan*, un brebaje nativo que se utiliza para “regular la menstruación”, ante la insistencia de sus suegras.

En última instancia, las mujeres han aprendido que son ellas quienes cargan con la responsabilidad de la vida de sus hij@s. Una participante de un grupo focal en Bagbag explicó: “Mi esposo quiere más hijos pero le digo que él debería ser el que cargue con ellos [...] Después de todo, yo soy la que lleva la carga en el hogar.” Por tanto, en este sentido la maternidad misma le inculcó a estas mujeres que tienen derecho a decir no a las relaciones sexuales no deseadas y a los embarazos no planeados. Para algunas encuestadas este

sentido del derecho se extendió incluso a enfrentar la interferencia de la Iglesia en la política de planificación familiar. Cuando se les preguntó si la Iglesia debería interferir en el uso de anticonceptivos, la mayoría dijo que no. “La religión y la salud son temas muy diferentes”, dijo una mujer en Bagbag; “esto no le compete a la Iglesia”, dijo otra, y una tercera comentó: “La Iglesia no es la que va a tener hambre ni va a experimentar la pobreza.”

La adaptación, la resistencia y las negociaciones

Todos estos hallazgos indican que la capacidad de las mujeres para negociar sus derechos depende de varias condiciones. Primero, aunque el acceso a los recursos económicos no las autoriza automáticamente a afirmar su derecho a tomar decisiones sobre sus cuerpos y su sexualidad, es un punto de inicio necesario. Algunas encuestadas tienen concepciones claras de su apropiación, pero no poseen los recursos necesarios para afirmar estas concepciones en forma abierta. En su recurrencia a los subterfugios en efecto están negociando la diferencia entre lo que quieren (*sana*) y lo que son capaces de lograr. Por otro lado, otras tienen ideas vagas de sus derechos pero son presa de la ideología de domesticidad y de su interiorización en todos los miembros de su familia y su comunidad, pues se trata de un recurso poderoso en una sociedad tradicional. Estas adaptaciones tienen poco que ver con las normas de derechos reproductivos que comparte la mayoría de las mujeres. Más bien demuestran el efecto de las diferencias de poder y recursos en sus habilidades para poner en práctica tales creencias. Las mujeres comunes negocian sus derechos en tres áreas de la vida familiar que están relacionadas entre sí y donde la adaptación y la resistencia operan en formas diferentes, a saber: la división sexual del trabajo, las relaciones sexuales y el control de la fertilidad, y el derecho a divorciarse.

La división sexual del trabajo, al atar a las mujeres a la maternidad y al cuidado familiar las ha privado de su derecho a desarrollar todo su potencial, pero simultáneamente proporciona a algunas una influencia de igual a igual con sus esposos para mejorar la difícil situación, suya y de sus familias. La incapacidad de los espo-

sos de realizar su papel tradicional de proveedores, junto con la creciente capacidad o habilidad de las mujeres para tomar este papel les ha brindado la posibilidad de negociar mayor autoridad dentro del hogar; algunas incluso han sido capaces de extender esta negociación al aspecto de la planificación familiar: el esposo de Layda finalmente suavizó su posición sobre el control de la natalidad al darse cuenta de lo difícil que era cuidar a demasiados hijos. Las mujeres pueden actuar dentro de la división sexual del trabajo y la ideología de domesticidad para afirmar sus *sanas*; al hacer esto adquieren los medios morales para promover su derecho a compartir la toma de decisiones en el hogar y también cierta autonomía sin provocar una confrontación con sus esposos o suscitar controversias en la comunidad.

Por otro lado, al negociar sus derechos dentro del matrimonio las encuestadas solían avanzar y retroceder entre la adaptación y la resistencia. A pesar de que a las filipinas de todas las clases se les inculca que no tienen derecho a rehusar los deseos sexuales del esposo, unas cuantas entrevistadas han ido más allá del uso de subterfugios para evitar el contacto y hablan con sus maridos de sus percepciones del derecho sexual, mientras que otras han comenzado a reconocer la importancia de sus propios deseos, aunque los expresan por medio de indirectas limitadas, en lugar de afirmaciones más directas.

Las negociaciones sobre la fertilidad son también una mezcla de adaptación, resistencia sutil y resistencia abierta. Las mujeres optan por la adaptación y la resistencia muda cuando no pueden rechazar las demandas sexuales de sus esposos, incluso durante los días fértiles. En el marco de estos sitios de negociación relacionados entre sí, algunas mostraron un creciente sentido de apropiación debido a su acumulación de recursos, fueran materiales o sociales. Sólo cuando se trata de violencia y de resistirse a las relaciones sexuales no deseadas están empoderadas de actuar en favor de su derecho y finalmente incluso de dejar a sus maridos, casi siempre después de haber intentado otras formas de negociación. Así, reconocer que “ya no soy de su propiedad” es un reclamo de su ser y una afirmación de su personalidad.

Sin embargo, dicha evolución no determina completamente la posición social de las mujeres. Como se observó, es difícil iden-

tificar los factores que les permiten cambiar el equilibrio de poder. Aunque la autonomía económica les da confianza para negociar mayor respeto y el derecho de tomar las decisiones del hogar, no se traduce automáticamente en poder para determinar cuántos niños tendrán: pueden obtener poder sobre algunas áreas, mientras son vulnerables en otras. Esto sugiere que las mujeres comunes hacen cálculos sobre el grupo de estrategias a su disposición; diferentes grados de éxito reflejan sus situaciones culturales y materiales específicas, el grado en que dependen de la familia o las organizaciones comunitarias, o su capacidad para ganar su propio dinero, más que los diferentes grados de conciencia.

A pesar de las vicisitudes de la vida en el matrimonio, siguen luchando por ser fieles a sus ideales, los cuales por lo general se traducen en el deseo de un mejor futuro para sus hij@s. La mayoría de sus aspiraciones no son para sí mismas sino para sus hij@s y los hij@s de sus hij@s —especialmente en cuanto a la educación—. Aunque algunas se quejaron de que sus madres impidieron que tuvieran alguna educación, otras, en ambas generaciones, resisten las dificultades de la vida y su educación inconclusa y aconsejan a sus hijos que estudien; asimismo, intentan transmitirles las lecciones de la vida. Tonyang aconsejó a sus hijas no salir con pandillas, mientras que Minia les recomendó no ser *magaslaw* (“ordinarias”) y no dar razón a los varones para abusar de ellas. Tanto madres como hijas esperan que sus hijos no recorran la misma ruta que ellas siguieron. Alice esperaba que su hija tuviera “una vida tranquila y un marido que supiera cómo vivir en la forma correcta”, y Fátima advirtió a su hija que “no esperara que su vida de casada fuera de color de rosa”.

Las mujeres de ambas generaciones afirmaron su derecho a ser capaces de darle a sus hij@s un buen futuro. Al igual que la decisión de trabajar fuera de casa, ésta puede verse como una forma de autoafirmación. La resistencia a las situaciones de la vida también se expresa en las lecciones que comparten con sus hij@s. Advierten a sus hijas de los posibles riesgos que una mujer puede encontrar y les sugieren mecanismos de enfrentamiento y lucha que están abiertos a ellas; todo esto, como una forma de curación para las madres y un derecho para las hijas.

CONCLUSIONES

Los hallazgos de nuestra investigación sugieren diversas conclusiones sobre los derechos reproductivos en las comunidades filipinas que visitamos. La primera es que nuestras entrevistadas apuntalan los actos de subterfugio y resistencia en una afirmación persistente en cuanto a sus propios derechos de libertad reproductiva. Como revelaron las historias de vida, la búsqueda de los derechos de las mujeres comunes comienza cuando identifican una brecha entre lo que quieren (*sana*) —las bases para identificar sus derechos— y lo que se les concede en una situación determinada. Dicha brecha genera un sentimiento de descontento que las impulsa a comenzar un proceso de negociación con la intención de conseguir una mejor situación para sí mismas.

El uso de subversiones sutiles y de luchas silenciosas, al igual que su oscilación entre la adaptación y la resistencia, pueden observarse insertas en el escaso empoderamiento que rige la resistencia diaria, como asegura James Scott (1990), quien argumenta que los grupos subordinados, conscientes de su impotencia relativa y el peligro de confrontación directa, suelen emplear formas de oposición veladas y tácitas (“formas prácticas de lucha política”) en contra de las fuerzas dominantes; dice: “Todas las acciones políticas toman formas que son diseñadas para oscurecer sus intenciones, para encubrirse detrás de un significado aparente” incluso cuando dichas acciones constantemente ponen a prueba “los límites de lo permisible”.

Todo el debate sobre derechos reproductivos en Filipinas ha estado atado a afirmaciones de que el catolicismo impide que las mujeres estén dispuestas a ejercer sus derechos en el proceso reproductivo. Esta investigación demuestra que a pesar del poder de la tradición —especialmente relacionado con los roles de las mujeres— existe otra tradición vibrante y contraria a la hegemónica, según la cual las mujeres afirman estos derechos por medio de diversas estrategias, generalmente secretas o camufladas, pero a veces de resistencia abierta. Cualquiera que tome en serio las palabras y las historias de las incluidas en este estudio debe poner en duda la afirmación de que el silencio de una mujer es lo mismo que su consentimiento, que si falló al construir una mejor vida, habría sido lo mismo no intentarlo. Además, lejos de sostener la idea de que las filipinas no valo-

ran su capacidad de controlar su propia reproducción, este estudio sugiere que una concepción de los derechos reproductivos domina su pensamiento sobre su sexualidad y sus roles en la sociedad.

Sin embargo, la afirmación de apropiación fragmentada y sutil de las mujeres comunes también revela cuán vulnerables son, la facilidad con que pueden fallar y qué tan conscientes están de su vulnerabilidad. Si bien pueden avanzar en ciertas áreas, como trabajar fuera de casa, este poder no necesariamente abarca otras áreas más íntimas, como las relaciones maritales. Además, la resistencia diaria, principalmente debida a su naturaleza no confrontativa, puede funcionar por sí misma en el mejor de los casos para disminuir la opresión, y en el peor para distraerlas de interesarse en acciones colectivas, abiertas y políticas. La falta de poder de las mujeres en el hogar no puede aislarse de las restricciones impuestas a grandes sectores de la sociedad. La pobreza, la carencia de acceso a los servicios de salud y la ideología penetrante de domesticidad y pasividad, que no sólo sostiene la Iglesia, sino también el Estado, los funcionarios de la comunidad, los médicos, los trabajadores de la salud, los miembros de la comunidad y la familia, tienen responsabilidad directa en la apreciación y el ejercicio de los derechos reproductivos de la mujer.

Mientras que los esfuerzos de ellas por actuar para realizar sus *sanas* muestran que de muchas maneras la Iglesia católica ya no tiene dominio en sus decisiones (pocas asisten a la Iglesia con regularidad o cumplen con las ceremonias católicas del matrimonio o los nacimientos), en la reproducción de la tradición se puede ver la influencia de generaciones en las enseñanzas de la Iglesia —que son mantenidas por las políticas estatales y las normas legales— en la ideología de domesticidad. Esa ideología define virtualmente a la mujer en términos de procrear y reproducir hij@s y, aunque afecta su vida en todas las clases, florece en la pobreza y las privaciones de las comunidades pobres. Además, en éstas, al igual que en las comunidades pobres de cualquier lugar, la doctrina de la Iglesia hace bastante por reforzar la idea de que las personas, y en especial los pobres, no pueden controlar su destino.¹⁶

¹⁶ Esta creencia común se resume en la expresión *bahala na* (pase lo que pase). Una vez que se rechaza como fatalismo pasivo, *bahala na* también se puede ver

Este análisis de los esfuerzos de las mujeres por negociar sin su autorización en temas reproductivos y sexuales advierte el importante papel que el movimiento feminista puede desempeñar para mejorar la posición general de ellas en la sociedad. Este movimiento, en la medida en que ofrece un análisis de género de la marginación de la mujer así como de los servicios indispensables para resolver sus necesidades específicas, representa un recurso poderoso en su búsqueda de la autodeterminación. Al igual que las organizaciones feministas intentan introducir la política pública junto con las normas y valores expresados por las propias mujeres, pueden del mismo modo profundizar en la comprensión de su propia situación y expandir su capacidad para transformarla. Sin embargo, el apreciar el orden negociado en que están subsumidas las mujeres representa un reto para las feministas. Los partidarios de los derechos de las mujeres han trabajado para ampliar las oportunidades de crecimiento de éstas en las esferas sociales, políticas y culturales. Sin embargo, la apropiación también supone el reconocimiento de su derecho a elegir el tipo de vida que desean para sí mismas así como el espacio en el que pueda reflejar su vida y construir sus significados. De este modo, mientras las feministas trabajan por crear un medio ambiente que conceda más derechos a las mujeres, le deben dejar el tema de la elección a ellas mismas. Si los derechos negociados demuestran una formulación de derechos que difieren de los del discurso dominante, tanto los partidarios como los que hacen las políticas deben comenzar a responder por dichas interpretaciones de derechos contextualmente específicas. Es claro que la concepción de derechos expresada en las voces e historias de las mujeres representadas en este estudio difiere en forma marcada de lo que informa la construcción de la política pública. Uno mismo puede suponer que si la política no engloba las concepciones de las mujeres sobre sus propios derechos es porque quienes la hacen trabajan con falsas ideas de lo que suponen esos derechos.

La apropiación reproductiva y sexual resulta precisamente de las ideas que generan las mismas mujeres respecto a lo que signifi-

como un medio que permite a las personas confrontar en forma activa ciertas situaciones que están llenas de incertidumbre y de falta de información, en lugar de huir de ellas (Enríquez, 1992: 49ff).

ca ser una mujer y una madre en sus comunidades. A su vez, esas ideas, como iluminadas por las voces de las mujeres cuyas historias de vida dan luz a esta investigación, están construidas fuera de las influencias contradictorias que existen entre las duras realidades materiales, las tradiciones patriarcales y un sentido de ser que germina. Por lo tanto, de nuevo la importancia de *sana* marca la diferencia entre lo que ellas son (particular y contextualmente específicas, en vez de universales y genéricas), y lo que sienten que deberían ser.

VIII. EL SUR DENTRO DEL NORTE. LA ELECCIÓN REPRODUCTIVA EN TRES COMUNIDADES DE ESTADOS UNIDOS

DIANNE JNTL FORTE
KAREN JUDD*

Desde los negros del sur hasta las mujeres del norte, todos hablan de derechos; el hombre blanco estará en aprietos muy pronto.

Sojourner Truth, 1851

Estados Unidos es un país cuya gran diversidad social, cultural y regional fue construida por sucesivas oleadas de inmigrantes. Se puede decir que es una tierra de muchas naciones y de muchos pueblos. En este contexto, la situación de las mujeres —y sus actitudes, creencias y comportamientos— es de tal diversidad que cualquier estudio sobre las perspectivas de derechos reproductivos de la mujer puede capturar sólo una parte de dicho mosaico; en el presente estudio consideramos los términos en los cuales ciertos grupos particulares de mujeres, principalmente de color, que habitan en pequeños pueblos del sur y en diferentes vecindarios del norte urbano, expresan un sentido de apropiación personal en relación con los derechos.¹ Pretendemos darle voz a esas mujeres

* Para conformar este capítulo se contó con la colaboración de Eugenia Acuña y Evelyne Longchamp; su contenido se benefició grandemente con la investigación de antecedentes conducida por Diana Ain Davis y Jennifer Nelson, así como con la aportación de Joanna Gould Stuart, quien preparó el informe completo en que se basó este estudio.

¹ El término “personas de color” ha sido ampliamente adoptado en EU para referirse a los pueblos de herencia o cultura africana, latinoamericana o asiática.

que han permanecido calladas por mucho tiempo ante las discusiones sobre los derechos reproductivos en Estados Unidos.

En este capítulo se muestra el contraste entre las vidas reproductivas de las mujeres de tres comunidades, definidas en forma diversa: Soperton, una comunidad rural en el estado de Georgia; Washington Heights, un vecindario de Nueva York con una mayoría de inmigrantes de República Dominicana, y el Consejo Distrital 37, una unión sindical de trabajadores municipales de la ciudad de Nueva York. El común denominador de todas las comunidades estudiadas es la migración y el carácter de inmigrantes de sus residentes. Juntas representan un ejemplo particular dentro de Estados Unidos al que hemos llamado “el sur dentro del norte”: mujeres de color, pobres, inmigrantes, de todas las razas, indígenas, atrapadas en espacios temporales o en lugares como Appalachia o el sureste de Estados Unidos, analfabetas y sin trabajo, cuyas vidas están constreñidas por los “guardianes” de la Iglesia y el Estado dedicados a conservar el *statu quo*. Todas las mujeres de este estudio comparten historias de pobreza y oportunidades de trabajo limitadas; con la excepción de las que están afiliadas al sindicato, inscritas actualmente en un programa de crédito universitario, tienen pocas habilidades y escasa educación, y sus vidas están dominadas por la lucha cotidiana para proporcionar sustento a sus familias. Sus voces, confinadas al silencio por las múltiples formas de prejuicio racial y de clase que impregnan la política pública, revelan algunos de los términos y categorías en que las mujeres pobres y las de color entienden y dan significado a la idea de derechos, entre los cuales se incluyen los reproductivos, y dentro de este marco adoptan estrategias para actuar sobre ellos.

Todas las mujeres incluidas en este estudio participan en grupos, aunque de diferentes maneras y con diferentes propósitos. Las entrevistadas en Soperton, todas ellas afroamericanas, colaboran en un taller de costura y un centro de capacitación que estableció una activista carismática, Cora Lee Johnson, para permitirles obtener trabajo a destajo de fábricas que se encuentran en localidades contiguas. Johnson aprendió sobre “la ley y el sistema”, como ella lo expone, y actualmente pretende lograr el beneficio social con cupones de alimento y vivienda para la comunidad.² Por otro lado, las

² Las estampillas de alimento son vales que emite el Estado y que tienen un

entrevistadas dominicanas de Washington Heights son integrantes de dos grupos distintos: Alianza Dominicana, organización cultural y de servicio que ayuda tanto a varones como a mujeres, y un Centro Dominicano de la Mujer que forma parte de un proyecto de empoderamiento y salud feminista. Además de su decisión de trasladarse a Estados Unidos, las participantes en ambos grupos comparten un historial de migración rural-urbana dentro de la República Dominicana. A menudo son ellas quienes han iniciado este proceso. Una de las entrevistadas explicó: “Cualquiera que progresaba ayudaba a las otras [...] Si alguna de nosotras salía a algún lugar y le iba bien, le decía a las otras y ellas la seguían [...] Yo estudié, comencé a trabajar y luego comencé a llevarme a todas a la ciudad.”

Las del Consejo Distrital 37 están inscritas en un programa de licenciatura que patrocina el sindicato.³ Residen en diferentes partes de la ciudad de Nueva York y su grupo incluye mujeres afro-americanas, caribeñas, latinas y blancas. Ellas también reflejan la historia de migración e inmigración de su país de origen: algunas vienen del sur de EU, otras de Puerto Rico o del Caribe. Asimismo su historia familiar refleja las transformaciones económicas y sociales de los últimos 50 años: “Mi padre fue el primero en venir a la ciudad de Nueva York. Llegó junto con mi madre. Se casó con ella cuando alcanzó la mayoría de edad porque cuando llegó aquí tenía 16 años. Junto con ellos trajeron su cultura y su historia y así es como criaron a sus hijos.” Otra recordó: “Mi padre y mi madre llegaron de Virginia y de Carolina del Sur. [La vida] era difícil porque eran aparceros. Tenían que depender de alguien más para conseguir dinero.” Y otra cuenta: “Llegué aquí con mis padres [...] mis bisabuelos fueron traídos de India como esclavos a Guyana, quienes después de la abolición iniciaron un negocio cocotero.”

valor fijo; se pueden intercambiar por alimentos básicos en los almacenes y tiendas de la zona.

³ El Consejo Distrital 37, el sindicato más grande dentro de la Federación Americana de Empleados Estatales, del Condado y Municipales (FAEECM), comprende muchas organizaciones locales, incluyendo al sindicato de trabajadores administrativos. La mayoría de sus miembros son mujeres.

Sin embargo, la vida por la que optaron nuestras entrevistadas fue muy diferente en cada una de las tres comunidades, a pesar de compartir historias de pobreza. El factor principal que dio forma a estas elecciones fue de tipo económico: mientras unas cuantas tienen ingresos que las sitúan en la clase media, la mayoría labora en trabajos no profesionales, las que están afiliadas al sindicato cuentan con trabajos estables, prestaciones de asistencia médica y retiro garantizados, mientras las de las otras dos comunidades dependen de trabajos de medio tiempo o de temporada y carecen de prestaciones. Todas las entrevistadas participaban en algún tipo de grupo y se hizo evidente que la naturaleza de éste influía en la conciencia que tenían de sí mismas como ciudadanas y como mujeres, y también en su percepción de los derechos. En general, quienes se reunían para lograr su acceso a los servicios o para compartir sus experiencias tenían menos confianza en sí mismas y menos certeza de sus derechos que quienes participaban en grupos que politizaban el contexto del trabajo, la educación y los roles de la mujer. Otro factor determinante fue la naturaleza de su relación con la comunidad en que vivían; para algunas, la supervivencia dependía de su familia y su comunidad, mientras que para otras demandaba una ruptura. De este modo, a pesar de compartir antecedentes de pobreza y dificultad, la vida de las mujeres que permanecieron en el pequeño pueblo del sur es muy diferente de las que se fueron a vivir a la ciudad, lo que ofrece un contraste vívido entre las que pueden trabajar para alcanzar sus sueños y las que no cuentan con la posibilidad de hacerlo.

Este capítulo pretende delinear los modelos de relación entre la educación y el acceso al empleo, la participación en grupos organizados y las elecciones que enfrentan las mujeres pobres cuando tienen oportunidades y las situaciones que aceptan cuando no tienen ninguna opción. En este sentido, los derechos y la identidad están fuertemente entrelazados con la raza, la religión y la cultura, así como con el trabajo y la educación, la pobreza y el bienestar. Al analizar la historia de estas mujeres tratamos de desenmarañar dichas fuerzas para aprender cómo es que perciben sus derechos, en particular los relacionados con la reproducción; qué les da fuerza para enfrentar obstáculos con el fin de obtener aquello que consideran su derecho; y lo que las hace someterse a esas barreras que parecen infranqueables.

EL PROCESO DE INVESTIGACIÓN

El equipo de investigación de EU está integrado por científicas sociales, defensoras de las mujeres, activistas de la salud y profesionales del ramo.⁴ El objetivo del grupo surge del reconocimiento de que las actitudes y creencias de las mujeres de bajos recursos, en especial las de color, suelen perderse en discusiones generales de derechos reproductivos; de ahí que el equipo decidiera enfocar su atención en las participantes en grupos organizados, suponiendo que podrían articular mejor dichas creencias en formas que incidirían en los términos de la discusión. Tras seleccionar ciertas comunidades que conocían bien o donde tenían relaciones laborales, las investigadoras condujeron las entrevistas a profundidad, entrevistas abiertas e historias de vida, que complementaron con grupos focales integrados por voluntarias de cada organización.⁵ Alentaron a las mujeres a hablar sobre sus historias reproductivas; su familia, historiales de empleo y de educación; sus ideales culturales y religiosos; sus aspiraciones personales; los problemas que enfrentan y todo el rango de sus necesidades.

Las integrantes del equipo estuvieron de acuerdo en que la discusión pública de salud y elección reproductiva en EU a menudo no reconoce que la reproducción no se limita al control de la

⁴ Dianne Jntel Forte, Junece Barringer Hunt y Gejuanna Smuth diseñaron y llevaron a cabo la investigación de campo en Georgia; Eugenia Acuña y Graciela Salvador Dávila en Washington Heights; y Eveline Longchamp en el Consejo Distrital 37, con apoyo institucional del Proyecto Nacional de Salud de la Mujer Blanca. Vilma Ramírez, Rosa LaVerge y Margarita Asha Samad-Matías ayudaron en diferentes formas con la investigación, mientras que Tola Olu Pearce proporcionó valiosa información y asesoría. Un estudio piloto en Appalachia, realizado por Patricia Antoniello, contribuyó con valiosas comparaciones entre mujeres blancas pobres (véase Antoniello, 1994). Mary Lefkarites, Nondita Manson, Patricia Antoniello y Dianna Jntel Forte fungieron como coordinadoras del país en diferentes etapas.

⁵ Se reunió información completa de 35 mujeres del taller de costura de Soperton; 26 de Alianza Dominicana; 16 del proyecto de salud dominicano, y 50 de dos clases separadas del programa de crédito universitario del sindicato. Para capturar un rango más amplio de puntos de vista y experiencias, se entrevistó adicionalmente a siete líderes de la comunidad de Soperton, desde la *sheriff* hasta la administradora de la clínica de salubridad, aunque no están en la base de datos. Las entrevistadas incluyen adolescentes al igual que mujeres mayores; todas, excepto dos, son de color.

fecundidad. Más bien y en forma crucial está determinada por la presencia o ausencia de otras opciones para definir la etapa adulta de las mujeres. En este contexto, la reproducción está “arraigada en una situación de vida de la mujer y toma forma no sólo a través de condiciones médicas, sino también a través de fuerzas sociales y relaciones de poder que varían desde el nivel de la familia al de las instituciones internacionales” (Obermiller, 1994: 42). Estamos de acuerdo con Petchesky (1990) en que las condiciones estructurales inciden fuertemente en las altas tasas de aborto y de embarazo en adolescentes, situación que coloca a Estados Unidos en un plano distinto al de las naciones más industrializadas: carencia de un sistema universal de salud, pobreza continua, desigualdad, y ambivalencia intencional hacia la sexualidad femenina en los medios de comunicación y en la cultura política. Por estas razones las dinámicas de raza, clase y género siguen siendo críticas en la discusión de los derechos relacionados con la reproducción y la(s) sexualidad(es).

El equipo estadounidense entendió que las mujeres estudiadas podrían no interpretar sus experiencias reproductivas específicas como consecuencia de la planeación de políticas públicas y de condiciones económicas, educativas y sociales, y que era necesario establecer las conexiones entre las vidas de las mujeres y sus elecciones reproductivas y el conexto más amplio en el cual se inscriben. Muy a menudo las feministas ven a las mujeres pobres como indefensas, sin advertir que ellas crean sus propias formas de afirmar su poder. Las mujeres cuyas voces son plasmadas aquí representan un reto a las ideas tradicionales sobre la mujer pobre y marginada que la describen como víctima indefensa del sexismo, el racismo y la inequidad de clase. Ellas son sobrevivientes que combaten para evitar ser aplastadas o paralizadas en la enorme lucha cotidiana por lograr sobrevivencia, dignidad y un sentido de ser.

RAZA, RELIGIÓN Y CULTURA

Desde el punto de vista histórico, la pequeña comunidad rural del sur de EU ha conservado una cultura y conciencia propia que persisten hoy día como recopilación coherente de suposiciones, valores, tradiciones y compromisos. Se caracteriza por el localismo, la

violencia, la religiosidad, el conservadurismo político, el racismo, la pobreza y la herencia del sistema de plantaciones, sostenido por los 200 años de esclavitud africana que comenzaron el siglo xvii (Hill, 1988: 37). A lo largo de esta historia, el sur mantuvo el orden por medio de su deferencia y sometimiento a la autoridad tradicional en que los blancos tenían un poder policial informal sobre todos los negros. A lo largo de la región, en donde había un desproporcionado número de pobres, la mayor parte de la población negra rural sigue siendo muy pobre, su educación es deficiente, y algunos continúan aislados de la sociedad.

De este modo, el tema de la raza es central para entender cómo se construyen los derechos en el sur rural. En ningún lugar es más importante que en Soperton, Georgia, un pueblo de 3 000 habitantes que se localiza en el condado de Treutlen, a tres horas y media de la capital del estado, Atlanta. Aunque aparentemente negros y blancos conviven pacíficamente, una residente dijo que uno tiene que vivir ahí para darse cuenta de la realidad:

Si va al banco y mira alrededor, verá que no hay negros en los bancos. Ellos tienen una niña negra [...] dicen que se les perdió dinero, así que la despidieron. Después de que la despidieron el dinero apareció [...] Sólo dos tiendas en el pueblo tienen a negros trabajando para ellos. En la planta donde trabajo no hay supervisores negros y algunos negros han trabajado ahí por 30 años.

Aunque los blancos representan 66% de la población del condado y casi 78% en el sur en general, la población de Soperton está dividida equitativamente entre blancos y negros.⁶ El pueblo ha estado manejado por las mismas tres familias blancas desde su fundación, y las escuelas fueron apenas integradas en 1970. Tal integración ocasionó algunos pleitos e intercambio de groserías, pero no hubo violencia abierta a gran escala. En Soperton aún se organizan

⁶ El sur de EU consta de siete estados: Alabama, Arkansas, Florida, Georgia, Louisiana, Mississippi, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Tennessee, Texas y Virginia, con una población total de 85 466 000, de la cual 76.8% es blanca, 18.5% negra, 0.7% nativa americana, 1.3 asiática y 7.9% hispana (Oficina de Censos de EU, 1991). Desde finales de los años sesenta, la tasa de crecimiento de la población en el sur ha excedido las de otras regiones del país.

un baile de gala (baile de graduación) escolar para negros y otro para blancos. La segregación en la vivienda es muy marcada, y la élite negra no vive en el exclusivo vecindario blanco, pero tiene su propia área residencial. Negros y blancos asisten a iglesias separadas. Otro aspecto del racismo se ve en el matrimonio interracial. Una entrevistada comentó: “En Soperton no hay matrimonios interraciales, pero muchos interraciales salen juntos. Si un muchacho negro sale con una muchacha blanca algunas personas blancas quieren llamar a la policía. Pero si una muchacha negra sale con un blanco, no dicen nada.”

En las cortes, según dicen algunos residentes, las sentencias tienen el sello de la raza; probablemente una persona blanca quedará en libertad y una persona negra irá a prisión por el mismo crimen.⁷ En 1994, la única alberca pública de Soperton era sólo para blancos. En un acto poco común de resistencia, los negros firmaron una petición para que se hiciera una alberca para negros. Se asignó el dinero, pero no se construyó. Otros intentos por alterar el orden de las cosas también han fallado. En cierta forma es como si el movimiento de derechos civiles hubiera pasado por alto este pueblo.

En contraste, Washington Heights, una comunidad distrital de la ciudad de Nueva York con menos de 200 000 habitantes, es extraordinariamente dinámica. Un total de 44% de su población proviene de República Dominicana, y por tal predominancia ha ganado el nombre de “*quisqueya heights*” en alusión al nombre indígena de su isleña tierra natal. Las calles de Washington Heights son virtualmente un mercado: se ofrece yuca y calabaza, mangos y papaya, velas y flores, juguetes y baterías, en las afueras de una serie de tiendas pequeñas cuyos dueños son dominicanos; hay servicios de transferencia de dinero, escuelas de manejo y agencias de viajes. El idioma español predomina en las calles, orquestado por los *merengues* (músicaailable) que resuenan desde una variedad de tiendas o de carros estacionados. Localizada en el corazón del área urbana más grande del país, donde las luchas por los derechos ci-

⁷ Éste es un modelo común bien documentado en Estados Unidos, donde uno de cada tres hombres blancos entre 18 y 25 años de edad tuvo alguna experiencia con el sistema de justicia criminal.

viles tienen una larga historia, la comunidad dominicana es intensamente política. A la primera ola de inmigrantes dominicanos la siguió la invasión de EU a la República Dominicana en 1965, motivada por una sublevación que pretendía restaurar a un presidente populista derrocado por la clase militar de la isla y que provocó temores de revolución en la élite gobernante. Como reflejo de su cultura altamente politizada, muchos dominicanos catalogan sus vidas en términos de “antes de la revolución” y “después de la revolución”. Muchos sueñan con regresar a casa y algunos lo hacen una vez que han concluido su educación o cuando han ahorrado el dinero suficiente para construir una casa.

En 1990, 30% de la población de la ciudad de Nueva York —de más de siete millones— había inmigrado recientemente. Antes de la promulgación del Acta de Inmigración y Nacionalidad de EU de 1965 la mayoría de los inmigrantes llegaban de Europa y otras partes de Norteamérica, pero desde 1965 la proporción de los llegados de Asia, Sudamérica y África se elevó, siendo el Caribe y América Central las regiones que más aportaron. Además, 40% de los inmigrantes caribeños y 35% de los sudamericanos se establecieron en la ciudad de Nueva York, incluyendo 60.8% de los dominicanos. Estas tres últimas regiones constituyen la porción más alta de los llegados a Nueva York durante los años ochenta, pues son un poco más de la sexta parte del total (NYC DCP, 1992a).

Aunque las proporciones de migrantes por sexo varían dependiendo del país de origen, en general las inmigrantes femeninas superaron a su contraparte masculina en la ciudad de Nueva York durante los años ochenta, debido principalmente a la demanda de domésticas y costureras. Entre los dominicanos, la proporción de mujeres y hombres era de 100 a 94 en 1989. Según el Departamento de Planificación de la ciudad de Nueva York (NYC DCB, 1992a: 73), las mujeres son cada vez más las “pioneras inmigrantes, que establecen ‘cabezas de puente’ para inmigraciones posteriores”. Luego estas mujeres ahorran dinero para financiar a sus familias y a otros inmigrantes. A diferencia de las primeras inmigrantes, ellas no dependen de sus maridos para obtener la *green card*, el permiso de residencia y trabajo de EU. En lugar de eso, su estatus pionero, difícil sin embargo, contribuye a que las inmigrantes creen un sentido de identidad y de autoridad positivo.

Su organización es una forma de vida de la comunidad dominicana, tanto para las mujeres como para los varones. Incluso quienes no pueden votar participan haciendo campaña y repartiendo folletos. Ya han logrado elegir a un miembro del Consejo de la Ciudad. Las mujeres también han formado sus propias organizaciones, en las que se incluyen el Centro de Desarrollo de la Mujer Dominicana y el Comité de Mujeres Dominicanas. Algunas trabajan activamente en organizaciones de mujeres negras latinoamericanas en la ciudad de Nueva York. De este modo, mientras la comunidad aún espera que pasen su vida dependiendo de un hombre, las expectativas de ellas están cambiando: “la mujer debería organizarse”, dicen las entrevistadas, o “la mujer debe asistir a la escuela”.

Tal vez sorprenda que en esta comunidad altamente politizada, las encuestadas, muchas de las cuales son negras, dijeran que el racismo no es un tema principal para ellas. Siendo la segunda población más numerosa de latinos en la ciudad (64.4%), el vecindario alberga a puertorriqueños, cubanos, mexicanos y centroamericanos al igual que a dominicanos. Los latinos también comparten el distrito con afroamericanos y blancos, incluyendo a un número creciente de rusos judíos (Garfield, 1994). De este modo, a diferencia del sur, donde el racismo es blanco y negro, en Washington Heights la discriminación opera en otra forma e incluye idioma, cultura y religión, al igual que el color de la piel. Cuando se preguntó a las entrevistadas sobre el racismo, dijeron que experimentaban discriminación principalmente en términos del idioma.

El papel de la religión en la vida inmigrante dominicana está cambiando en forma sutil. Aunque virtualmente todas las mujeres fueron criadas como católicas, muchas se están retirando de la Iglesia; asisten a misa, pero la Iglesia ya no determina sus decisiones, incluyendo las relacionadas con el matrimonio y las hijas. En el mejor de los casos, les ofrece un sentido de identidad social. Así, una de las dominicanas que ya no practica el catolicismo dijo: “Soy madre soltera [...] pero si algún día me caso, va a ser con un hombre que sea católico.” Muchas reciben las enseñanzas de la Iglesia por medio de la familia; si necesitan consejos consultan a algún pariente o a una amiga en lugar de un cura. Para las más jóvenes, que

aceptan más la influencia de sus iguales, los problemas están cambiando. Las niñas que crecen en Nueva York ya no reciben la misma protección que tuvieron sus madres en la República Dominicana; ahora toman clases de liderazgo y educación sexual lo que no habría sido posible en la casa materna.

Por otro lado, en Soperton, donde la mayoría pertenece a sectas bautistas o protestantes pentecosteses, la religión desempeña un papel crucial en el mantenimiento de las normas de la comunidad. Un ministro pentecostés reconoció que existía racismo en el lugar, pero agregó: “El verdadero enemigo es el diablo.” Después de observar la cantidad de tierras que los negros habían poseído y perdido, dijo: “En Cristo está la verdadera libertad [...] por medio de Cristo hay justicia.” Aparentemente este hombre cree que los blancos y los hombres de todas las razas tienen un derecho dado por Dios que gobierna: “Puedes mirar a tu alrededor y ver a quién ha puesto Dios en una buena posición”, dijo. “Recuerdo una escritura en particular que dice que los regalos provienen del Señor; algunos son siniestros, pero la mano de Dios está en ellos.” Cuando se refiere a la familia, dice: “El hombre debe tener la decisión final.”

Sin embargo, para los afroamericanos, especialmente en el sur, la Iglesia negra ha representado no sólo la agencia social básica, la salud, la educación y el bienestar, sino también el foco de resistencia al domino blanco y, para muchos, el único terreno en el que pueden tomar decisiones por sí mismos (Quarles, 1989). En la actualidad, pese a que ha perdido muchas de estas funciones, sigue siendo la piedra angular de la salvación religiosa y el nexo social y cultural de la vida de los negros. Esto es especialmente verdad en Soperton, donde no existe ningún cine ni centro recreativo y además del festival anual de artesanías que organiza una compañía extranjera, sólo hay actividades sociales patrocinadas por la Iglesia. No sorprende que muchas entrevistadas consideraran a la religión como parte de sus derechos; una afirmó que “un derecho sólo es un derecho si es *derecho*”, mientras que otra dijo: “Un derecho a Jesús.” En Soperton los grupos de mujeres realmente nunca se desarrollaron y éstas rara vez socializan fuera de la iglesia.

EMPLEO, POBREZA Y BIENESTAR

A pesar de sus diferencias religiosas y culturales, la educación y las oportunidades de empleo para las mujeres en Soperton y en Washington Heights son extraordinariamente parecidas, pues están determinadas por las mismas fuerzas económicas que separan cada vez más a los ricos de los pobres en el país. De hecho, en la actualidad Estados Unidos tiene una de las brechas más grandes entre ricos y pobres y uno de los niveles de pobreza más altos en el mundo industrial. De 1979 a 1993, con oleadas sucesivas de despidos en corporaciones y el sector público, 20% de los sueldos reales de los asalariados mejor remunerados crecieron 10.4%, mientras que 20% de los peor pagados se redujeron (Gordon, 1996). Los estadounidenses que viven en la línea de la pobreza son casi 50 millones, o lo que es lo mismo, 19% de la población (UNDP, 1997). Más y más mujeres están incorporándose a la fuerza laboral, concentrándose principalmente en la industria de servicios y percibiendo salarios bajos; cada vez más se ocupan en actividades de medio tiempo, temporales o por contrato, y toman dos e incluso tres trabajos para alcanzar sus metas.⁸ Durante los años ochenta, conforme desaparecían los empleos manufactureros, los sueldos de las trabajadoras caían abruptamente, y así se reducía de manera gradual la brecha salarial entre varones y mujeres durante este periodo (Mishel, Bernstein y Schmitt, 1996). Aun así, en 1995 las ganancias anuales de las trabajadoras de tiempo completo seguían representando sólo 71.4% de las de los varones; las de las negras 64.2% y las de las latinas 53.4% de las ganancias de los hombres blancos (Departamento de Comercio de EU, Oficina de Censos, 1996).⁹

Desde los años cincuenta el sur se convirtió en un lugar propicio para la manufactura extranjera y nacional, atraída por los ba-

⁸ Mientras en la actualidad las mujeres conforman 46% de la fuerza de trabajo, representan dos terceras partes de los trabajadores de medio tiempo y eventuales (US DOL, 1996). A ellas les corresponde 85% del aumento de personas con trabajos múltiples de 1989 a 1995 (Mishel, Bernstein y Schmitt, 1996).

⁹ Calculadas en forma semanal y no anual, las ganancias de las mujeres representaron 75.5% de las de los varones, pero estas cifras no incluyen los bonos y las horas extra de trabajo, que benefician básicamente a los varones (US DOL, 1996).

jos costos de la mano de obra, reducidos impuestos y pocos sindicatos (Foust, 1993). El sur de EU refleja las mismas dinámicas de comercio internacional y capital social global que caracterizan a los países en desarrollo. En el sureste, donde el crecimiento del empleo le ha tomado la delantera a la nación en su totalidad, uno de cada cuatro trabajadores manufactureros recibe su sueldo de un patrón extranjero. Sin embargo, las restricciones a los sindicatos ayudan a mantener bajos los salarios y elevado el índice de empleos de medio tiempo y de temporada que no tienen derecho a prestaciones. Los estados sureños todavía están entre los más bajos del país en términos de indicadores sociales, como el analfabetismo, el escaso gasto público en educación y la alta mortalidad infantil.

El empleo con baja remuneración es característico de la comunidad dominicana en Washington Heights. Hace no muchos años, en 1996, la ciudad de Nueva York en su conjunto luchaba por salir de una recesión regional severa. El empleo cayó 9.3% de 1989 a 1993, lo que significó una pérdida de 334 000 plazas (Departamento de Comercio de EU, Oficina de Censos, 1993) y tuvo como consecuencia la ampliación de la brecha entre la mano de obra calificada, cuyas ganancias se incrementaron, y la población pobre, más frecuentemente desempleada y con menos habilidades de las que requerían las industrias de tecnología de punta de la ciudad.

A lo largo de las tres décadas pasadas Nueva York se ha convertido en un centro de expansión tecnológica global y las inmigrantes han paliado su creciente necesidad de empleo insertándose en las áreas de servicios (principalmente en la industria del vestido) y en el trabajo doméstico percibiendo salarios bajos. Los sindicatos se han ido organizando, aunque lentamente, en estos sectores fuertemente dominados por mujeres e inmigrantes. A diferencia de los trabajos del sector público, que le ha ofrecido nueva seguridad económica a muchas mujeres —en especial a las negras y latinas— el mercado laboral informal abierto a las inmigrantes les proporciona empleos menos estables, con salarios bajos y sin ninguna prestación. En Washington Heights, 59% de los varones y 39.3% de las mujeres informaron estar trabajando: 49% en trabajos de servicios (hospitales, casas cuna, hoteles, restaurantes, guarderías); 18% en fábricas y 10% en trabajos de apoyo administrativo. Además, 44% de los hoga-

res en Washington Heights, estaba dirigido por una mujer soltera. Como resultado, 30% de la población del distrito tenía ingresos por debajo del nivel de pobreza y 34% recibía alguna forma de ingreso de la asistencia gubernamental (Garfield y Abramson, 1994).¹⁰

De este modo, a gran parte de la población de Soperton y de Washington Heights se le cataloga oficialmente como “pobre”, categoría que va en ascenso y abarca cada vez a mayor número de habitantes en el país, pues la proporción de pobres en los años noventa excede a la de las tres décadas anteriores. En 1992, 14.5% de la población de EU (más de 36 millones de personas) estaba clasificado como pobre, basándose sólo en los ingresos percibidos en efectivo antes de pagar impuestos. Aunque el número de blancos que viven en la pobreza excede al de otros grupos étnicos, las proporciones son mucho más altas para estos grupos, 11.6% de blancos, 33.3% de negros y 29.3% de hispanos que viven en la pobreza. La tasa de pobreza es más alta en los hogares encabezados por una mujer soltera; la mitad de todas las familias de padres solteros viven en la pobreza; los hogares encabezados por una mujer constituyen 38.7% de todas las familias que viven en estas condiciones. En la ciudad de Nueva York el número más grande de personas que reciben ayuda de la asistencia social corresponde a familias de padres solteros con hijos; de ahí que casi 30% de los niños de la ciudad sean pobres (Departamento de Comercio de EU, Oficina de Censos, 1993).

El principal programa de asistencia social, Ayuda a las Familias con Niños Dependientes (AFND), ha proporcionado fondos desde 1950 para estos niños al igual que para las madres pobres que los cuidan. Cuando realizamos la investigación, la legislación federal establecía que a toda persona que se considerara elegible para asistencia pública se le garantizarían pagos mensuales, aunque las cantidades variaban bastante dependiendo del estado.¹¹ Desde enton-

¹⁰ En 1995 se estimó el nivel de pobreza nacional en 15 141 dólares por familia de cuatro integrantes. Debido al alto costo de la vida en la ciudad de Nueva York, se estableció su nivel de pobreza en 125% del federal.

¹¹ Los estados siempre han determinado la elegibilidad y el nivel de prestaciones. En 1992 el promedio de prestaciones AFDC por familia de tres integrantes era de 372 dólares mensuales, aproximadamente 40% del nivel de pobreza oficial (National Commission on Children, 1993).

ces el Acta de Reforma de Asistencia Social Nacional, aprobada en 1996, le da a los estados una cantidad fija para que gasten en asistencia social. Basándose en una evaluación de necesidades que se realiza una sola vez y que establece límites estrictos de por vida sobre los subsidios, le niega esta ayuda a los drogadictos y a los inmigrantes ilegales, y permite a los estados que se la nieguen a los inmigrantes legales.¹²

Pero el Programa de Ayuda a Mujeres Pobres con Hijos ha sido fuente de discusión casi desde su introducción. Así durante los setenta, al mismo tiempo que la brecha económica entre ricos y pobres comenzara a ampliarse, se iniciaron los ataques a la asistencia social —conocidos como “programa de apropiación”—, y sus beneficiarios se volvieron más ubicables; con ello se extendió la idea de que la pobreza era un problema individual y no social, una señal de fracaso e ineptitud. Los subsidios han estado cada vez más ligados a los requerimientos de trabajo, y se ha reforzado el mensaje de que quienes los reciben no son capaces de trabajar, en lugar de pensar que son incapaces para encontrar trabajo. Todo esto ha engendrado sentimientos ambivalentes entre muchos beneficiarios, actitud que influye en su percepción sobre cualquier forma de derecho personal (Abramovitz, 1996). No sorprende que en este estudio muy pocas de nuestras entrevistadas reconocieran que recibían ayuda de la asistencia social, a menos que se les preguntara de manera directa. En Soperton hablaban del trabajo que alguna vez tuvieron, o esperaron tener, como costureras o secretarías, incluso si estaban desempleadas o recibían ayuda económica.

PERTENENCIA AL SINDICATO Y SEGURO DE TRABAJO

En este contexto, los sindicatos, que por décadas estuvieron marcados por su acción en negocios combinados y por ataques gubernamentales,

¹² Los límites de edad varían dependiendo del estado; en Nueva York es de cinco años, mientras que en Georgia es de dos años. En el estado de Nueva York los inmigrantes legales son elegibles para recibir asistencia, dependiendo de la fecha de su llegada, y los inmigrantes ancianos o discapacitados pueden seguir teniendo estampillas de alimento.

mentales, ahora representan menos de 15% de la planta trabajadora del país, y por ello han comenzado a prestar mayor atención a las organizaciones de mujeres y las minorías, quienes forman el grueso de la fuerza laboral en la ciudad de Nueva York. Una porción de su fortaleza está en el sector público, en donde como consecuencia de las políticas de acción afirmativa, las mujeres y las minorías han encontrado empleos relativamente buenos que les otorgan prestaciones y seguros; así, para mediados de los años ochenta, 24% de las mujeres que trabajaban en el sector gubernamental eran de color, contra con 14% de todas las mujeres empleadas (Bell, 1985).¹³

Mientras las mujeres trabajan en todas las áreas del gobierno, la mayor parte se concentra en labores educativas, de salud, servicio social y administración. Debido al carácter de ciertas profesiones tradicionalmente femeninas en el sector público —enseñanza, biblioteconomía y trabajo social—, es mucho más probable que las que trabajan en el gobierno desempeñen labores clasificadas como profesionales frente a aquellas que trabajan en el sector privado. Pero las empleadas administrativas también están sobrerrepresentadas en el sector público al constituir 42% de la fuerza laboral femenina, superando 35% en el área económica en general; y el sueldo promedio para las que laboran tiempo completo en el sector gobierno es el mismo que el de todas las trabajadoras de tiempo completo. Aun así, el empleo en el gobierno les ofrece mayor seguridad y mejores prestaciones que en los sectores manufacturero o de servicios (Eaton, 1992).

En retrospectiva cabe recordar que aunque no existían esfuerzos organizados dirigidos específicamente a las trabajadoras antes de los setenta, éstas han asumido rápidamente posiciones de liderazgo en los sindicatos del sector público, y los temas de interés que las mueven se han vuelto más importantes en las agendas de los mismos. El éxito aquí refleja no sólo la fuerza de los sindicatos en dicho sector y el ingreso constante y creciente de las mujeres, sino también la tenacidad y los esfuerzos de las feministas dentro del

¹³ Las políticas de acción afirmativa, que actualmente son blanco de ataques, establecen que la raza y el género deben referirse como calificaciones adicionales para las oportunidades educativas y de empleo.

movimiento obrero. Para fines de los años ochenta más de 40% de los 7.7 millones de trabajadoras del gobierno estaba representado por un sindicato o una asociación obrera, con más del doble del nivel organizativo entre las trabajadoras del sector económico de EU en general (Eaton, 1992).

El Consejo Distrital 37, el sindicato local de empleados públicos más grande de la nación, representa a 130 000 trabajadores de la ciudad de Nueva York, la mayoría de los cuales son mujeres con puestos administrativos y semiprofesionales. Así pues, ellas han tenido éxito en atraer la atención del sindicato hacia temas como: igualdad salarial para el mismo trabajo; igualdad de oportunidades para el acceso a trabajos no tradicionales, a menudo mejor pagados; horarios de trabajo más flexibles, y creación de carreras que ayuden a obtener ascensos, y capacitación.¹⁴ Recientemente un Comité de Asuntos Lésbicos y Homosexuales presionó al sindicato a negociar un acuerdo con el gobierno de la ciudad para incluir a las parejas domésticas de los miembros del sindicato en los servicios de salud cubiertos por el mismo.

En la actualidad, debido al recorte del gasto gubernamental programable, los sindicatos del sector público se han enfocado más en lo relativo al trabajo y las prestaciones. En este tenor, las mujeres—incluyendo las de color— son las empleadas de más reciente ingreso en el sector público, y por ende las más vulnerables al despido. Justamente cuando han ganado puestos de liderazgo sindical, no pueden darse el “lujo” de abogar por la satisfacción de las necesidades más apremiantes de las trabajadoras y a menudo se relegan dichos temas. Sin embargo, al mismo tiempo los sindicatos siguen siendo poderosos en cuanto a la discriminación racial y son más desinhibidos respecto a la acción afirmativa. Las entrevistadas dentro del programa de educación apreciaban la seguridad que esto les ha otorgado. Como expresó una mujer que había experimentado dis-

¹⁴ A pesar de que en los años noventa la legislación estableció igual paga por igual trabajo, las mujeres siguen ganando menos que los varones, básicamente porque abrumadoramente se les segrega a las tareas catalogadas como “trabajo de mujeres”, que se valoran menos que las que realizan los varones y requieren el mismo grado de habilidades y calificaciones. La campaña de paga igualitaria no sólo pretende igualar salarios, sino acabar con algunos de los persistentes modelos de segregación en el trabajo.

criminación racial en un empleo anterior: “Con el sindicato tienes a alguien que te defiende. En un trabajo no sindicalizado, estás ahí [...] sólo trabajas, sólo haces lo que te dicen que hagas; no tienes ningún derecho.”

DERECHOS REPRODUCTIVOS: UNA PERSPECTIVA GENERAL

Las feministas estadounidenses emplearon por primera vez el término “derechos reproductivos” a fines de los años setenta con la intención de resaltar las condiciones y los recursos que hacen posibles las decisiones reproductivas. El término reflejaba una comprensión de las diferentes perspectivas entre las mujeres de clases y antecedentes raciales diversos y reconocía que el control significativo sobre la reproducción va más allá del derecho al aborto. Las feministas radicales han insistido en que sólo el aborto libre garantizaría el control de las mujeres más oprimidas sobre la reproducción, y han hecho explícita la conexión entre una sexualidad femenina liberada y la autoridad sobre la reproducción (Echols, 1989; Fried, 1990). Sin embargo, casi todos los defensores de los derechos reproductivos se dieron cuenta posteriormente de que el aborto no podía estar separado del derecho a una procreación segura, a no ser esterilizada, o a tener un cuidado de la salud asequible; ello en gran parte debido al liderazgo de las mujeres de color. Realizaron campañas para informar y promover todos estos derechos para las mujeres pobres, rurales y de color; se insistió en que todas las mujeres deben tener “el derecho y la posibilidad de elegir cuándo, cómo, con quién, y si se desea tener hijos” (Davis, 1990; Tervalon, 1988; Fried, 1990). Ahora la agenda de los derechos reproductivos incluye el acceso a la educación y al trabajo, a guarderías, vivienda y salubridad, así como al aborto, la contracepción y la oposición al abuso de la esterilización.¹⁵

¹⁵ El Proyecto de Salud de la Mujer Blanca, la Asociación de Mujeres de Color de la Coalición Religiosa por el Derecho al Aborto, la Mesa Redonda Latina, la Organización Nacional de Salud Latina, la Red Nacional de Derechos Reproductivos y el Comité por los Derechos al Aborto y Contra el Uso de la Esterilización (CDACUE) influyeron de manera particular.

El movimiento de derechos reproductivos formuló el derecho a elegir en términos no sólo de la libertad legal sino también de los recursos económicos y las condiciones sociales que hacen posible ejercer la elección, y así aumentó su capacidad para influir en la opinión pública. Sin embargo, su éxito fue igualado por una oposición fuerte y organizada que pese a todo fue opacada al dictarse las primeras leyes que legalizaban el aborto en Nueva York y California en 1970 y 1971, y especialmente siguiendo la decisión de la Corte Suprema de 1973 de legalizarlo con el derecho a la privacidad, consagrado constitucionalmente. Esta oposición logró una coalición sin precedentes entre los sectores fundamentalistas de las iglesias católica y protestante, que se unieron en torno de un modelo de familia patriarcal tradicional, que resurgió con fuerza en los años ochenta (Petchesky, 1990, 1987; Shapiro, 1985). De hecho, los mismos cambios sociales que promovieron el resurgimiento del feminismo en los setenta, incluyendo la entrada de un creciente número de mujeres a la fuerza laboral, el dramático incremento de los divorcios y el aumento de los padres y madres solteros, contribuyeron a la habilidad de este movimiento cristiano conservadorista, denominado *Provida*, para movilizarse en defensa de la familia y de las normas sexuales tradicionales. Mientras menos comunes son estas normas tradicionales (las familias biparentales con hijos representan menos de la mitad de las familias en EU), más empeño muestra este movimiento para mantener los ideales de la vida estadounidense. A quienes violan estas pautas —con la paternidad uniparental, el divorcio, relaciones sexuales fuera del matrimonio, homosexualidad y lesbianismo, o aborto— se les juzga como a personas que no merecen el apoyo público. Decisiones recientes de la Suprema Corte han sostenido como válidas numerosas restricciones estatales sobre los abortos, haciéndolos cada vez más difíciles para las mujeres pobres o las adolescentes. Así, la retórica y la moral religiosa en favor de la familia se han convertido en sinónimo de la erradicación de programas de asistencia social para los pobres.

Hoy día, a pesar de los esfuerzos feministas, los derechos reproductivos en Estados Unidos siguen restringidos; particularmente para las mujeres pobres, las rurales, las jóvenes, las de color y las inmigrantes. Los embarazos de adolescentes, las enfermedades de

transmisión sexual (ETS) y el sida, las restricciones al aborto y la violencia hacia las mujeres, representan sólo unas cuantas barreras contra su autodeterminación. La agobiante pobreza que enfrentan muchas madres solteras, el sexismo laboral que se manifiesta en la reducción de los salarios a las mujeres, el acoso sexual público y privado, los servicios de salubridad inadecuados y la falta de acceso a la educación, son todos temas que es preciso tratar antes de que las estadounidenses puedan alcanzar sus derechos reproductivos.

Mientras Estados Unidos mantiene una de las tasas de aborto más altas entre los países industrializados, con 1.4 millones por año (88% en los tres primeros meses de embarazo), la disminución de los fondos públicos, las restricciones en asignaturas secundarias, las regulaciones sobre asesoría obligatoria y la intimidación por medio de la violencia y las amenazas de violencia han cobrado sus víctimas: para 1993, 84% de todos los condados de EU y 94% de los ubicados fuera de un área metropolitana no contaban con personal entrenado y capacitado para practicar abortos. El organismo y el programa estatal de asistencia sanitaria para personas de bajos ingresos (un seguro de salubridad con patrocinio gubernamental) se encuentran disponibles para realizar abortos únicamente en 15 estados, y en nueve de éstos sólo se practican con una orden de la Corte (Lerner y Freedman, 1994). Sólo 12% de los programas de residencia en obstetricia y ginecología requieren capacitación en procedimientos de aborto (Westhoff, 1994).

No sorprende que los servicios de salud prenatal e infantil se encuentren mayormente en las comunidades de bajos ingresos, entre afroamerican@s, latin@s, inmigrantes y comunidades en tránsito. En Estados Unidos casi 14 millones de personas no pueden pagar un seguro médico, incluyendo a nueve millones de mujeres en edad de procreación (Lerner y Freedman, 1994). Entre las personas de color, 31% carece de dicha cobertura, y sólo 14% de los blancos; como consecuencia, las comunidades más pobres se ven asoladas por altas tasas de mortalidad infantil, una gran proporción de bebés con poco peso al nacer y con enfermedades infantiles transmisibles (Carnegie Corporation of New York, 1994).

Al compararlo con otros países industrializados, Estados Unidos presenta mayor proporción de recién nacidos con poco peso al nacer, una tasa más pequeña de bebés inmunizados contra en-

fermedades infantiles, y una mucho más alta de niños cuyas madres son adolescentes. Esto es verdad a pesar del reciente progreso en la reducción de mortalidad infantil, principalmente como resultado de una caída en el síndrome de muerte infantil repentina, y la disminución de cinco años en la tasa de nacimientos entre adolescentes. La mortalidad neonatal e infantil entre afroamericanos casi sigue duplicando la de los blanc@s, y aunque la disminución de nacimientos entre las adolescentes negras (21%) es mayor que entre las blancas (12%), principalmente debido al aumento del uso de anticonceptivos, la tasa entre las negras es todavía casi del doble de las blancas (Ventura *et al.*, 1997).

Las mujeres afroamericanas han heredado un legado de violencia reproductiva que va desde la procreación coercitiva hasta la esterilización obligada, la experimentación y las tecnologías reproductivas peligrosas. A su vez, han adoptado diferentes estrategias para ganar control sobre su propia reproducción. Por ejemplo, muchas negras rehusaron por largo tiempo traer niñ@s a un mundo de brutal explotación durante la esclavitud; subsecuentemente conocieron y utilizaron formas de control natal, entre ellas el aborto (Hine y Wittenstein, 1981). Por otro lado, aunque muchos investigador@s han documentado que ya se contaba con medidas de control natal desde inicios del siglo xx, en muchas áreas rurales de las comunidades del sur, donde la falta de cobertura de los programas de asistencia médica y donde pocos médicos practican abortos, aun hoy en día las mujeres negras se ven obligadas a inducirse abortos en casa mediante el uso de píldoras de quinina o levadura de cerveza e incluso ingiriendo trementina (Ward, 1986; Rodrique, 1990).¹⁶ En 1967 la tasa de muerte por abortos ilegales fue 14 veces más alta para las negras de Georgia que para las blancas (Tervalon, 1988).

Las feministas de origen negro observan que la libertad reproductiva —desde su introducción en los años ochenta— ha sido parte del movimiento de derechos civiles. Estudios recientes han

¹⁶ En muchos estados, incluyendo los que están más al sur, la cobertura médica de los programas de asistencia relacionados con el aborto se limita a los casos en donde la vida de la madre esté en peligro o a los de violación o incesto, los cuales deben contar con autorización federal.

documentado los esfuerzos de las afroamericanas por controlar la reproducción, no sólo al limitar la propia sino al promover la apertura de clínicas locales e impulsar el debate sobre el control de la natalidad (Jones, 1990: 222; Rodrique, 1990: 333). A principios del siglo xx las líderes afroamericanas, en especial el Movimiento del Club de Mujeres Negras, apoyó estos esfuerzos, relacionando los derechos reproductivos con el avance racial (Giddings, 1984). De este modo, las negras no fueron víctimas pasivas del establecimiento de políticas para el control poblacional, y aunque éste tenía su propia agenda, aquéllas actuaron activamente en la determinación de sus destinos reproductivos (Ross, 1996: 146).

A mediados del siglo xx los intentos por controlar la fertilidad de grupos depauperados no blancos, en los que se incluía a las afroamericanas, inmigrantes y americanas nativas, comprendieron la utilización de métodos “positivos”, como el otorgamiento de incentivos en la imposición del gravamen fiscal y la educación para los que se consideraba “deseables”, y métodos “negativos” como la esterilización, el confinamiento involuntario y restricciones inmigratorias para los “indeseables” (Ross, 1996; Petchesky, 1990, 1981; López, 1993). Así pues, Estados Unidos se convirtió en la primera nación del mundo que permitió la esterilización masiva como parte de un esfuerzo por “purificar la raza”. Para mediados de los años treinta casi 20 000 personas habían sido esterilizadas en contra de su voluntad y 21 estados habían aprobado leyes de eugenesia. En 1939 el Proyecto Negro de la Federación para el Control de la Natalidad afirmó: “Las masas de negros, particularmente del sur, siguen reproduciéndose en forma descuidada y desastrosa, con el resultado del aumento de los negros, incluso mayor que el de blancos; [el crecimiento] viene de esa porción de la población menos inteligente y apta, y menos capaz de criar a los niños en forma apropiada.” (Gordon, 1974: 332.)

Como resultado de esta historia, según han argumentado Ross y otros, las afroamericanas fueron las primeras en vislumbrar el concepto de justicia reproductiva: “la libertad de tener o no tener hijos y el derecho de criarlos libres de racismo, sexismo o pobreza” (Ross, 1996: 141). En general, las negras conservan un punto de vista complejo sobre los derechos reproductivos: quieren tener control individual sobre sus cuerpos mientras sigan sospechando res-

pecto a las intenciones de los programas gubernamentales que se han dirigido a sus comunidades para experimentación médica y control de la población.¹⁷

En todo el sur rural las drogas y el VIH-sida son problemas serios de salud pública, a los que se suman las enfermedades de transmisión sexual. El alcoholismo, ahora reconocido como una de las causas del incremento de la morbilidad y la violencia doméstica, es un asunto de salud importante para los negros. En Soperton está creciendo la adicción al crack y la cocaína, y los vecinos del lugar la correlacionan con el aumento de los robos y crímenes, la sífilis y el sida. En 1991, después de la construcción de una nueva prisión, la cantidad de casos de sífilis en el condado de Treutlen creció a 212 de ocho casos que se presentaron cuatro años antes; para 1992 cayó a 142. Desde 1984 ha habido 34 casos de sida y 22 muertes en el mismo condado; dos terceras partes entre afroamerican@s. En Soperton, donde los esquemas de trabajo migratorio hacen a las mujeres particularmente vulnerables a las ETS, ellas están tomando más conciencia del peligro, en especial las más jóvenes. Una enfermera informa que ha aprendido a estar atenta a los síntomas, pregunta sobre cambios en el flujo vaginal, y añade que las adolescentes no hablan con sus madres de asuntos privados.

En Nueva York, mientras las tasas de ETS han ido disminuyendo, la tuberculosis y el VIH-sida representan una continua crisis de salud. El sida, la causa principal de muerte entre los neoyorquinos de 25 a 44 años de edad, está aumentando en el área de Washington Heights, y las tasas de contagio son más altas ahí que en la ciudad en general; 232, en comparación con 87 por cada 100 000 en 1990. Las mujeres son particularmente vulnerables: la tasa de contagio entre las latinas en el distrito fue casi 40% más alta que entre las latinas de toda la ciudad (73 contra 45 por cada 100 000), aunque la tasa para los varones fue menor que la de los latinos en toda la ciudad (180 contra 331 por cada 100 000) (DSCNY, 1993).

¹⁷ En 1997 el presidente de EU ofreció una disculpa pública a la comunidad afroamericana por un proyecto de investigación gubernamental que omitió tratar casos de sífilis en granjeros negros pobres y analfabetos por 40 años (1932-1972) para permitir a los médicos estudiar el desarrollo de la sífilis no tratada en humanos.

Entre 1990-1991 las relaciones heterosexuales y el uso de drogas intravenosas fueron los principales factores de riesgo para las mujeres (Daykin, Eu y Zimmerman, 1994). Además, mientras las tasas de ETS en el distrito fueron en general más bajas que en la ciudad, las de gonorrea fueron más altas, especialmente entre las mujeres (Krasner, Heisler y Brooks, 1994).

A todo lo largo del país las mujeres integran el sector de la población que se está contagiando de VIH con mayor rapidez; en 1994 más de 18% de la población infectada era femenina; de ésta, 41% contrajo el virus mediante el uso de drogas intravenosas y 38% por relaciones heterosexuales. Las mujeres de color representaron más de tres cuartas partes de todos los casos de sida entre las mujeres: las afroamericanas son 57% y las hispanas 20% del total (CDC, 1994; 1995).

Además, un estudio reciente muestra que las sobrevivientes de violación tienen más probabilidades de infectarse de VIH u otras ETS que las que no han sido violadas (National Center for Health Statistics, 1995). Según algunas estimaciones, casi una quinta parte de las estadounidenses son objeto de violación o de asalto grave o ambos durante su vida. Entre nuestras entrevistadas, 60% que tuvo relaciones sexuales antes de los 15 años lo hizo de manera involuntaria (IAG, 114). Sin embargo, a pesar del rápido aumento en el número de estadounidenses infectadas con VIH, la comunidad médica, al igual que las políticas públicas y los programas educativos, han sido lentos en su respuesta, puesto que no reconocen que con frecuencia las mujeres no pueden controlar dónde, cómo y cuándo copular. El racismo y los prejuicios de género, contribuyen a que las de bajos ingresos, las mujeres de color, sean vulnerables a la violencia sexual y al VIH-sida (véase Williams, 1991).

“NUNCA ANTES NOS HABÍAN PEDIDO QUE CONTÁRAMOS NUESTRA HISTORIA”

En todas las historias que recabamos en nuestros grupos de análisis abundan las contradicciones, y a menudo el dolor y la alegría son dos formas distintas de percibir una misma experiencia. Por ejemplo, entre las entrevistadas del programa universitario del sin-

dicato, muchas recordaban que su infancia fue feliz, a pesar de la pobreza. Una mujer de Carolina del Sur, proveniente de una familia numerosa, explicó: “¿Qué más queríamos? Nos teníamos los unos a los otros, éramos muy unidos.” Al igual que las mujeres de Soperton, en cuyos recuerdos más agradables o más infelices, tanto de niñas como de adultas aparece siempre la familia: el tiempo que pasaron juntos, las separaciones, los accidentes, las enfermedades, las muertes. No es muy común que las familias urbanas contemporáneas, al igual que las rurales del sur, sean “nucleares”, debido a las dinámicas de migración e inmigración. De hecho, son casi todo lo demás: mujeres solteras o parejas que abandonan a sus hijos, mujeres solteras con hijos, o familias multigeneracionales con hijos y abuelos. Sin embargo, para la mayoría de las mujeres que entrevistamos la familia sigue siendo la clave de la felicidad.

Pocas entrevistadas fueron capaces de alcanzar en la práctica lo que habían concebido como sus roles sociales ideales. Keisha, una mujer de 32 años de Soperton, expresó sus aspiraciones en estos términos: “Cuando era niña, siempre sentí que mi vida la iba a dedicar a Dios. Luego me gustó jugar baloncesto y quise ser jugadora de baloncesto e ir a la universidad [...] era muy buena y pude haber sido mejor si hubiera tenido algún lugar para establecerme y poder quedarme ahí.” Otras en el taller de costura aspiraban a desempeñar roles inspirados por la televisión: modelos, cantantes, jugadoras de baloncesto, cosmetólogas, enfermeras. Incluso las mujeres del sindicato que cuentan con mayor oportunidad de realizar sus metas, han desviado las aspiraciones que se plantearon anteriormente —convertirse en psiquiatras, trabajadoras sociales, profesoras universitarias, oficiales de policía, enfermeras, maestras, abogadas, agentes de bienes raíces— debido a circunstancias externas o a elecciones tempranas.

En este sentido, descubrimos que la mayoría tenía sus propios sueños, pero incluso con 40 o 50 años de edad, muchas de ellas aún llevan la carga de las expectativas paternas. Una entrevistada de 47 años del programa de universidad del sindicato, casada durante muchos años, explica: “No hice lo que quería porque mis padres pensaban que una joven debía casarse y tener una familia.” Una estudiante, que se embarazó cuando era adolescente y no terminó su educación, dice: “Me siento un poco decepcionada pues

las cosas no salieron como yo las había planeado, pero todos tenemos derecho a cometer errores. Y algún día tienes que corregirlos.” Una mujer de 36 años que creció con su abuela en Soperton mientras su madre se fue a vivir a Atlanta, no ha llegado a este punto. Así lo explica: quiero ir a “vivir con mi mamá, pero no puedo hacerlo, pues ella espera demasiado de mí [...] quiere que sea alguien y no lo soy [...] es como cuando llega su cumpleaños que me dice: ‘No me compres ningún tipo de joyería, porque no puedes pagar lo que yo uso’”. Aun así, las entrevistadas en las tres comunidades, pero en especial entre las familias inmigrantes, recordaban su estricta educación con orgullo: “No se nos permitía hacer lo que otras personas hacían”, dicen, listando las prohibiciones como si en alguna forma éstas las hicieran diferentes de las demás personas.

Encontramos un común denominador o factor importante para que las mujeres tomen el control de sus vidas y éste parece ser su capacidad de separación de las expectativas de la familia o de la comunidad sobre la forma en que se deben comportar y vivir, y a menudo de la familia y la comunidad mismas. Keisha, que fue adicta a las drogas, nos contó cómo había luchado para tomar el control de su vida desde que tenía nueve años de edad, al ir de una casa a otra para virtualmente criarse ella sola. Abandonó la escuela secundaria pero obtuvo su certificado de estudios equivalentes y comenzó un curso de asistente de enfermería. Cuando trató de “actuar como una mujer” no funcionó, así que intentó comportarse como un hombre: “Trabajé en construcción, intenté mantener a la familia; simplemente no pude congeniar correctamente. Estaba como en una cárcel en mi propia casa.” Estuvo en la cárcel porque intentó suicidarse y se convirtió en alcohólica. Se hizo adicta al crack cuando estaba embarazada y luego “como que se calmó”. Finalmente, encontró su camino y su poder en la religión y ha participado en luchas contra la discriminación racial y en el consejo de la escuela: “Dicen que l@s niñ@s que reciben asistencia no aprenden de la misma manera en que lo hacen l@s niñ@s que no la reciben”, nos contó. Y agregó: “Estoy orgullosa de mi hijo.”

Bárbara, una afroamericana de 50 años del programa universitario del sindicato, viene de una familia de agricultores de Carolina del Norte, en donde la educación no tenía ningún valor. Cuando era adolescente le dijo a sus tres hermanas: “Cuando me gradúe

[de la secundaria] me voy a ir de aquí. Voy a ahorrar dinero y me voy a ir, pase lo que pase. Ellas dijeron que tenían miedo, y entonces hicimos un pacto de que nos iríamos.” Para ayudar a que sus hermanas menores se vayan, dijo: “Estoy tratado de crear un fondo para becas dentro de la familia.” Pocas mujeres de Soperton hablan de dejar sus casas, aunque una joven, que más tarde tuvo una crisis nerviosa, dijo: “Si pudiera volver a vivir mi vida otra vez, me alejaría de mi casa.”

Pero para la mayoría de las mujeres mayores de Soperton no era posible imaginar dejar el hogar. La mayoría dijo: “No sabría dónde ir o qué hacer.” Una mujer dijo: “Es un pueblo pequeño. Y no sólo eres un miembro. Si te caes en la calle sin importar que seas negro o blanco, alguien se va a detener a ayudar.” Sólo Suzanne, de 39 años, quien se ha casado en dos ocasiones y que en la actualidad es dueña de su propio salón de belleza, sigue fantaseando sobre irse; comenta: “Si tuviera que volver a empezar, no me casaría ni tendría hij@s”, dice. Y agrega: “Compraría un Lexus negro y viajaría sin rumbo. Siempre he querido ir a Wyoming [...] al campo inmenso y abierto.”

Las mujeres inmigrantes en general parecían tener menos miedo de la incertidumbre del mundo. Una entrevistada del grupo de empoderamiento en salud en Washington Heights, dijo:

Trabajé 14 años en el mismo lugar como asistente de enfermera. No me siento frustrada por no haber sido doctora. Por lo menos estuve cerca de lo que quería, no me quedé estancada en un lugar, porque como dije tuve que avanzar para no estancarme en el campo como muchas jóvenes que se casaron y se quedaron ahí sólo para tener hijos. Le doy gracias a Dios que me dio la inteligencia para seguir adelante y no quedarme en el campo.

Pero alejarse de casa no es sólo cuestión de inteligencia; también se requiere la capacidad de reconocer una oportunidad y el coraje para enfrentar los riesgos. Una mujer que está cerca de los 30 años y que llegó de Alabama desperdició la oportunidad de tener al alcance educación no ortodoxa debido a que sus padres trabajaban para unas personas blancas de mejor posición económica. Dijo que si tuviera la misma oportunidad otra vez: “Habría

terminado la escuela que me pagaban mis padres.” Así reflexiona: “Intenté satisfacer a los blancos, intenté satisfacer a los negros y al final no pude satisfacer a ninguno. Me tomó todo este tiempo aprender la lección: cuidar de mí y mi hijo.” Una estudiante dijo que también habría aprovechado la oportunidad de seguir con sus estudios. “No digo que esperaría a casarme, pero habría estudiado más tiempo [...] no habría tenido a mi hija cuando la tuve. Me habría ido de casa y habría ido a la universidad.”

EDUCACIÓN:

“ERA PRÁCTICAMENTE COMO SI LA SUERTE ESTUVIERA ECHADA”

Como se advierte en estos comentarios, la educación es la oportunidad que las entrevistadas consideraron haber perdido en mayor grado. Una de ellas, del programa universitario del sindicato y que abandonó la escuela cuando tenía 14 años —al entrevistarnos con ella tenía 34—, resumió un sentimiento común: “Si pudiera volver a vivir mi vida tendría una buena educación.” Pero para la mayoría de estas familias fue difícil conseguir los recursos. Su compañera de clases, Bárbara, de 50 años, lo explica con claridad: “Cuando crecí, prácticamente era como si la suerte estuviera echada [...] Las familias que habían ido a la escuela, fueron a la universidad. Pero las que no tenían estudios, no; nadie cambia eso.”

Aunque la educación equitativa para l@s negr@s ha sido una parte central de la lucha de derechos civiles, las oportunidades en el sur rural siguen siendo limitadas; sólo una entre el grupo de Soperton había concluido la universidad. En especial entre las de mayor edad se percibe la escuela como un derecho que les negaron las circunstancias económicas. Explican que no pudieron continuar con sus estudios porque tenían que cuidar a sus hermanos más pequeños y encargarse de las labores del hogar, para luego ir trabajar en los campos. Cora Lee Johnson, quien creció en una familia de aparceros en Soperton, recuerda que recogía algodón antes de aprender a caminar (“Porque el algodón era tan distinto que incluso una niña pequeña podía recogerlo”), así que asistió cuatro años a la escuela y sólo cuando llovía. Para las más jóvenes la situación ha mejorado: 16 se han graduado u obteni-

do un certificado equivalente, mientras que una terminó la universidad.

Las entrevistadas de Soperton están conscientes de que su limitada educación las ha mantenido rezagadas. Una mujer del taller de costura estaba molesta, pues su madre no hizo mucho para asegurarle una educación: “Me parece que ella debió haber insistido hasta que la dejaran meternos en la escuela. Sin importar lo que se necesitara.” Otra explica que su capacidad actual para estudiar está limitada por sus hijos: “Todos dicen que una mujer debe hacer lo que quiera; creo que mis hijos no me permiten avanzar.” Sin embargo otra le ayudaría a su hija a terminar la escuela a pesar de que esto la llevara a enfrentar las estrictas normas de la comunidad en contra del aborto, y dice: “Si mi hija quedara embarazada y quisiera continuar con sus estudios, haría todo lo posible por ayudarla a conseguirlo.” En general, las entrevistadas perciben la educación como un pasaporte para trabajar. Pero la mujer que obtuvo el certificado universitario fue la que expresó un sentido de derecho hacia un trabajo *importante y satisfactorio*: “Una mujer negra tiene derecho a elegir trabajo”, dijo, como oponiéndose a “solamente un trabajo”. Otra integrante del grupo, de 29 años, que había querido ser enfermera dijo: “Mi meta más grande era terminar la secundaria, no iba a vivir dependiendo de la asistencia. Iba a hacer algo más que cuando te preguntan: ‘¿Tus padres terminaron sus estudios?’ Y tienes que responder: ‘No, mi mamá no los terminó; no mi papá no los terminó.’” Pero se embarazó cuando tenía 15 años, dejó la escuela y tuvo que depender de la asistencia. Buscó trabajo durante dos años antes de encontrar uno. No puedes culpar a las madres que utilizan la ayuda de la asistencia, dice: “Porque no hay trabajos suficientes.”

Las dominicanas, como muchas inmigrantes que llegan a Estados Unidos, ven en la educación un medio para mejorar sus opciones de trabajo, en especial para l@s niñ@s. La educación es muy valorada en la República Dominicana, cuyo orgullo es tener una de las primeras universidades que se construyó en el continente americano; pero al mismo tiempo al país corresponde la segunda tasa más alta de analfabetismo (Haití es primero). En 1990, 56% de la población de Washington Heights tenía una educación inferior a cuatro años de secundaria (Garfield y Abramson, 1994). Sin em-

bargo, la escuela distrital de Washington Heights opera a 122% de su capacidad (Daykin Eu y Zimmerman, 1994), y los dominicanos tienen el porcentaje más alto de estudiantes latinos en la Ciudad Universitaria de Nueva York.

Las dominicanas de este estudio, habiendo crecido con la idea de que la educación es importante, dijeron que planeaban continuar con sus estudios y ayudar a sus hijos a conseguir esta meta; aunque parece difícil, las entrevistadas de los dos grupos seguían intentando hacerla realidad. Algunas de las que tienen más de 40 años del grupo de derecho a la salud habían recibido una educación de más de ocho años y sólo una había llegado al décimo grado; y aunque las más jóvenes lo habían hecho mejor, sólo dos se habían graduado en la preparatoria. Nuevamente, en el grupo Alianza, entre las mujeres de más de 40 años la mayoría sólo llegó hasta el octavo grado, pero tres de diez se graduaron; entre las más jóvenes, 12 de 19 habían terminado la preparatoria, y nueve tenían algunos estudios universitarios o capacitación técnica. Una integrante del grupo Alianza explicó: “En lo referente a educación, a nuestro padre, por ejemplo, no le preocupaba lo que sus hijos hacían [...] Para ellos no era importante si hacíamos nuestra tarea, si estudiábamos, si íbamos a la escuela, si llegábamos temprano, tarde [...] ¿qué esperaban nuestros padres de nosotros? Eso es lo que me pregunto.”

La oportunidad de participar en el programa de certificación de la universidad coloca a las del sindicato en marcado contraste con las otras mujeres de este estudio. Para muchas, que compartieron historias similares de pobreza y trabajo en los campos del sur, fue una oportunidad que llegó tarde a sus vidas. Una integrante del grupo focal dijo: “Se esperaba que trabajáramos en la granja y así fue. ¿La educación? Íbamos a la escuela de vez en cuando [...] El estudio era algo que tenías si te tocaba y si no, no.” Una mujer, cuyo padre nunca terminó la preparatoria, dijo que él: “Sabía, tras trabajar duro que la única forma en que se puede ser libre es teniendo educación.”

EMPLEO: “MUCHAS PERSONAS TRABAJAN FUERA PARA SOBREVIVIR”

Junto a la educación, el derecho a tener un trabajo y un ingreso está registrado en las listas de derechos de las entrevistadas en to-

das las comunidades. La mayoría se refirió al bienestar económico en formas que expresan un sentido de justicia o derecho social. Hablaron del deseo de ser capaces de ganarse la vida, tener un trabajo seguro, contar con los medios para iniciar un pequeño negocio. Las que carecían de esto sentían que el gobierno debía capacitarlas para conseguirlo, y proporcionarles además apoyo público y guarderías en los periodos en que eran vulnerables. Las entrevistadas dominicanas fueron más decididas sobre su derecho a trabajar: "A los inmigrantes ilegales se le debería permitir trabajar como a todos para mejorar sus vidas", dijo una integrante del grupo de salud.

En Soperton y Washington Heights se recurre a desempeñar diversas actividades económicas para ganarse la vida, de manera formal e informal, de tiempo completo o de medio tiempo. Soperton, al igual que muchos pueblos sureños donde los esclavos libres trabajaron primero como aparceros y luego como obreros en fábricas, ofrece opciones limitadas tanto para los varones como para las mujeres. Sólo hay allí dos fábricas, que se especializan en la manufactura de ropa y de bolsas para aspiradoras. Ninguna de las dos tiene un sindicato.¹⁸ El pueblo cuenta con varios negocios pequeños; en nueve de ellos los dueños son negros. Sin embargo, la mayoría de los varones busca empleo en construcciones fuera del pueblo, donde reciben de 14 a 15 dólares por hora; asimismo, pueden trabajar como camioneros interestatales, y entonces Soperton deja de ser su "hogar". Las mujeres buscan trabajo por contrato en las fábricas de ropa establecidas fuera del pueblo; allí reciben entre 4.25 y 4.50 dólares por hora, incluso después de 10 años de labor.¹⁹ El trabajo está disponible por día y en muchas ocasiones ellas regresan a su casa sin haber trabajado. En el pueblo hay tres guarderías, pero a la mayoría de las entrevistadas son otros miembros femeninos de la familia quienes les cuidan a sus hij@s, en especial las abuelas.

¹⁸ Los sindicatos han permanecido renuentes a organizarse en los estados sureños "con derecho al trabajo", como Georgia, donde la legislación establece que en las compañías donde los sindicatos han organizado con éxito a la mayoría de los trabajadores, cualquiera que no desee unirse al sindicato no tiene la obligación de hacerlo.

¹⁹ El salario mínimo fue de 4.25 dólares en la fecha en que se hizo la investigación; en 1996 aumentó a 4.75 y en 1997 a 5.15 dólares.

Los elementos constantes en la vida de las mujeres de Soperton son el trabajo, las misas y l@s hij@s. Estas mujeres trabajan duro y por mucho tiempo; cuando no están trabajando, están buscando trabajo. Sin embargo, pese a que invierten todo su tiempo y esfuerzo, sólo logran llevar alimento para sus familias. Constantemente tratan de salir de la trampa de la asistencia. Keisha, que está criando a cuatro hij@s, dice:

Puedes trabajar en los campos. El tiempo que estás fuera alguien va con el chisme, [la oficina de asistencia] no van a cuidar de ti [...] Este mes no vamos a tener acceso a la asistencia médica, ni cheque de asistencia y mis cupones de alimento disminuyeron a 175 dólares al mes. Si te pagan 50 dólares en el trabajo, toman parte de éste de tus cupones de alimento. Nunca logras salir adelante [...] Soy cristiana, sabes, así que es algo difícil. Tengo que hacer algo. No necesitan conocer todo sobre ti, de ninguna manera.

Lo mismo sucedía en Washington Heights, donde muchas entrevistadas combinaban la asistencia pública con trabajos de medio tiempo en una fábrica, en tiendas departamentales o en actividades informales en el hogar; cocinando, cortando el cabello o como niñeras. El estudio indica que una función importante del trabajo es que les permite salir de su aislamiento y les da acceso a ideas nuevas; les brinda conciencia e información. Una entrevistada del grupo Alianza lo relacionó con la apropiación en la familia: “Si trabajas, sientes más libertad”, dijo. Por otro lado, la falta de oportunidades económicas limita no sólo las relaciones sino también las aspiraciones. En Soperton las adolescentes eran relativamente más capaces de articular un sentido del derecho en términos de derecho a disponer de dinero para vivir bien, contar con educación y con un buen trabajo para posponer la iniciación de una familia. Una adolescente manifestó: “Vivir con un ingreso fijo que no pueda satisfacer mis necesidades básicas, es violencia.”

A este respecto, el sindicato de mujeres había logrado el espectro de elecciones que las otras mujeres querían tener. Mientras la mayoría es oficinista, otras son asesoras, trabajadoras sociales, especialistas en computación, investigadoras, o educadoras. Sus salarios varían de 10 000 hasta 50 000 dólares con vacaciones pagadas

y prestaciones médicas. El trabajo también les proporciona roles más variados: unas eran funcionarias del sindicato o representantes sindicales y algunas otras habían representado al sindicato en conferencias nacionales. Además de asistir a reuniones sindicales regulares, muchas estaban en el Comité de Mujeres, que organiza actividades educativas. Si bien la mayoría dijo que ser mujer limitaba sus oportunidades de ascensos, estaban muy conscientes de que sin el sindicato serían mucho más vulnerables, especialmente por ser de color. Bárbara habló de su experiencia en Carolina del Sur, donde las personas que habían trabajado por años para una compañía simplemente fueron despedidas o las bajaron de jerarquía. “No hay nada que puedas hacer al respecto —dijo— ellos pueden hacer lo que quieran. Pero el sindicato te da un tipo de seguridad, te da la oportunidad de tener arbitraje.” Estela, también del sur, coincide: “Yo lo veo como un mundo en el que hay una competencia brutal. Hoy puedes estar bien y mañana puedes estar mal.” Y comentó: “Definitivamente necesitas algún tipo de seguridad, en especial si perteneces a una minoría; y es más seguro con el sindicato.” De hecho, las más críticas hacia el sindicato sentían que éste debería luchar con mayor fuerza, no sólo cuando “saben que van a ganar”. “Se supone que el sindicato protege a la persona para que no la despidan y protege los derechos de las personas”, dijo Claudia de 56 años de edad, nacida en Puerto Rico. “Y tienen todo tipo de cosas que ofrecer, ¿cierto? [...] también eso es algo que estaba buscando.”

Las mujeres de este programa valoraban sobre todo el ingreso y la seguridad de tener un trabajo, y la mayoría había estado determinada a obtener estas cosas desde una edad temprana. Estelle, quien desempeña dos trabajos para pagar lo que quiera en la vida, describió que su etapa de mayor impotencia la enfrentó cuando se unió a su esposo en el sur después de terminar los dos primeros años de su carrera y sólo logró trabajar en una cadena de comida rápida o como niñera. Se fue del lugar y regresó a Nueva York. “Voy a venir cada fin de semana —le dijo a su esposo—, pero voy a regresar a la ciudad de Nueva York. Estoy yendo a la escuela y voy a buscar un trabajo que me haga sentir completa.”

TABLA VIII.1
Indicadores demográficos, todas las encuestadas

<i>Indicador</i>	<i>Taller de costura de Soperton (35)</i>	<i>Grupo de salud dominicano (16)</i>	<i>Alianza dominicana (29)</i>	<i>Grupo sindical (50)</i>
Edad promedio	34	44	33	32.5
Edad promedio durante el primer embarazo	18.7	22.7	21.6	20.2
Tasa de fecundidad promedio	2.8	1.8	2.0	0.7
De 30 años y menores	2.0	0.5	1.3	0.1
Mayores de 30 años	3.5	2.3	2.9	1.6

MATRIMONIO Y RELACIONES:

“NO QUIERO QUE ME TRATEN COMO A UN PERRO”

Como lo muestra la tabla VIII.1, muchas de nuestras entrevistadas en las tres comunidades eran solteras. Al igual que con su primer embarazo, percibían que el matrimonio a una edad temprana había sido un error de su juventud. Esta convicción cruzaba las líneas étnicas al igual que las rural-urbanas. Una mujer del grupo de salud dominicano aseguró: “Ahora no le permitiría a nadie que me humillara como en el pasado. Por ejemplo, los hombres me humillaban y tomaban las decisiones por mí [...] pasaron muchos años de mi vida decidiendo por mí, pero ya no más.” En Soperton, las encuestadas también tienen dudas respecto al matrimonio. Lulu Mae, quien se casó a la edad de 17 años, dijo: “Quería tener hijos, pero no quería casarme. Porque no quiero cocinar y me imaginaba que si tenía un esposo tenía que cocinar y además me gusta dormir sola.” Y Keisha, que nunca se ha casado, dijo: “Simplemente no voy a aguantar a nadie. Sé que algunas mujeres tienen una casa y cosas muy bonitas, pero sus esposos las engañan y las tratan como si fueran perros. Yo no quiero que me traten como a un perro. Prefiero ser yo misma.”

Las razones por las que no desean casarse son variadas. Las entrevistadas de todas las comunidades sostenían que ni l@s niñ@s ni el matrimonio aseguran que el varón vaya a serles fiel. Por otro lado, las que vivían en hogares multigeneracionales, como las de Soperton, a menudo sentían mayor apoyo en el proceso de crianza que las que pertenecían al sindicato, incluso las que estaban casadas. Las razones de esto son complejas, en especial cuando no hay trabajo para los varones. Vera, una mujer de la Guyana de 47 años de edad, quien inició su actividad laboral a edad avanzada que participa en el programa universitario del sindicato, observa: “La gente no tiene ingresos y sólo eso deteriora la vida de la familia.”

Otra razón es la forma en que está estructurada la asistencia social en muchos estados. Aunque cuando realizamos el estudio el estado de Georgia proporcionaba prestaciones a grupos familiares que hubiesen perdido el ingreso del jefe, un complejo criterio seguía limitando la posibilidad de que una mujer recibiera el apoyo si había un varón en casa. Como resultado, los varones siguen siendo tangenciales en la vida de ellas. Las relaciones son inestables y los amantes a menudo las terminan una vez que nace un@ hij@, debido a su incapacidad para dar apoyo financiero y a que las autoridades estatales los persiguen para que le proporcionen una pensión alimentaria a su descendencia. Las mujeres de Soperton dijeron que si planeaban casarse antes de tener un@ hij@, nunca lo tendrían. Esto las llevaría a negarse a sí mismas el estatus de maternidad, el componente primario de su identidad de adultas.

En este tenor, el estudio revela que los varones también se encontraban ausentes de la vida de las mujeres urbanas; la mitad de las participantes del programa del sindicato y más de la mitad de quienes están en el grupo de derechos de salud no tenían pareja en la fecha en que se realizó el mismo. Mientras que en cierto grado esto puede reflejar una disminución del empleo y de las condiciones de ingreso para las poblaciones de negros y latinos, por otro lado refleja la idea de que las mujeres están mejor solas. Milagros, una integrante del grupo de derechos de la salud que se ha separado de su esposo, dice: “Más vale estar sola que mal acompañada”.²⁰ Una

²⁰ Debido a que este grupo incluyó a gran cantidad de personas que rebasaban

pregunta que se diseñó para captar las concepciones personales fue “¿Qué haces tú sola y sin ayuda?” La mitad de las mujeres del Grupo Alianza contestaron “Nada”. Otras respuestas fluctuaban desde la propia idea de cocinar o coser hasta hacer compras, trabajar y leer libros. Una dijo algo diferente: “Mantengo mi propia personalidad y no permito que nadie entre en mi vida personal.” Las mujeres del sindicato y del grupo de derechos de la salud mencionaron de manera abrumadora su derecho al desarrollo personal y al tiempo libre, lo que incluye vacaciones, ejercicio, baile, hacer amistades, disfrutar la naturaleza, escribir un diario, ayudar a otros, o estar solas. Algunas mujeres de Soperton parecían ser capaces de invertir su tiempo en hacer cosas que podrían culminar en el logro de sus aspiraciones.

Las entrevistadas del programa de educación dijeron sentirse atrapadas en sus relaciones. Bárbara, quien recuerda su etapa matrimonial como el periodo más doloroso de su vida, explica: “No me gustó la vida de casada, demasiado confinamiento [...] No quería que mi familia se enterara de que no nos llevábamos bien [...] Tenía miedo de fracasar.” Cuando su hija comienza una nueva relación, ella le dice: “No te dejes intimidar. Tampoco te permitas sentir que no puedes respirar si él no está. Ten tus propios ingresos. Si las cosas no funcionan, hey, vete de ahí.” Estela, quien tiene dos trabajos, pagó su propia boda: “Así, si no funciona, podemos darnos un beso e irnos cada uno por su lado y yo me puedo quedar, no te debo nada.” Entre las mujeres de Soperton —cuya confianza es difícil conseguir— la que tenía una carrera universitaria observó: “Todas las mujeres deberían ser capaces de hacer lo que quieran, casadas o no.”

Otras mujeres del taller de costura saben que no es fácil. Suzzane, quien sueña con tener un Lexus negro y viajar sin rumbo, habló sobre el abuso que sufrió su hermana: “Tratamos de vencerla de que lo dejara, pero este hombre la hizo creer que no podía hacer nada sin él [...] que no tenía capacidad suficiente para comprar comestibles [...] criar a los niños. Mi mamá y yo tuvimos que ayudarla a cuidarlos porque él andaba por ahí con otras.” Des-

la edad reproductiva, también refleja la realidad de muchas latinas mayores que no tienen relaciones sexuales.

pués de 16 años de abuso, la hermana de Suzzane lo dejó; pero su esposo la encontró en la casa de su madre y la mató, le dio 35 puñaladas y le disparó dos veces. El impacto mató a la madre. “Ese domingo, ella y yo fuimos a la iglesia; justo cuando los servicios habían terminado tuvo un derrame cerebral masivo y murió. Así que perdí todo en aproximadamente dos meses. Y heredé algunos niños.”

Casos como éste nos llevan a afirmar que las drogas y la violencia han hecho estragos en la vida de las mujeres de todos los grupos estudiados. Más de la mitad de las entrevistadas en Washington Heights y casi dos terceras partes de las de Soperton se sentían afectadas por el crimen y las drogas que crecen en su comunidad, mientras que 17 mujeres del programa del sindicato comentaron haber sido víctimas de comportamientos violentos: dos fueron violadas, una fue hostigada sexualmente cuando niña, varias fueron víctimas de violación en una cita o fueron robadas y abusadas en forma violenta. Casi dos terceras partes sufrieron abuso verbal y unas cuantas abuso físico, infantil y sexual.

Cuando se les preguntó sobre el abuso y el derecho a decidir cuándo tener relaciones sexuales, todas afirmaron que las mujeres no deberían permanecer en relaciones abusivas; ninguna dijo que el esposo tenía derecho al coito con su mujer sin el consentimiento de ésta. Sin embargo encontramos diferencias, por ejemplo, en la forma en que se deben resolver dichos problemas. La abrumadora mayoría dijo que una mujer abusada debería “dejar al hombre” o “salirse y buscar ayuda”. Sólo dos dijeron que la mujer debería platicarlo con la pareja. Una entrevistada del programa universitario dijo que es mejor simplemente “irte, largarte, pero es más fácil decirlo que hacerlo, ya que las mujeres sienten que no tienen el apoyo emocional para hacerlo”. Sólo la mitad de las participantes de este programa sentía que se debería intentar buscar asesoría. Por su parte, las de Soperton y Washington Heights nos contaron historias de resistencia al abuso físico conyugal; de hecho, en Soperton varias mujeres creían que habían sido abusadas sólo cuando no habían contestado la agresión: “Comenzamos a pelear —dijo— pero después de que lo corté, me dejó en paz.” Milagros, del grupo de salud de Washington Heights, explicó cuándo decidió divorciarse:

Lo que hacía era que iba a la cama y le decía: “Inténtalo, a ver si puedes.” Él me contestaba: “Eres fría como el hielo” [...] y yo le decía: “Si no tengo un hombre en la casa (ya que no trabajaba en ese tiempo), entonces no voy a tener un hombre en la cama.” Una ocasión intentó golpearme, así que lo golpeé y lo sangré [...] Me di cuenta de que esto podía convertirse en una tragedia [...] así que decidí divorciarme.

Sin embargo no todas vivían solas. Estelle, del sindicato, se comprometió a los 16 años, y se casó a los 20 y ahora tiene 29 años. Su esposo, dijo, “es la columna de la relación”. A una estudiante, que crió sola a su hija, le gustaría que ésta se casara primero [...] “No porque sea más difícil si no estás casada, sino porque no tienes una columna vertebral”, argumenta. Aquellas que habían sido el sostén principal, estaban menos dispuestas a desempeñar ese papel después del nacimiento de sus hijos. “Había tenido un buen esposo; en realidad puedo decir que yo era su bastón”, dice Edna de 30 años, quien dejó a su marido. “Cuando eres madre, no tienes tiempo para ser la mamá de un adulto.”

MATERNIDAD:

“TENER HIJOS HACE QUE ME SIENTA ORGULLOSA DE MÍ MISMA”

En concordancia con los registros nacionales de EU, los nacimientos entre todas las participantes del estudio han descendido hasta caer 50 % en cada generación (véase tabla VIII.1). Empero, las estadísticas no cuentan la historia completa. Las mujeres de este estudio, principalmente rurales e inmigrantes, más a menudo han sido madres a temprana edad; para ellas la maternidad no es algo que principia o termina con sus propi@s hij@s: muchas han abandonado la escuela para cuidar herman@s. Algunas retrasaron deliberadamente la utilización de anticonceptivos hasta que tuvieron a su primer hij@. Esto es especialmente verdad en Soperton, a pesar de que la clínica de salud tiene una dinámica política de información y difusión para que las adolescentes utilicen la píldora. Con pocas posibilidades de matrimonio debido a que los hombres abandonan la comunidad en busca de empleo, la maternidad sigue sien-

do una elección dentro de un contexto que a menudo ofrece pocas opciones y que es vista como un derecho del matrimonio. “Nos pusieron aquí para multiplicarnos”, explicó una mujer del taller de costura.

Por casi dos décadas, los responsables de formular las políticas públicas han menospreciado la “crisis de los embarazos en adolescentes”, básicamente debido a la cercana relación entre la paternidad adolescente y la pobreza. En 1989 una cuarta parte de todos los niños de EU nació de madres solteras, una tercera parte de éstas tenía menos de 23 años de edad; 83% de las adolescentes que dan a luz proviene de familias de bajos recursos (AGI, 1994). Sin embargo, en Soperton el sistema de asistencia social está estructurado de tal forma que las jóvenes madres solteras pueden vivir en departamentos subsidiados que no están disponibles para aquellas que no tienen hijos. Por tanto, para muchas esto representa una oportunidad de utilizar los medios de financiamiento social para mejorar sus vidas. Una mujer mayor dijo que a su hija la cortejaba un hombre que tenía preferencia por las madres solteras para tener la garantía de un departamento: “Esa es la única manera de poder tener un departamento por ti misma”, dijo. Sin embargo, la parte negativa de este “activo inmueble” es que a menudo es difícil para una mujer lograr que el hombre se vaya cuando la relación se ha dañado.

En todas las localidades, incluyendo Soperton, las entrevistadas hablaron de un conflicto mayor sobre la maternidad fuera del matrimonio. Es posible que al tener hij@s pretendan conseguir el respeto, la preocupación, y en cierto grado el apoyo que no habían sentido antes de los demás parientes y de sus correligionarios. La realidad del embarazo no planeado en una adolescente resulta en que el mejoramiento de la posición social y el prestigio que esperaban obtener puede no estar próximo, y esto les crea serios problemas emocionales. Una mujer soltera que acababa de cumplir 20 años hizo planes a futuro y fue elocuente sobre sus derechos, pero se embarazó y sufrió una crisis emocional. Dijo: “Me deprimí debido a la realidad de recibir asistencia social, a la responsabilidad [de sus hijos], y por ser juzgada”.

Sin embargo, a muchas de las participantes en nuestro estudio la maternidad parece darles autoridad para afirmar sus derechos.

Incluso las que no los defenderían para sí, pelearían por los de sus hij@s. Uno de los pocos casos en Soperton en que desafiaron el racismo fue cuando tomaron acción como madres en contra de lo que percibieron como trato injusto a sus niñ@s en la escuela. Cuando se les pidió que mencionaran lo más importante entre lo que cada mujer tenía derecho, una integrante del grupo de la Alianza Dominicana dijo que era “a ser una madre incondicional”; otra dijo: “A ser madre y cuidar de sus hij@s.” Una tercera se enredó con la idea de derechos y dijo: “El derecho en general es algo que desconocemos [...] es defender algo que te pertenece, es defender algo que es mío, pero que no sabes qué es.” Finalmente concluyó: “El derecho es cuidar a tus hijos, darles lo que necesitan.”

Para muchas de las entrevistadas dominicanas el derecho a la maternidad parece conllevar la convicción de que deberían ser apoyadas en sus esfuerzos por criar a sus hij@s en forma apropiada, puesto que están realizando los roles que de ellas espera la sociedad. La mayoría no eligió de manera activa la maternidad; era normal; sucedía. Especialmente donde no existían otros medios para exigir madurez (trabajo, educación, posesión de una casa, matrimonio, independencia económica), la maternidad pareció convertirse en un rito de paso, una forma de transitar a la etapa adulta, un factor que ofrece el sentimiento de control. En la comunidad dominicana, explicaron, las mujeres que no han “cumplido” este papel son consideradas inferiores. Por ejemplo, las mujeres de edad mayor del grupo Alianza percibían a aquellas que no tenían hij@s como “muy frustradas, tristes”. Una participante del grupo de salud, dijo: “No creo que quien no ha sido madre pueda sentir lo mismo que una que sí tiene hij@s. No creo que ella pueda ser igual.”

Por otro lado, las entrevistadas del sindicato, perciben la maternidad más como una opción que como un deber, y como una responsabilidad más personal. De este modo, muchas expresaron su determinación de evitar cualquier forma de asistencia pública. Violeta, de 26 años, mujer negra del sur, está criando a su hijo sola: “Debido al sistema de asistencia social, no creo que sea apropiado para mí. No podría estar sentada en mi casa, esperando que alguien me dé dinero [...] Por lo menos me gano un par de dólares, los gano por mí misma”. Edna, madre soltera de 30 años, dice:

“Mis padres nunca acudieron a la asistencia social o algo parecido. Porque mi padre siempre decía que nadie le debía decir qué hacer con sus hijos. Así que si no quieres que nadie te diga qué hacer, no aceptes dinero del gobierno”.

En todos nuestros sitios de investigación obtuvimos el dato de que después de haber tenido un primer hijo, las mujeres reajustaron sus aspiraciones y sacaron fuerza de la maternidad. En Soper-ton, una mujer nos dijo: “Tener hijos hace que me sienta orgullosa de mí misma.” Tal vez no sorprenda que varias entrevistadas parecían encontrar más realización en la crianza de sus hijos que en sus matrimonios pasados, cuyos recuerdos reviven la falta de apoyo de sus parejas. Esto también era verdad entre las del programa universitario del sindicato, aunque pocas habían tenido hijos. Ejemplo de ello son las siguientes declaraciones: “El tener este hijo probablemente me dio un poco más de energía para hacer las cosas que siempre había querido hacer por mí misma”, explica una mujer. “Me hace comprender por qué mi madre hacía o me decía muchas cosas y me hace querer luchar personalmente más”. Edna recuerda: “Un viejo dicho dice: ‘Nunca menosprecies a una persona, porque algún día puedes necesitarla para que te ayude a alimentar a tus hijos.’”

SALUD REPRODUCTIVA:

“DEBES HACER LO QUE SEA NECESARIO PARA MEJORAR TU VIDA”

A pesar de la importancia de la maternidad en el sentido de derechos de la mujer reconocida por todas las participantes, el número medio de niñ@s variaba considerablemente entre las de cada una de las tres comunidades. Las del grupo de costura celebraban el mayor número de hij@s, mientras las del programa universitario del sindicato encomiaban el menor; incluso al separar a las menores de 30 años de este programa, que podrían estar posponiendo tener hijos, el número es sorprendentemente bajo. Cuando preguntamos por qué no habían tenido hij@s, incluso a quienes querían tenerlos, las participantes indicaron que necesitaban más dinero para mantener a sus hij@s en la forma que creían necesaria. Una joven, que tiene un niño de tres años, dijo que el momento más

gratificante en su vida fue cuando dio a luz; sin embargo, se siente impotente cuando su hija le pide algo y no puede proporcionárselo. Aunque pocas hablaron de ello, también es probable que consideraran que al provenir ellas mismas de familias numerosas, éstas eran en cierto grado responsables de que, por haber nacido niñas, se les hubiera dificultado terminar los estudios; la tasa media de fecundidad entre las madres de las 50 entrevistadas del programa educativo del sindicato fue de 4.7.

Durante 1991, en la ciudad de Nueva York, las mujeres que nacieron en el extranjero tenían casi el doble de hij@s que las nativas; empero, los nacimientos en Washington Heights fueron de 91.2 por cada 1 000 mujeres entre 15 y 44 años, contra 54.8 por cada 1 000 en Manhattan (Krasner, Heisler y Brooks, 1994). Sin embargo la tasa de fecundidad total para las inmigrantes dominicanas en ambos grupos de este estudio fue 1.9% menor que para las hispanas en todo el estado, que en 1990 era de 2.6 (Clarke y Ventura, 1994). Al sacar el promedio de nacimientos de las entrevistadas del sindicato, entre las cuales había muchas inmigrantes, el número promedio de hij@s nacid@s es incluso menor. Así, nuestras mujeres mencionaron que las preocupaciones económicas son el factor principal en la decisión de limitar el número de hij@s, a menudo relacionado con el deseo de darles una buena educación o de continuar con la propia.

En contraste, en el área rural de Soperton la mayoría de las entrevistadas comenzó a tener hij@s en la adolescencia y la gran mayoría ya tenía dos cuando llegó a 20 años; de este modo las diferencias entre las de 30 años y las menores, en cierto grado refleja el hecho de que las jóvenes no iban a tener más hij@s. Sin embargo, a pesar de que las adolescentes de Soperton siguen teniendo hij@s, hay evidencias de que ya no tendrán más después de uno o dos. El uso de anticonceptivos entre las adolescentes está aumentando, al igual que el de condones entre los varones adultos, principalmente debido al temor de contraer sida. En las escuelas se imparte educación sexual y en la clínica de salud pública, donde se alienta activamente el uso de anticonceptivos y se proporcionan en forma gratuita, se promueve bastante su uso. Algunas adolescentes dijeron que rutinariamente se les proporcionan anticonceptivos desde los 15 años de edad, aun antes de que sean sexualmente activas.

En Soperton la tasa de embarazos entre adolescentes es obviamente preocupante, y esto lo confirma el hecho de que la ligadura de trompas sea común y frecuente entre las menores de 25 años; en este lugar la esterilización es por mucho el método anticonceptivo prevaleciente: los datos indican que la mitad se había ligado a principios o mediados de sus 20 años, aunque no está claro qué tan libre fue esta decisión. El hospital más cercano está a 17 millas de distancia y algunos residentes viajan 100 millas a Augusta, y también a Atlanta para recibir cuidado prenatal y de parto. Unas cuantas mujeres, entre las que habían optado por la ligadura de trompas, expresaron arrepentimiento, argumentando que pensaron erróneamente que el procedimiento era reversible, o manifestando que no se sintieron bien después de éste. Además, la mayoría de las entrevistadas mayores no conocía ningún otro método anticonceptivo además de la píldora y la esterilización. La clínica no hace abortos ni da asesoría relacionada con éstos. La mayoría de quienes eligieron ligarse a pesar de estar conscientes de que la mujer de color ha sido históricamente el blanco del abuso en la esterilización, sentían que era una opción liberadora y una buena decisión. En este sentido una entrevistada, madre de dos, describió su decisión tras quedar embarazada con la píldora: “Le dije a ese doctor: ‘Quiero que las corte a la mitad, que les ponga un broche, que las una, o las amarre si es necesario.’”

La esterilización es el método preferido por las participantes de los dos grupos de Washington Heights, quienes dijeron que también era común en la República Dominicana. De ocho entrevistadas del grupo de apropiación de la salud con vida sexual activa, siete habían elegido este método. Por otro lado, en el grupo Alianza, de entre 12 sexualmente activas, cinco estaban esterilizadas. Varias integrantes de este grupo expresaron insatisfacción por los métodos irreversibles, diciendo que era desagradable o inseguro, o que habían oído que tenían efectos secundarios. En general, la esterilización no siempre resultaba más fácil. Una mujer del grupo de salud explicó: “Estaba mal económicamente; no estaba lista para tener más hij@s, y mi matrimonio se estaba deshaciendo. Fue una decisión muy difícil porque me había casado por la Iglesia y ésta no aceptó mi decisión.” De las participantes del programa universita-

rio, sólo cinco de las 22 con vida sexualmente activas habían elegido este método; el resto utilizaba la píldora o el condón.

En Estados Unidos en general, 64% de las mujeres que utilizan anticonceptivos está en riesgo de tener un embarazo no deseado. Esta cifra se ha mantenido estable durante el periodo de 1984 a 1995. Durante ese tiempo, el uso de la esterilización aumentó de 23 a 25%, mientras que el uso del DIU y, el del diafragma disminuyó y el de la píldora sigue permaneciendo constante (AGI, 1997). Las razones de este aumento son diversas, pero reflejan la presión ejercida en mujeres pobres o abusadas, en las drogadictas y las que se encuentran en prisión, al igual que en las que están expuestas a químicos tóxicos, por esterilizarse. Los servicios médicos para personas de bajos recursos, cubren 90% de los costos de esterilización, a diferencia de otras formas de contracepción. Además, mientras más numerosa sea la familia, más probable será que la mujer utilice métodos permanentes. En general existe la tendencia a que las mujeres que se esterilizan tengan entre 33 y 44 años de edad, hayan estado casadas con anterioridad, sean negras o hispanas, y cuenten con la educación y el ingreso más bajos del país (AGI, 1993: 1).

Las inmigrantes rara vez tienen empleos en que les proporcionen cobertura médica completa. En lugar de esto, confían en los servicios de salud municipales, generalmente insuficientes, con recursos inadecuados y personal que trabaja en exceso, de ahí que comúnmente estas mujeres posterguen su asistencia a los servicios de salubridad y a menudo se priven completamente del cuidado preventivo y prenatal. En Washington Heights casi una quinta parte (18%) de las mujeres embarazadas recibe cuidados tardíos o carece de éstos; las solteras representan 54%, comparado con 44.8% de la ciudad en general (NYC DOH, 1993). Se estima que dos terceras partes de las mujeres de toda la ciudad que no utilizan método alguno de control son pobres y de bajos ingresos; es más probable que se encuentren entre las aproximadamente 50 000 que necesitan los servicios de planeación y no los reciben (NYC DOH, 1993).

Recientemente la introducción de anticonceptivos de larga duración tales como Norplant y Depo Provera ha creado una nueva área de vulnerabilidad para las mujeres. En el grupo focal de Soper-ton nos informaron que los servicios de asistencia médica para

personas de bajos recursos pagan los implantes de Norplant, pero no los quitan excepto por “razones médicas”; se les dijo que debían pagar 300 dólares y reembolsarle al Estado el costo de la inserción si decidían quitar los implantes antes de dos años. Por otro lado, refirieron que cuando se quejaban de dolores de cabeza, sangrados continuos, pérdida de cabello masiva, o palpitaciones, las autoridades médicas locales arguían que se trataba de “inconveniencias” y no de problemas médicos. A una mujer con historial de migrañas, presión arterial alta y displasia, se le dio Depo Provera sin advertirle de los efectos secundarios.

En otro tenor, pocas entrevistadas estaban totalmente a favor del aborto. En Soperton todas estaban en contra, casi sin excepción. Sin embargo, algunas mujeres mayores confesaron haberse tirado del porche o de las escaleras con la intención de terminar con su embarazo. Asimismo, la enfermera del hospital encontró alta incidencia de abortos en el pueblo, debido a que cada año, entre 25 y 30 mujeres que resultaron positivas en la prueba de embarazo no regresaron a cuidado prenatal. Se decía que las personas iban a Atlanta o a Florida para practicarse un aborto, pero ahora pueden hacérselo en Dublin, a 25 millas de distancia. En Washington Heights las encuestadas de ambos grupos también estaban en contra, aunque en menor grado. Sólo siete de 29 mujeres del grupo Alianza apoyaban el aborto, mientras 17 se oponían y cuatro no tenían ninguna posición. Sin embargo, de las que se manifestaban en contra, sólo nueve lo estaban sin importar las circunstancias; cuando se les preguntó sobre el aborto terapéutico, siete dijeron que se harían uno o que considerarían hacerlo. En el grupo de derechos a la salud, cuando se les preguntó sobre el aborto terapéutico, casi una tercera parte admitió haber tenido dicho aborto y cuatro de ellas habían tenido más de uno. A la pregunta sobre las decisiones que creían acertadas, una integrante del grupo mencionó que “la decisión de practicarse un aborto, fue debido a que estaba enferma y sola”. Incluso entre las que se oponían con mayor vigor admitieron tener algo de tolerancia, entendiendo que a veces sentían que no había ninguna otra salida.

Dada la tendencia de las entrevistadas en ambas comunidades a definirse a sí mismas principalmente en términos de maternidad, la influencia dominante de las enseñanzas religiosas en contra

del aborto —y tal vez de manera más insidiosa—, la creciente tendencia de los medios de comunicación y la discusión de política pública para presentar a las madres solteras —en especial a las de color— como irresponsables y como carga para el grupo étnico o cultural en general, no sorprende el grado de oposición. Pero tras los esfuerzos por trabajar fuera de casa y lograr una mejor posición, en la práctica ellas tampoco son tolerantes.

En general las entrevistadas del programa de educación del sindicato eran más francas al estar a favor de elegir, aunque más de una tercera parte dijo que no consideraría el aborto. “Si una mujer lo necesita depende de ella”, dijo una; “debes hacer lo que sea necesario para mejorar tu vida”, dijo otra. Pero Edna, quien reconoció que abortaría para evitar un embarazo no deseado, consideró que era diferente para las personas que estaban casadas: “Si estás tomando anticonceptivos y te embarazas es porque Dios así lo quiso”, dijo. Y Claudia, quien se siente culpable por haber dejado a su esposo, le aconsejó a su hija: “Sigue casada, asiste a la iglesia, planifica tus bebés.”

SEXUALIDAD:

“¿QUIERES SER UNA NIÑA BUENA O UNA NIÑA MALA?”

Los puntos de vista encontrados sobre la procreación y el aborto reflejan la profunda ambivalencia sobre la sexualidad que domina la cultura y la sociedad estadounidenses, especialmente en lo concerniente a la mujer. En un momento en que los medios de comunicación bombardean al público con temas e imágenes explícitamente sexuales, la política gira alrededor de advertencias como “Sólo di no”, especialmente para los jóvenes. La discusión del público y los medios de comunicación virtualmente nunca se inicia a partir de la afirmación de los derechos sexuales de la mujer, ni siquiera por el tipo de apoyo que le permitiría elegir una expresión sexual saludable sin tenerle miedo a las enfermedades o la censura. Los políticos y religiosos conservadores se han movilizado para limitar el acceso a la salud reproductiva y reducir el concepto de educación sexual a la prevención del embarazo, mientras que eliminan toda discusión sobre relaciones sexuales y sexualidad fuera

del contexto del matrimonio. Es sorprendente que EU muestre una de las incidencias de enfermedades de transmisión sexual más altas de los países desarrollados; cada año se reporta un estimado de 12 millones de casos nuevos de ETS, una cuarta parte de ellos en adolescentes (National Center for HIV, STD y TB Prevention, 1996).

Asimismo, ninguna mujer en todo el estudio manifestó haber recibido información de sus padres o tutores sobre sexualidad y placer. En su lugar, fueron generalmente las hermanas mayores y las tías quienes les proporcionaron información sobre la menstruación o advertencias sobre la posibilidad de quedar embarazadas. “La sexualidad era un tabú; mi madre era muy tímida”, nos dijo una mujer de 56 años. Pero las respuestas de las más jóvenes sugieren que las cosas no han cambiado: “No sabía qué era la menstruación hasta que tuve la mía”, dijo Joy, de 34 años. “Hasta que llegué a la adolescencia, pensaba que los aviones traían a los bebés.” “Mi madre me dio una caja de [toallas femeninas] servilletas y dijo: Sabes qué hacer, ¿cierto? Y yo le dije que sí y leí las instrucciones”, recuerda Edna.

También para las latinas entrevistadas, cuyas familias celebraban la menstruación como signo de madurez femenina, representó el principio de su aislamiento sexual. “Ya no podía sentarme en el regazo de mi padre”, recuerda una joven. “Y si les contabas, te decían: ‘No puedes ir a nadar y no puedes hacer esto.’ Y no te dejaban ir al jardín. Mi papá acostumbraba decirme: ‘No puedes acercarte a los frijoles, pueden matar tus semillas [...] Pueden matar tu jardín’.”

Los mismos tabúes rodean la virginidad. Las 16 participantes del grupo de salud dominicano dijeron que les enseñaron que la mujer debe ser virgen antes de llegar al matrimonio; sin embargo 54% de ellas tuvo a sus hij@s siendo solteras. A pesar de que tres cuartas partes de las mujeres del sindicato dijeron que se esperaba que fueran vírgenes antes del matrimonio, reconocieron que esto era un “ideal, pero poco realista con el matrimonio tardío”. Algunas consideran que si permanecen vírgenes les resulta más fácil la vida: “Eso es lo que me enseñaron cuando era una niña.” Una mujer del grupo de derechos de la salud explicó: “Se pueden evitar muchos problemas.” Sin embargo muchas otras cuestionaban estas enseñanzas y algunas las rechazaban abiertamente: “El mensaje vino

de mi abuela, mi madre era muy tradicional [...] creo que es absurdo. No recuerdo a nadie que se haya casado así”, dijo una. Otra estuvo de acuerdo: “Creo que es muy negativo, no necesitas ser virgen sólo para estar segura de la persona con la que te vas a casar.”

En el grupo de Soperton, a pesar de que pocas valoraban la virginidad y ninguna era virgen después de los 20 años, muy pocas se sentían en libertad de hablar de relaciones sexuales placenteras. En los grupos focales las relaciones sexuales eran frecuentemente narradas en términos de presión y dolor; vacío y decepción; la mayoría no sabía lo que era un orgasmo, o si alguna vez había tenido uno. Las adolescentes fueron las únicas de esta comunidad que expresaron un sentido de derecho al placer y a los orgasmos, tal vez como resultado de una educación sexual más relajada o —lo que es más probable— por los mensajes televisivos y de las películas en donde se plantea el placer sexual en términos de equidad para las mujeres y los varones.

Pero el sida ha obligado a nuestras participantes de todos los grupos a que estén conscientes de los peligros que conlleva el contacto sexual. Así lo expone una mujer del sindicato: “Es muy peligroso allá afuera. Y la mejor forma de evitarlo es cuidarte tú misma.” Mientras que hacen énfasis en la importancia de conocer a sus parejas y de utilizar condones, muchas simplemente evitan el coito: más de la mitad de las entrevistadas del grupo de salud dominicano y casi la mitad de las del programa del sindicato no utilizan métodos anticonceptivos debido a que no tienen relaciones sexuales. Una integrante del grupo focal del sindicato dijo: “Cuando me casé, la norma era que las mujeres eran vírgenes. Poco tiempo después de que me casé llegó la revolución sexual. Así que me perdí eso. Ahora, por supuesto, tenemos el sida; así que estoy perdida.” Dice que admira a las jóvenes de hoy, quienes entienden que “no tienes que casarte para tener sexo”.

Las participantes también expresaron incertidumbre sobre la masturbación: “Aprendes que es algo malo, porque en tu mente estaba mal. Estaba mal porque se sentía bien”, dijo una integrante del programa del sindicato. Otra concuerda: “Creo que la primera vez que escuché que este tema se hablaba abierta y libremente, fue cuando la doctora Ruth [una terapeuta sexual que aparece en televisión] daba permiso a las mujeres al decir: ‘Está bien. ¡Háganlo!’

¡Es divertido!’ Creo que fue la primera vez que oí a una mujer decir eso.”

Muchas expresaron la misma dificultad de superar la ignorancia o la culpa implícitas en la búsqueda del placer sexual. Una mujer del sindicato recordó su propia experiencia:

No fue sino hasta que me hice la histerectomía, y tal vez me volví más natural, que comencé a decir: “Tengo que descubrir de qué se trata todo esto. ¿Cuál es el placer que existe en esto?” Aún no le pregunto a mi esposo [...] simplemente no podría. Recuerdo la primera vez que sucedió. Tenía mucho miedo. Fui al baño y me miré en el espejo y dije: “¡Dios mío!” Sentí algo raro, algo divertido, algo que nunca antes había sentido. Tal vez ése fue mi primer orgasmo. Y ya tenía 30 y tantos años. Y aquí estoy, mirándome en el espejo y preguntándome: ¿Por qué me sentí tan bien? ¿Qué pasó? ¿Cómo lo hice? Y entonces no pude esperar y lo hice de nuevo.

Una colega suya estuvo de acuerdo. En el hogar comunitario en que ella creció, “todas estas niñas estaban teniendo bebés, y todos estaban avergonzados [...] ¡No me había dado cuenta que debes soltarte [para tener un orgasmo]!”

Al hablar de sexualidad había más barreras cuando se trataba de lesbianismo u homosexualismo. La mayoría afirmó que crecieron creyendo que la homosexualidad era un tabú, un pecado o algo anormal. A los homosexuales de las comunidades de Washington Heights se les trata como si fueran invisibles, al igual que en el área rural de Soperton, donde las entrevistadas dijeron: “En nuestra comunidad no tenemos homosexuales.” Sin embargo, la mayoría de las mujeres del grupo de derechos a la salud sentían que la homosexualidad es normal, mientras que sólo cuatro dijeron que no la aprobaban o que era “anormal”. Una líder de la comunidad de Soperton le dijo a las investigadoras: “En una sola casa hay varios hombres homosexuales.” Luchando claramente con las actitudes con que creció, una integrante del sindicato dijo: “No apoyo esa [el tipo de] relación. Es abominable. Pero respeto la decisión de cada persona.”

Fuera del tema de la identidad, las participantes del grupo focal se sentían cómodas con las relaciones entre personas del mismo sexo y hablaron de sus experimentos cuando eran niñas: “Re-

cuerdo haber practicado cómo besar con mis amigas porque no podía besar a los niños”, dijo una.

De este modo, el placer sexual, inimaginado o buscado, parece ser un derecho que las mujeres exigen cuando zanján su condicionamiento, al igual que el de las imágenes de virgen-puta perpetuadas por la religión y los medios de comunicación masiva. Una participante resumió lo que sentía:

Así que debes tomar una decisión. ¿Quieres ser una niña buena o una niña mala? Si eras una niña mala, tu nombre era expuesto y todo mundo sabía que eras una niña mala, y todos sabían lo que estabas haciendo. Así que decidí ser una niña buena. Hacía feliz a todos. Me casé, tuve cinco embarazos y cuatro bebés. ¿Me quería casar? ¿Quería tener bebés? ¡No! Pero era lo que debía hacer. He estado casada por 31 años. Con el paso de los años aprendes a hacer cambios y ajustes, y eso es lo que he hecho [...] Cuando estaba recién casada, él quería tener sexo todo el día. Me aterró. Yo no quería; no me gustaba. Después de que todos estos años oyes que es tabú, no lo haces y no era un tema del cual hablaras como algo placentero [...] Creo que pasaron años antes de que pudiera relajarme al grado de poder disfrutar el sexo.

CONCLUSIONES: ESCAPARSE Y ORGANIZARSE

Al escuchar a las entrevistadas hablar de sus vidas reproductivas y sexuales se ilustra el complejo proceso por el cual las mujeres de las comunidades pobres, y en particular las de color, aprenden a valorarse como adultas independientes y como seres con derechos. En todas las localidades emergió un sentido de apropiación de derechos específicos: ellas creían firmemente que en cada comunidad había diferentes oportunidades disponibles. Esto es, a qué gente supone pertenecer una mujer en términos culturales y étnicos, y cómo influye la autoridad que cada situación ofrece para “hacer lo que quiera hacer e ir adonde quiera ir”. Para las entrevistadas de todas las localidades, encontrar una identidad autónoma y resolver las necesidades básicas en sus comunidades requiere intercambiar necesidad de seguridad y apoyo familiar con el deseo de libertad para vivir sus propias vidas.

Las mujeres luchan por optimizar su relación en las comunidades afroamericanas y latinas, tanto de Soperton como de Nueva York, que si bien han nutrido su identidad, a menudo parecen restringir su capacidad para valorarse a sí mismas. Las jóvenes de Soperton expresaron frustración respecto a ciertos valores como “Permanece al lado de tu hombre” que la comunidad les inculca: “Algunas piensan en el hombre en lugar de pensar en ellas —dijo una—; el papel de la mujer es pensar en sí misma.” Y otra manifestó que podría dar más apoyo si primero aprendía a pensar en ella: “No puedo hacer mucho por mejorar mi comunidad; necesito mejorarme yo. Comenzaré conmigo y luego pensaré en los demás.” Al dejar la seguridad de la familia y de la comunidad de su propio país de origen, las latinas de Washington Heights están formando una identidad personal y social por medio de una comunidad de cultura e idioma que ellas mismas ayudaron a recrear. Dentro del grupo de derecho a la salud, las participantes dejaron las preocupaciones sobre su salud personal y la de su familia para pensar en sus roles de mujer. “Las mujeres se están interesando en educarse para liberarse y para sentirse útiles para sí y para la comunidad”, explica una; para otra el significado de derecho es: “Crear grupos, elevar la conciencia de la mujer [...] aprender a luchar por nuestros derechos de mujer.”

Los términos en que las mujeres de las diferentes comunidades pueden tomar decisiones dependen de su capacidad para definir lo que llamamos su “ciudadanía social”; es decir, su habilidad para ser adultos completamente funcionales. Todas las entrevistadas, por medio de sus elecciones, si no es que por medio de sus trabajos, expresaron su derecho a definirse a sí mismas como adultas. De este modo perciben los “derechos” conforme a lo que juzgan necesario para su autodeterminación y básicamente los expresan en términos de lo que no poseen. Las que no tenían trabajo o una educación adecuada mencionaron su derecho a ellos, junto con el de satisfacer sus necesidades básicas como vivienda, alimentos y asistencia médica. Quienes tenían trabajos y hogares estables —básicamente las del programa universitario del sindicato— percibían sus derechos en términos más amplios, incluyendo el tiempo libre, las actividades de autocuidado, una pareja cariñosa, libertad para tomar decisiones sobre sus propios cuerpos, espacio y privacidad, respeto e igualdad.

Para estas mismas mujeres que abandonaron a sus familias y a sus comunidades de origen el sindicato funciona como reemplazo al proporcionarles oportunidades y seguridad. En contraste con la de otras mujeres del estudio, la vida para ellas cuenta con tres elementos esenciales: seguridad de trabajo, oportunidades de educación y la experiencia de pertenecer a un sindicato que se interesa por la organización colectiva y los derechos individuales. El estudio sugiere que estos factores proporcionan la línea esencial que permite a las mujeres transitar desde un sentido del derecho personal hacia el derecho de ser capaces de tomar riesgos y actuar ante las oportunidades.

El sentido de ciudadanía social observado en este estudio difiere del concepto de “ciudadanía cultural” que percibieron Obermayor y sus colaboradores (1992) entre las mujeres portorriqueñas de la ciudad de Nueva York. Al unir la cultura y la ciudadanía, el autor afirma: “La identidad cultural llega a influir en las exigencias de derechos sociales en las comunidades oprimidas, y al mismo tiempo, la identidad es producida y modificada en el proceso de afirmación de derechos.” La ciudadanía social, en contraste, es más tentadora y está más limitada. En Soperton, por ejemplo, la voluntad para articular, ya no digamos para exigir derechos, está restringida por el miedo a perder el trabajo, las prestaciones o el apoyo social. Así, a pesar de su compromiso apasionado, Cora Lee Johnson no ha tenido éxito en hacer que otras mujeres de la comunidad se vuelvan activistas.

Pero incluso en Soperton era aparente que los derechos, aun los personales, se sostuvieran en el curso de la participación en un grupo aunque fuera poco organizado. Cualquier oportunidad de trabajar juntas en un grupo, sin importar si es sólo para socializar, permite a las mujeres de las comunidades pobres romper con sus esquemas de aislamiento. Para muchas este estudio fue su primera oportunidad de examinar y compartir nociones sobre sexualidad, anticonceptivos, embarazo y aborto, de escuchar las ideas de cada una sobre temas de salud reproductiva y comenzar a percibirlos como derechos. Los “lugares no santos” (que no son iglesias) donde las mujeres se pueden reunir y romper con el aislamiento, les parecen importantes porque les permiten sentir que pueden tomar el riesgo de cambiar sus circunstancias. Las participantes del taller de costura de Soperton, reacias a tomar dichos riesgos, confían en las que han encontrado formas de negociar

con los guardianes de la cultura patriarcal (iglesias, agencias de asistencia social, clínicas de planeación familiar).

En todas las localidades nuestras entrevistadas expresaron con cierta claridad un derecho concreto relacionado con la procreación o la maternidad, indicando que para las mujeres pobres a lo largo de las líneas raciales, culturales y geográficas, la maternidad a menudo es un sinónimo de familia e intimidad, al igual que un símbolo de su lucha por establecer su personalidad y su condición de adultas; en las tres localidades hablaron de la maternidad como una fuente de afirmación y realización. A las que tienen pocas oportunidades, les dio algo de autoridad para afirmar sus derechos, si no para ellas, sí para sus hij@s —como lo mostraron las jóvenes madres de Soperton que se pararon frente a los funcionarios de la escuela cuando advirtieron que sus hij@s habían sido discriminados—. También quienes consideraban la maternidad como crítica para su identidad expresaron anhelos de tener una vida significativa antes, durante y después de la misma: la oportunidad de convertirse en las mujeres que imaginaban.

Estos hallazgos son relevantes, y también lo es la observación de que todas nuestras participantes —en las tres comunidades— viven solas, sin el apoyo de un varón. En Soperton la mayoría nunca había estado casada; vivían con sus hij@s en casas multigeneracionales de mujeres, donde los hombres eran cuando mucho visitantes. Las de Washington Heights eran por lo general el primer miembro de la familia que inmigraba a Estados Unidos, y estaban hartas de cuidar a esposos e hijos, especialmente debido a que muchas también se habían convertido en las principales proveedoras. Varias habían dejado a sus esposos, mientras que otras seguían solteras después de que ellos fallecieron. Lo mismo ocurría con las del programa del sindicato, aunque unas cuantas tenían matrimonios felices. Todas estas mujeres están cansadas de los hombres que las engañan, o que insisten en tomar las decisiones familiares, mientras que a ellas las dejan cuidando a los hij@s. Es el caso de Bárbara, quien le aconseja a su hija que gane su propio sueldo para que si las cosas no marchan bien, pueda prescindir de su pareja.

La decisión de vivir en familias sin hombres es otro hallazgo de este estudio: son muchas las que decidieron esterilizarse o utilizar anticonceptivos de larga duración, tales como el Norplant, aunque

ya no puedan tener los hijos que habrían deseado. Si bien en parte, como lo hemos observado, esto refleja las actitudes y prejuicios de los médicos, que en las comunidades pobres tratan de inducir a las mujeres a que limiten sus embarazos, también manifiesta la decisión de las mujeres de liberarse de las cargas del embarazo y la procreación, lo cual encuentran profundamente liberador. Al respecto las entrevistadas demostraron su capacidad para separar la sexualidad de la maternidad, afirmando implícitamente sus derechos sexuales. En lugar de idear formas para evitar el coito, son libres de pensar en disfrutar la relación, e incluso iniciarla. Y a pesar del oprobio de la comunidad, algunas llegaron a hablar de masturbación y sexualidad lésbica.

Hasta cierto grado estos hallazgos expresan las contradicciones de la vida de las pobres de EU: la oportunidad —y el estigma— que ofrece la asistencia social para las que eligen la maternidad y vivir sin pareja; la libertad —y el arrepentimiento potencial— que ofrecen el control de la natalidad de largo plazo y la esterilización; la capacidad para imaginar el placer sexual. Los términos en que expresan estas cuestiones, al igual que un sentido de derechos, reflejan sus habilidades diferenciales para organizarse, tener seguridad económica y personal, y resolver las necesidades de la comunidad. Más allá de esto, sin embargo, muestran hasta qué grado las mujeres pobres de todas las regiones del país están influidas por una cultura popular más amplia, en especial la que difunden los medios de comunicación masiva, al igual que por el contexto de política económica y social. La naturaleza de la política pública —y de la vehemencia con que se le enfrenta— obliga a las mujeres de las comunidades pobres y a las inmigrantes a negociar con las autoridades estatales y médicas a diario, modificando los límites de los dominios público y privado, y transformando las decisiones personales en asuntos de justicia económica y social. En todas las localidades las luchas por la supervivencia de las mujeres van más allá de la competencia intensamente privada de los esposos y la familia, llegando hasta la articulación de exigencias al Estado y a la sociedad.

Estos descubrimientos sobre las formas en que las pobres y las de color piensan sobre sus derechos como mujeres y como ciudadanas, sirven de apoyo para quienes luchan en los movimientos de salud reproductiva y de derechos sexuales para integrar una visión

de autonomía personal con solidaridad y responsabilidad comunitaria. Al igual que sus contrapartes del hemisferio sur, estas mujeres del sur dentro del norte se están esforzando por encontrar formas de satisfacer sus propias necesidades al igual que las mujeres de sus comunidades. Pero afirmar sus derechos e identidades personales y colectivos es sólo el principio. Si se va a desarrollar un movimiento en favor de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, que tenga energía y capacidad para luchar contra las fuerzas que las mantienen “en su lugar”, debe definir y redefinir constantemente sus temas en los términos en que los están experimentando las mujeres pobres y las más prósperas, las de color y las inmigrantes, al igual que las blancas, y no fuera del trabajo y la comunidad sino precisamente dentro de ellos.

TABLA VIII.2
Educación

<i>Educación</i>	<i>Taller de costura de Soperton</i>	<i>Grupo de salud dominicano</i>	<i>Alianza Dominicana</i>	<i>Grupo sindical</i>
Años promedio	10.8	8.5	10.9	14.4
Grado escolar	3	6	4	
Secundaria	13	8	9	
Preparatoria				
o enseñanza técnica	16	2	16	
Universidad	1	0	0	50

* Dos mujeres de este estudio no proporcionaron información sobre su educación.

TABLA VIII.3
Ingreso promedio de todas las entrevistadas (dólares de EU)

<i>Taller de costura de Soperton</i>	<i>Grupo de salud dominicano</i>	<i>Alianza Dominicana</i>	<i>Grupo sindical</i>
10 000	12 000	10 000	20 000

TABLA VIII.4
 Control de la natalidad

<i>Método</i>	<i>Taller de costura de Soperton</i>	<i>Grupo de salud dominicano</i>	<i>Alianza Dominicana</i>	<i>Grupo sindical</i>
No utilizan*	24	8	12	22
Esterilización	14	7	5	5
Norplant-Depo Provera	2	0	5	5
Píldora	6	1	5	15
Condón	2	0	1	13
Nada	2	5	6	17
Otros**	9	3	11	13

* Los totales son mayores en esta categoría porque reflejan el uso de más de un método.

** Incluye mujeres con histerectomías, menopausia y embarazadas, y aquellas para quienes el dato no estaba disponible.

IX. COMPARACIONES ENTRE PAÍSES Y PERCEPCIONES POLÍTICAS

ROSALIND P. PETCHESKY

COMPARACIÓN DENTRO Y A TRAVÉS DE LAS DIFERENCIAS

¿Qué podemos decir de las siete complejas narrativas presentadas en los capítulos II a VIII que las identifique entre sí y a la vez reconozca los contrastes y las contradicciones que traen a la luz? Cualquier esfuerzo por comparar los siete estudios de los países del IRRRAG debe tomar en cuenta las grandes diferencias que existen entre las mujeres que participaron: en los métodos para seleccionarlas; su distribución por edad, etnicidad, religión, estado civil y estatus de empleo y otras variables; y por supuesto entre los contextos culturales, legales y políticos de los países y comunidades en los que viven. En la siguiente exposición solamente es posible resaltar algunas de esas diferencias para ilustrar los retos y oportunidades que plantean.

En un libro reciente Nira Yuval-Davis desarrolla un marco teórico útil para el análisis de las diferentes formas donde las políticas enfocadas y dirigidas a la reproducción biológica y cultural de “la nación”, afectan la posición de la mujer en las muy diversas sociedades y culturas —o de manera “transversal”, como ella lo expone—. Haciendo eco a una generación de mujeres feministas de color y del Tercer Mundo, esta autora advierte que en los intentos por situar los estudios locales dentro de dicho marco, siempre deben considerarse las identidades femeninas como “integrantes de colectividades nacionales, étnicas y raciales así como de clases específicas, sexualidad y ubicación en el ciclo de vida”:

Las mujeres no son sólo individuos, ni tampoco son solamente agentes de las colectividades. Las campañas de “derechos reproductivos” deberían tomar en cuenta la variada complejidad y la multidimensionalidad de identidades que hay en la sociedad contemporánea, sin

perder de vista la dimensión de poder diferencial en distintas colectividades y agrupaciones que existen en ella (Yuval-Davis, 1997: 38).

Sin embargo, un esfuerzo de buena fe por abordar lo relativo a los derechos reproductivos y a la “reproducción nacional” desde una perspectiva “multidimensional” podría cuestionar seriamente cualquier análisis comparativo entre los siete estudios de IRRRAG, o incluso dentro de cada uno. ¿Cómo se pueden crear lazos entre las estrategias reproductivas de una mujer hausa del norte de Nigeria y una china rural de Malasia, o una inmigrante dominicana de la ciudad de Nueva York (cuyas identidades giran alrededor de su etnicidad y de cualquier idea abstracta de la nación) y las de países como Brasil y Egipto, donde el proyecto de nacionalización ha tenido mayor alcance? ¿Cómo comparar el impacto de la participación de las mujeres en grupos locales en su sentido de apropiación reproductiva y sexual, cuando en algunos lugares, como Brasil y Filipinas las feministas han tenido larga interacción con estos grupos mientras que en otros, como Nigeria y México, dicha interacción se encuentra en efervescente desarrollo?

Las variaciones de la política nacional y los contextos económicos en los siete países también hacen difíciles las comparaciones. La severa corrupción y la represión que plagan el actual régimen en Nigeria no tienen equivalente real en otros países, aunque las políticas autoritarias y antidemocráticas asolan a otros en diferentes grados. Del mismo modo, mientras que las presiones económicas y el efecto de los ajustes estructurales agobian a todas las comunidades estudiadas, las disparidades de ingresos entre los países son amplias, y Nigeria, nuevamente y por mucho, tiene la peor situación en tanto EU se encuentra en posición de ventaja incuestionable (véase las cifras del PNB per cápita en la tabla IX.1). Los movimientos transnacionales que promueven el fundamentalismo religioso son omnipresentes y afectan a todos los países en algún grado, pero su influencia sobre la política pública por el momento es mucho mayor en algunos países (Egipto, Malasia, Filipinas y EU), que en otros. Estas condiciones externas limitan severamente no sólo la capacidad de las mujeres de realizar algún sentido de derecho, sino también la de nuestros respectivos equipos para investigar este tema y la de los movimientos de mujeres para conectar los dere-

chos reproductivos y sexuales con cuestiones más amplias relativas a la democracia, la ciudadanía y el desarrollo.

Las diferencias en las leyes nacionales también inciden de manera diferente en el sentido de apropiación reproductiva y sexual de las mujeres y por lo tanto complican los esfuerzos de este análisis comparativo. Para tomar un ejemplo obvio: las leyes de aborto varían mucho de uno a otro de los siete países, al igual que los métodos de imposición y los efectos prácticos en la vida de las mujeres. En el extremo más severo de este continuo, en Filipinas (donde la Iglesia católica tiene mayor influencia sobre la política pública) el código penal prohíbe el aborto en cualquier circunstancia, incluso cuando corre peligro la vida de la mujer. En Nigeria, la única excepción permitida para un aborto legal es que la vida de la mujer esté en peligro. En la misma línea se encuentra Brasil, donde el aborto sigue siendo ilegal con dos excepciones: el riesgo a la vida de la madre y los embarazos causados por violación; pero incluso en estas situaciones legales un comité del hospital debe autorizarlo y será realizado únicamente por un médico. Estos tres países, donde las leyes de aborto son las más restrictivas, tienen un estimado de mortandad materna mucho más alto que los otros cuatro estudiados (véase tablas IX.1 y IX.2).

En un rango medio se encuentran Egipto, Malasia y México, cuyas leyes permiten los abortos en ciertas circunstancias limitadas, que incluyen el riesgo no sólo de la vida de la mujer, sino de su salud, los embarazos por violación y un diagnóstico de defectos fetales. Pero en estos tres países, además de que no se han tomado medidas para practicarlos, la disponibilidad de servicios es muy limitada y no se proporciona información alguna a las mujeres o a los médicos y enfermeras sobre la ley; esto es así en México y Malasia; en Egipto hay castigos penales severos para los médicos y las mujeres que violan la ley (véase capítulos II a VIII y Ross, Mauldin y Miller, 1993, tablas 19 y 20). Sólo en EU el aborto es oficialmente un derecho constitucional para todas las mujeres; sin embargo, incluso ahí en varios estados hay diferentes leyes federales que prohíben el financiamiento público para practicar abortos a mujeres pobres y se crean barreras de acceso para las minorías; además, muchos hospitales públicos, áreas rurales y cada vez más médicos privados, intimidados por un movimiento en contra del aborto que

TABLA IX.1
Países de IRRAG. Algunos indicadores importantes

<i>País</i>	<i>Proporción de mortalidad materna 1990*</i>	<i>Tasa total de fecundidad 1990-1995</i>	<i>Tasa de mortalidad infantil de 1990 a 1995**</i>	<i>Uso de métodos anticonceptivos modernos, 1990 (porcentajes)***</i>	<i>Uso de cualquier método anticonceptivo, 1990 (porcentajes)***</i>	<i>Nacimientos asistidos 1986-1990 (porcentajes)***</i>	<i>PIB per cápita, 1993 (dólares de EU)</i>	<i>Gasto público en salud 1990 (como porcentaje del PIB)</i>
Nigeria	1 000	6.4	96	4	6	45	300	1.2
Filipinas	280	3.9	43	25	40	53	850	1.0
Brasil	220	2.5	57	57	66	73	2 930	2.8
Egipto	174	4.1	57	44	45	47	660	1.0
		3.6&	72.9&					
México	110	3.2	35	45	53	45	3 610	1.6
Malasia	80	3.6	14	31	48	92	3 140	1.3
			11.6&					
EU	12	2.1	8	69	74	99	24 740	5.3

* Por cada 100 000 nacimientos vivos.

** Por 1 000 nacimientos vivos.

*** Sólo para parejas casadas que están usándolos.

& Datos de la Encuesta de Salud y Demografía Egipcia o los del Ministerio de Salud de Malasia, que difieren de los datos de la ONU sobre mortalidad materna.

Fuentes: PNUD, Reporte sobre Desarrollo Humano 1996; OMS y UNICEF, Revisión de datos estimados sobre mortalidad materna 1990 (abril de 1996).

TABLA IX.2
Circunstancias en que es legal el aborto
inducido en países del IRRRAG

<i>País</i>	<i>Ilegal (toda cir- cunstancia)</i>	<i>Riesgo a la vida</i>	<i>Riesgo a la salud</i>	<i>Violación o incesto</i>	<i>Defor- midad fetal</i>	<i>Problemas socio- económicos</i>	<i>Optativo</i>
Brasil		X		X			
Egipto		X	X		X		
Malasia		X	X	X	X		
México		X	X	X	X		
Nigeria		X					
Filipinas	X						
EU							X

Fuente: Ross y Miller, 1993, tabla 19.

tiene el respaldo del ala derecha religiosa, no proporcionan tales servicios (capítulo VIII y Petchesky, 1990).

Finalmente, las relaciones de género en casi todos los países todavía se caracterizan por una cultura patriarcal o de dominio masculino a pesar de que la legislación positiva apoya la igualdad de género. Sin embargo, los efectos diarios de la cultura y la tradición del poder que los varones ejercen sobre las mujeres y la forma que adopta ese poder varían enormemente. El sentido de apropiación reproductiva y sexual de una mujer y su libertad para expresarlo dependen fuertemente de sus decisiones sobre contraer matrimonio o no, pues ésta es una opción práctica o un boleto para el ostracismo y la destitución sociales.

Entre los países estudiados y dentro de cada uno, el grado de maniobrabilidad de las mujeres relativo al matrimonio difiere notablemente. Para las mujeres comunes —como nuestras entrevistadas en Nigeria, Egipto y Filipinas— es algo impensable no casarse debido a que el rechazo cultural a la procreación fuera del matrimonio, el divorcio o la separación, están llenos de consecuencias atemorizantes.¹

¹ De los siete países, sólo en Filipinas el divorcio sigue siendo oficialmente ilegal. Sin embargo, entre las filipinas registradas como “casadas” una buena canti-

Por otro lado, la forma particular de la pobreza urbana y rural hace que las mujeres de Brasil, México y EU eviten el matrimonio o hagan de la soltería (madres solteras, divorciadas o separadas) un prospecto viable: de hecho ésta era la norma entre las entrevistadas estadounidenses. En lugar de invertir energía y recursos en preparar a las hijas para el matrimonio, las madres les advierten: “No puedes depender de un hombre.”

Sin embargo, aunque sus contextos políticos y su cultura son diferentes, en los sitios de investigación del IRRRAG se revelaron sorprendentes similitudes que emergieron en las entrevistas y posteriormente —a veces en palabras que coincidían pese a los abismos del idioma, la cultura y los conceptos de espacio físico—. Dichos ecos verbales nos conmovieron profundamente y nos sensibilizaron para percibir sus diferentes matices. Sobre el matrimonio y lo que significa, por ejemplo, recuerda Suzzane, mujer afroamericana de 39 años de edad originaria de la zona rural de Georgia y que opera un salón de belleza pequeño: “Si tuviera que volver a hacer todo de nuevo, no me casaría ni tendría hijos. Compraría un Lexus negro y viajaría sin rumbo [...al] campo inmenso y abierto.” Y ahora escuchemos nuevamente a Selam, la trabajadora doméstica de 27 años de edad de Río de Janeiro:

Si tuviera que volver a comenzar, no me casaría. Me *namoraría* [tendría una relación duradera, sin cohabitar]. Personalmente, cuando estoy sola en casa, me siento mejor. Debes tener tu propio espacio, libertad para pensar, para escuchar música. Estás más en paz y tienes más autodeterminación (capítulo II).

La fantasía de Suzzane de autorrealización está invadida por las imágenes de televisión de la cultura consumista de EU (también tú puedes ser rico y “tener lo tuyo”), a la cual son susceptibles incluso los grupos más marginados. Al sentirse atrapada en un pequeño pueblo rural, sueña con un espacio “inmenso y abierto” y una vida libre sin hij@s. Por otro lado, la fantasía de Selma refleja un hábitat urbano y sobre todo la añoranza de un espacio para sí

dad lo era de manera no oficial, al vivir en unión libre; varias se habían separado permanentemente pese a las restricciones legales y religiosas sobre el divorcio.

misma, ya que ella trabaja durante todo el día en la casa de otra persona. Sin embargo, ambas mujeres —de subculturas que están más orientadas hacia la comunidad que hacia sí mismas— expresan el vehemente deseo de soledad, libertad individual y autodefinición no asociado con las actividades reproductivas y sociales. De igual modo, en lugares tan diversos como Egipto, el noreste de Brasil y el norte de Nigeria encontramos mujeres cuyo control sobre sus cuerpos significa la movilidad física, pues hablaron de la libertad de “ir y venir”. Tampoco sorprende que dichas imágenes se repitieran especialmente durante las etapas de sus vidas de mayor confinamiento sexual en los tres sitios: la adolescencia, el embarazo y el periodo posterior al parto, y la viudez. Encontramos que las experiencias sexuales y reproductivas de la vida parecen crear conexiones “transversales” entre las mujeres a pesar de las diferencias (véase Eisenstein, 1994 y 1996; Yuval-Davis, 1997).

1. Las mujeres entrevistadas en los siete países aspiran a controlar su propia fecundidad, la procreación y el uso de anticonceptivos; sin embargo, las barreras sociales, institucionales y legales pueden evitar que tengan éxito. A menudo se actúa con este sentido del derecho en transgresión consciente de la comunidad y las normas religiosas —provocado por el miedo a la violencia o las fuertes represalias— sin que los padres, esposos, parejas y autoridades se enteren.

Encontramos que el sentido de derechos de las mujeres era más fuerte respecto a las decisiones sobre cuándo y si querían tener hijos; no cabe duda, como lo mostró el estudio de México (véase el capítulo V), de que esto refleja la legítima influencia de los programas de planificación familiar y los movimientos de salud de la mujer desde los años setenta. Nuestras entrevistadas conocen diversos métodos de control de la fecundidad, sean tradicionales, modernos, o ambos, y la mayoría tiene acceso a ellos de una forma u otra; aun en los sitios de investigación donde todavía existe una brecha evidente entre las aspiraciones femeninas sobre el tamaño de la familia y la realidad de los numerosos embarazos no deseados —es más notorio en las mujeres filipinas de mayor edad—, el sentido (no alcanzado) de derechos es evidente.² En otras pala-

² La forma mediante la cual dichas aspiraciones toman forma pueden variar de un país o región a otro. Por ejemplo, en cuatro países, Brasil, Egipto, México y

bras, nuestros estudios confirman lo que los movimientos por la salud de la mujer han estado diciendo por años en respuesta a las nociones estrechas de “necesidad no resuelta”: que no es la falta de voluntad o la dificultad de acceso a los métodos anticonceptivos lo que hace que las mujeres no puedan evitar con éxito los embarazos no deseados, sino la carencia de métodos que resuelvan sus necesidades sociales y biológicas *como ellas las definen* (Côrrea, 1994; Dixon, Mueller y Germain, 1992; García-Moreno y Claro, 1994).

Las entrevistadas de todos los países se quejaban de los riesgos y los efectos secundarios de los anticonceptivos hormonales disponibles, y ésa fue la razón principal que arguyeron para no utilizarlos. Aún más: gran cantidad de mujeres sentía que las barreras sociales frustraban sus valientes intentos de regular su fertilidad: esposos, madres u otros parientes poco cooperativos o agresivos; personal médico insensible o inaccesible, y políticas nacionales coercitivas sobre el aborto. Todos los estudios de Brasil, México, Nigeria y Filipinas cuentan historias de maridos que tiraron las pastillas, que rehusaron firmar formas para la esterilización, o que exigían que la mujer tuviera un hijo varón. A veces las entrevistadas fueron amenazadas en forma directa con violencia, como le ocurrió a la campesina del norte de Brasil cuyo esposo esculcó sus cosas para ver si encontraba las píldoras que ella había escondido y, después de hallarlas, le advirtió: “Si vuelvo a ver esas pastillas, me las vas a pagar.”

En casi todos los sitios de investigación encontramos reportes de violencia, en especial durante el embarazo (véase Heise, 1995; y Heise, Moore y Toubia, 1995). Para muchas mujeres casadas o unidas libremente en Filipinas, el norte de Brasil, México y EU, la violencia masculina endémica dirigida a frenar su libertad reproductiva y sexual —frecuentemente acompañada por el alcoholis-

Filipinas, la mayoría de nuestras entrevistadas utilizan métodos para detener la procreación en lugar de espaciarla o posponerla; en Malasia, Nigeria y EU existe una cultura de espaciamiento de los hijos en la mayoría de las poblaciones del estudio, así como entre la población en general. Mientras las mujeres nigerianas, tanto en nuestro estudio como en general (véase tabla IX.1), suelen tener más hij@s que las de otros países (con excepción de Filipinas), nuestros datos cualitativos afirman que esto corresponde a su deseo, ya que el tamaño ideal de la familia para la mayoría de las nigerianas que entrevistamos es de 4 a 6 hij@s (véase el capítulo VI).

mo—era una parte manifiesta de su vida diaria. Para las participantes de los otros países la violencia se encontraba más a menudo bajo la superficie o tomaba la forma de conflictos verbales; amenazas de alboroto o censura doméstica de la comunidad y en especial de las mujeres mayores; o una educación dividida por género, lo que les imbuyó la costumbre de obedecer o actuar subrepticamente. De esta forma, en especial en los casos de Egipto y Nigeria, las entrevistadas solían recurrir a la acomodación estratégica para evadir la oposición anticipada de sus maridos, familiares o autoridades locales.³

Las barreras que les impiden afirmar su autodeterminación sobre la fecundidad provienen no sólo de sus esposos y los miembros de la familia, sino de las leyes y las instituciones coercitivas. Las participantes afroamericanas y latinas de EU, así como muchas de las mexicanas y las trabajadoras domésticas de Brasil, no tenían esposos o parientes o éstos estaban fuera de escena —debido al divorcio, la separación, la migración, las condiciones en que se construye el trabajo doméstico, o las políticas de asistencia social que desalientan las familias biparentales—. Para algunas de estas mujeres, los obstáculos más serios que se oponen a que realicen su sentido de derecho relativo a la fecundidad, son a menudo institucionales en lugar de domésticos. Éstos incluyen los esfuerzos de los médicos por imponer la esterilización, los implantes hormonales para que no se tengan hij@s, así como en EU las políticas de asistencia social restrictivas y en contra de la natalidad. Las investigadoras encontraron que aunque los servicios de planificación familiar eran físicamente accesibles en Egipto, la insensibilidad y la falta de respeto de los médicos disuadían a las mujeres de recibir cuidados, y lo mismo sucedía en Brasil, Malasia y Nigeria (véase el hallazgo 8, más adelante). Por otro lado, en Filipinas, el control que ejerce la Iglesia católica sobre la planificación familiar aún limita severamente el acceso a métodos anticonceptivos confiables y a la información. Así, en casi todos los sitios donde prevalecían leyes restrictivas y severas sobre el aborto, el sentido del dere-

³ Un esquema dominante de violencia doméstica está ahora también saliendo a la luz en Egipto. Véase Egypt, National Population Council, 1995; New Woman Research and Study Centre for Rehabilitation of Victims of Violence, 1995.

cho de limitar la procreación se ha visto forzado a mantenerse escondido. La investigación del IRRRAG confirmó lo expuesto en otros estudios: al limitar e inmiscuirse en el proceso de toma de decisiones, las leyes alientan a los individuos a buscar los servicios clandestinos con gran peligro y costo (Paxman *et al.*, 1993: 217).

A dicha intimidación las mujeres responden con subterfugios: esconderse, pretender, mentir descaradamente, son algunos; otros, conseguir hombres en la calle para que firmen la forma de consentimiento de esterilización, hacerse un aborto ilegal de forma clandestina (e insegura), o simular que tuvieron un aborto no intencional. En Egipto la utilización de dichas estrategias es un arte fino, y lo último que haría una persona es decirle a su marido que usa anticonceptivos o hablarle de aborto; mucho menos pedirle que se inscriba en algún programa de “participación masculina”.⁴ También en Brasil, Malasia, México, Nigeria y Filipinas, la mayoría de las mujeres que utilizaban anticonceptivos o reconocieron haber tenido abortos, lo hicieron sin que sus esposos o padres lo supieran, utilizando métodos tradicionales o ilícitos. Sin embargo, en todos estos casos el intento y el sentimiento de derecho a controlar su propia fertilidad es claro, aun cuando razones poderosas hacen difícil llevarlo a cabo. En Filipinas, donde las tasas de fecundidad entre las entrevistadas eran más altas que en cualquier otro de los sitios de investigación, las mujeres de todas las edades expresaron su deseo de no tener “más bocas que alimentar”. Aunque la abstinencia era su método anticonceptivo más frecuente, nuestras informantes filipinas percibían con claridad el *derecho* a rehusar o evadir las pretensiones sexuales de sus parejas para reducir las cargas del cuidado de los hijos.

2. La justificación primaria que las mujeres utilizan para su sentido de derechos reproductivos es la maternidad; argumentan que ellas (no los esposos o las parejas) sufren las grandes obligaciones, los dolores y las respon-

⁴ Estos descubrimientos del equipo egipcio del IRRRAG contrastan de manera notable con un estudio reciente basado en datos de la EDS de Egipto de 1988, que subraya la preferencia cultural que existe en Egipto por tomar las decisiones en forma conjunta entre marido y mujer (Govindasamy y Malhorta, 1996). Véase el capítulo III).

sabilidades del embarazo, la procreación y la crianza, y por ello se han ganado el derecho a tomar las decisiones en estos terrenos. Esta conciencia refleja en parte el concepto de migración urbana masiva y el cada vez menor apoyo familiar y social para el cuidado de los niños.

Si bien la presencia e influencia de los programas de planificación familiar en la mayoría de los países pueden ser una parte importante del contexto que legitima el derecho de las mujeres, éstas no recurren a ellos para justificar sus decisiones; por el contrario nuestras entrevistadas citaron su responsabilidad hacia l@s niñ@s como el terreno ético principal en que basaron su derecho a tomar las decisiones de abortar, utilizar anticonceptivos, o controlar lo relativo a l@s niñ@s. Una y otra vez escuchamos las palabras “dolor”, “sufrimiento”, “cargas”, como si el agobio por el que pasaron con la maternidad representara un tipo de moneda que tienen que pagar con sus cuerpos para ganarse la autoridad reproductiva. Este tipo de *rendición de cuentas corporal* puede ser la contraparte de la “rendición de cuentas espiritual” que la antropóloga Ruth Behar dice “es un tema constante en el discurso popular mexicano [...] uno tiene que pagar por todo en este mundo” (Behar, 1993: 289, 356). Emerge en las palabras de Marta, una viuda yaqui de Sonora, de 43 años al decirle a su marido por qué estaba en contra de que golpear a los niños: “Porque duele [...] yo pago el precio por ellos; ellos nacieron de mí, nacieron de mí y duele que alguien los golpee. Mírate, puedes dejar la casa en cualquier momento, y ¿quién se va a quedar sufriendo con este niño? ¿No voy a ser yo?” (capítulo V).

Los sentimientos de Marta son similares a los de Lai Yin, campesina china de Malasia, madre de cuatro, que insistió: “Soy la única que toma las decisiones en lo que concierne a la planificación familiar [...] Él sólo juega [con los niños] no los cuida. No sufre; yo soy la que sufre todo” (capítulo IV).

Pero el sentido de apropiación reproductiva de Lai Yin, al igual que el de muchas otras mujeres que entrevistamos, se establece en el concepto de problemas económicos y supervivencia (muy poco alimento con qué avanzar, falta de cuidado de l@s niñ@s), y no en su propia conciencia de que “esto es lo que quiero, lo que necesito para mí misma o lo que *me* daría placer”. Ilustrando el ser interconectado, situado socialmente (véase el capítulo I), el contexto en que las mujeres apelan a las responsabilidades de la maternidad

como terrenos éticos para su autoridad reproductiva incluye no sólo la necesidad económica sino también la migración urbana, la ruptura de familias numerosas, la pérdida de apoyo familiar para el cuidado de los niños y el mantenimiento de la casa, y el resultante aumento de las obligaciones para las madres biológicas —tendencias comunes en todos los países en vías de desarrollo de nuestro estudio—. Las entrevistadas de Malasia, México, Brasil, Egipto urbano y Filipinas arguyen como razón para buscar el control de su fertilidad, la ausencia de medios viables de cuidado infantil. Esto refleja un hecho bien conocido: las normas sobre el tamaño de la familia dependen de los valores históricamente cambiantes sobre lo que significa criar a l@s niñ@s de manera decente; pero son las mujeres como madres quienes más a menudo se encargan de que se cumplan esos valores (Dixon, Mueller, 1993; Ravindran, 1996; capítulos II y IV de este texto).

En cierta forma, la tendencia de las entrevistadas a sentirse más cómodas al justificar las decisiones reproductivas “de resistencia” en términos de la supervivencia económica de la familia en lugar de atribuir las a sus necesidades personales, y mucho menos a su “derecho a controlar sus cuerpos” puede verse como una forma de acomodación. ¿En qué punto el “sí mismo situado” se fusiona en la madre normativa y sin imagen de sí misma? Sin embargo la “rendición de cuentas corporal” transmitida en las afirmaciones de Marta y Lai Yin implica un sentido muy claro de ser y un concepto de justicia: las cargas mentales y físicas excesivas que soportaron las hacen dignas básicamente de ejercer los derechos de toma de decisiones. Por otro lado, las participantes estadounidenses, en particular las que recibían asistencia social, expresaron un punto de vista ético algo diferente al describir la maternidad no en términos de cargas y dolor, sino del derecho a ser madres. Al igual que en los otros sitios de investigación, ellas también apelaban a sus responsabilidades como madres para justificar su derecho reproductivo, pero no lo hacían de igual a igual con sus esposos o parejas, sino con el Estado. Conscientes del poder estatal para definir su vida y la de sus hijos, percibían la maternidad no sólo como una manera de establecer su edad adulta en la comunidad, sino también como una expresión legítima de ciudadanía, que les da derecho a recibir el apoyo público adecuado. Así lo expresó una mujer dominicana:

“Derecho es cuidar a tus hijos, darles lo que necesitan” (capítulo VIII y Benmayor, Torruellas y Juarbe, 1992).

3. El grado en que las entrevistadas estaban dispuestas y eran capaces de expresar y poner en práctica sus propios juicios sobre sexualidad y reproducción variaba significativamente durante el ciclo de vida de cada una y entre generaciones. Pero los esquemas eran distintos entre los países; algunas veces eran las mujeres solteras jóvenes quienes mostraban un sentido de derechos más fuerte, y otras eran las mujeres mayores que habían pasado el tiempo y la prueba de la maternidad.

Las diferencias generacionales entre las mujeres en cuanto a sus derechos para tomar por sí mismas decisiones sexuales y reproductivas fueron evidentes en todos los estudios. En parte reflejan cambios socioeconómicos que afectan a los siete países en distintos grados, como resultado de los cuales las cohortes más jóvenes reciben en general más educación, posponen el matrimonio, y tienen menos hij@s que sus madres y abuelas (UN, 1995). Una conciencia nueva de las ventajas de educar a las hijas fue particularmente importante entre nuestras entrevistadas urbanas de Egipto, Malasia, y Nigeria, donde encontramos que las jóvenes solteras tenían mayor disposición que la generación de sus madres a defender su derecho de elegir el compañero con quien se van a casar, a trabajar fuera del hogar, a tomar decisiones en forma libre sobre los anticonceptivos y el aborto, y en ocasiones también a abandonar las viejas normas de virginidad antes del matrimonio. En Filipinas, donde dichas diferencias generacionales entre madres e hijas eran menos evidentes, las hijas casadas tenían mayor probabilidad que sus madres de usar anticonceptivos de manera efectiva.

En varios países —principalmente en Brasil y Nigeria— las madres parecían dispuestas a expresar que aspiraban a que sus hijas tuvieran lo que no se atrevieron a exigir para ellas mismas, incluyendo no sólo más educación, sino más libertad. Las activistas del movimiento de salud de São Paulo fueron las más ruidosas en este sentido: Fernanda quería que su hija “terminara por lo menos la secundaria” y que “tuviera una mente más abierta”, y María, que había “trabajado como esclava para que [su hija] pudiera estudiar”, le decía: “No puedes depender de tu marido.” Más sorprendente fue una madre de São Paulo que le dio un giro a las viejas senten-

cias maternas “cuídate” y “sé una niña buena”, pues en lugar de pedirle que cuidara su virginidad y el honor de la familia, aclaró: “Incluso si tienes sexo, hazlo con cuidado, usa un condón.” Mientras que todo esto refleja un contexto de inseguridad económica creciente así como la conciencia del riesgo de contraer el VIH-sida, también habla de las formas en que se puede experimentar un sentido de apropiación sexual y reproductiva indirecta, a través de las generaciones.

A veces, por otro lado, encontramos que en algunos lugares las mujeres mayores intentaban ser más seguras y autodefinidas sobre las decisiones reproductivas. Este esquema fue especialmente sorprendente en Nigeria, donde una tradición de jerarquía por edad le daba a ellas, y en especial a las menopáusicas, mayor posición social y autoridad en la comunidad, y también cierta libertad para buscar el placer sexual sin ningún estigma. En ocasiones su poder intergeneracional acarrea consecuencias positivas —por ejemplo, en el cuidado que dan las parientes mayores a las madres jóvenes nigerianas después del parto; o las lecciones sobre cómo resistirse a la violencia del esposo y las relaciones sexuales no deseadas—. Sin embargo, en otras circunstancias ejercen su poder perpetuando los valores patriarcales y la subordinación sexual de las jóvenes solteras. Esto es evidente en numerosos e inquietantes ejemplos de conflictos madres e hijas: las madres egipcias que insistían en arreglar los matrimonios de sus hijas, mujeres mayores en Egipto y Nigeria que siguen aprobando la MGF y otras prácticas tradicionales dañinas; las madres filipinas que no permiten que sus hijas continúen con sus estudios, y las madres de todas partes que no le dan información sexual vital a sus hijas, imbuyéndoles en su lugar peligro, miedo y vergüenza.

En casi todos los países y lugares de investigación fue evidente que la etapa en la cual se conferían a la mujer menos poderes dentro del ciclo de vida fue la de matrimonio temprano y la procreación. Encontramos que su sentido de derechos reproductivos y sexuales está fuertemente mediado por la maternidad, en especial entre las mexicanas, egipcias, nigerianas y brasileñas y entre las afroamericanas inmigrantes en Estados Unidos. Tener hijos se vuelve un rito de pasaje y una fuente de autoridad, después de lo cual la mujer se siente con más derecho a decir lo que piensa, externar

sus puntos de vista y necesidades respecto a los anticonceptivos o la esterilización, rechazar la violencia y el abuso masculino, buscar fuentes de satisfacción personal fuera del hogar, o de relajarse para “simplemente disfrutar el sexo” (véase hallazgos 7). Es importante notar que muchas de las entrevistadas que participaban en organizaciones comunales en Brasil y México, y en grupos de inmigrantes de Nueva York, lo hicieron sólo después de que sus hijos habían crecido lo suficiente para cuidarse por sí mismos o entre sí. Para ellas, al igual que para muchas de las participantes nigerianas, la maternidad con una base ética de derechos implica la postergación de su autodeterminación sexual y reproductiva para etapas posteriores de su vida. Además, esta ética materna viene cargada con otros costos: profundiza los conflictos generacionales en la medida en que las activistas y trabajadoras deben confiar en las hijas mayores o en las abuelas para reemplazarlas en el hogar, y penaliza a todas las mujeres por no tener hij@s.

4. Las mujeres que entrevistamos tienen nexos con la religión pero no permiten que gobierne su comportamiento o sus razones éticas respecto al control de la fecundidad. En Brasil, Egipto y Filipinas, a menudo imaginan un dios compasivo que entiende su necesidad de tener un aborto, de utilizar anticonceptivos, o de negarse al coito con sus maridos cuando no lo desean. Sin embargo, las autoridades religiosas siguen ejerciendo gran poder sobre la capacidad de las mujeres para realizar su sentido de derecho reproductivo y sexual.

Ese comportamiento, que diverge de la moral que sostienen públicamente y de sus creencias religiosas, especialmente respecto a temas íntimos concernientes al control de la natalidad y la sexualidad, ha sido ya bien documentado (CFFE, 1994; 1997; Luker, 1984; Petchesky, 1990). Encontramos este modelo en los siete países, y la misma actitud respecto al aborto. Pero sorprende también que entre nuestras entrevistadas exista una moralidad práctica, basada en el sufrimiento corporal de las mujeres y la responsabilidad social de los niños, así como en las presiones económicas, que generalmente tuvieron precedencia sobre las creencias y enseñanzas religiosas de las autoridades católicas o islámicas. La alta jerarquía católica de Filipinas se asustaría si supiera que las mujeres pobres de allá suelen asegurar que “[El control de la natalidad] no es asunto de la

Iglesia” (capítulo VII). La Iglesia de Brasil, que compitió por largo tiempo con la teología de la liberación, estará menos sorprendida, pero no hay duda de que le molestará escuchar que nuestras entrevistadas justifican sus abortos con la intercesión de un dios indulgente y comprensivo. También en este caso las palabras de las mujeres se hacen eco una a otra, saltando las grandes divisiones culturales y geográficas. Es seguro que las mujeres brasileñas se identificarían con las convicciones de Soheir, una madre trabajadora musulmana de El Cairo urbano, cuando reconcilia su aborto con la voluntad de Dios, al preguntar en forma retórica: “¿Querría Dios que toda la familia sufriera si tuviera que dejar de trabajar?” (capítulo III).

La pregunta de Soheir ejemplifica el mosaico de teología adaptada y la ética situacional que forma parte de la conciencia de muchas mujeres sobre las decisiones reproductivas. Al igual que las filipinas y brasileñas que entrevistamos, ella está afirmando su derecho reproductivo por medio de una deidad benevolente,⁵ y lo hace basada en las dificultades económicas que la restringen por todas partes. Sin embargo, también se están acomodando a las normas tradicionales del recato de la cultura egipcia en que es inconcebible que una mujer amamante a su hij@ en el trabajo. En algunos casos la negociación con la religión realmente llevaba a la apropiación de aspectos de la enseñanza religiosa tradicional que parecían trabajar en favor de las mujeres; por ejemplo, las entrevistadas musulmanas de Malasia y el norte de Nigeria basaban su sentido de derecho al divorcio en la ley islámica; o las participantes cristianas del sureste de Nigeria citaban la Biblia para apoyar su oposición hacia los ritos de la viudez.

⁵ Las mujeres rurales pobres del noreste brasileño recrean una larga historia de oposición a las enseñanzas de la Iglesia católica cuando comúnmente consideran sus abortos dentro del primer trimestre como “negociando con Dios”. La teología de la liberación, profundamente afianzada entre las personas pobres de Brasil, les proporciona una noción alternativa —de una deidad misericordiosa y buena que ayuda a las mujeres en los tiempos difíciles— para justificar su trasgresión de los puntos de vista morales del clero (capítulo II y Ribeiro, 1994). Sin embargo, no tenemos plena conciencia de que dicha tradición exista entre las mujeres pobres de Filipinas o entre las musulmanas pobres de Egipto; además nuestras investigadoras consideraron un éxito encontrar que este tema permea a culturas tan diferentes.

Al mismo tiempo, en la mayoría de nuestros países la autoridad religiosa opera en diferentes grados para influir en la política estatal y la práctica médica respecto al aborto y los anticonceptivos. La reciente lucha legal sobre las regulaciones gubernamentales que legitiman la MGF en los hospitales públicos de Egipto, así como la interferencia de la Iglesia en las políticas y programas de planificación familiar en Filipinas, son los ejemplos más evidentes, pero el poder de las instituciones religiosas es ligeramente más sutil en su intrusión sobre la legislación y la disponibilidad práctica de los servicios en EU y Malasia. Como se planteó en el hallazgo 1, dicha influencia puede construir barreras prácticas formidables e impedir que las mujeres realicen sus derechos a controlar su fecundidad.

Las enseñanzas religiosas también penetran de manera profunda en la conciencia de las mujeres al ser difundidas como normas tradicionales en la familia y la comunidad, en especial lo relativo a la sexualidad y el placer sexual. Esto era evidente entre las entrevistadas de Nigeria y Filipinas. Cuando Zenaib dice, al igual que una mujer hausa (musulmana), que “ella no debería disfrutar el sexo porque su esposo puede pensar que es caprichosa”, reproduce los puntos de vista de las católicas entrevistadas en Filipinas y en las comunidades latinas inmigrantes de EU, y de las afroamericanas (protestantes, y profundamente religiosas). De hecho, el fatalismo y la inmoralidad inherentes al placer de las mujeres, perviven entre algunas entrevistadas de los siete países y pueden deberse al poder de la ideología religiosa (véase el hallazgo 7). No importa que tales actitudes tengan profundas raíces culturales en las tradiciones patriarcales que precedieron a la religión organizada, o que incluso a veces sean repudiadas por las autoridades religiosas (como en Nigeria). La confusión entre las egipcias sobre si la MGF es o no un deber religioso, y de las musulmanas de Malasia sobre los anticonceptivos, nos recuerda que la religión en ocasiones debe su santidad a las tradiciones que históricamente tuvieron poco que ver con la religión.

5. En la mayoría de los lugares el empoderamiento de las mujeres para actuar de conformidad con su propio sentido del derecho en las decisiones reproductivas y sexuales fue significativamente mejorado al tener ganancias económicas propias, ya sea trabajando fuera de casa o en algún tipo de

tarea remunerada realizada en el hogar. Sin embargo las mujeres todavía asumen las responsabilidades de la “doble jornada” ligadas al género.

Por otro lado podemos decir que el trabajo asalariado de Soheir refleja el recorte económico en las familias pobres, pero también la autoriza a tomar sus decisiones reproductivas. En todos nuestros países la gran mayoría de las mujeres, pero en particular las menores de 50 años, buscaban trabajar fuera de la casa, y cuando sus esposos (o en EU las autoridades de asistencia social) se oponían, conseguían a escondidas un trabajo de medio tiempo o uno que pudieran realizar en su casa. La mayoría tenía éxito, como demuestran las altas tasas de empleo (incluyendo el informal) entre los grupos de entrevistadas listados en la tabla I.1. Aunque no garantizaban la “liberación” o la igualdad, la posesión de ganancias independientes y, en muchos casos, sus propias habilidades comerciales o negocios pequeños, funcionaban cuando menos para proporcionarles no sólo ingresos adicionales, sino un poco más de dignidad, auto-respeto y espacio para afirmar sus deseos en asuntos sexuales y reproductivos.

Al cuestionar el mito dominante de que los varones son los principales proveedores del hogar, en casi todos los sitios de investigación las mujeres casadas o en unión libre que criaban a sus hijos consideraban que tener recursos económicos por sí mismas era una estrategia crucial no sólo para mantener vivas a sus familias, sino también para negociar con los esposos, parejas y patrones sobre temas relacionados con los anticonceptivos, el cuidado de los hijos, la división del trabajo en el hogar, las relaciones sexuales no deseadas o el abuso. En el Egipto urbano, una esposa y trabajadora como Zeinab obtiene suficiente autonomía de su posición social como costurera para afirmar: “Un hombre que golpea a su esposa no es un hombre”, o también: “Mi esposo no tiene nada que ver con este tema de los anticonceptivos.” Lucy, de Filipinas, encontró que su trabajo fuera de casa le daba un poco de tiempo para ir al cine ella sola y los medios para alejar a su esposo de la bebida y hacer que pagara sus deudas. Es más probable que las empleadas de una maquiladora en el norte de México, quienes tienen una fuerte conciencia de sí mismas como trabajadoras de tiempo completo y miembros del sindicato, cuenten con más probabilidades que otras mexicanas entrevistadas de utilizar anticonceptivos en los inicios

de su vida sexual y de exigir que sus patrones las apoyen proporcionándoles guarderías. En Malasia, donde las mujeres más jóvenes esperan tener educación y seguir trabajando después de casarse, una china rural de 16 años de edad dice con confianza: “Es mejor trabajar después de casarse: Si te quedas en casa tu esposo puede intimidarte. Si trabajas no tienes miedo, te mantienes tú sola.”⁶

En Brasil, Miraceia y otras trabajadoras domésticas casadas, fortalecidas por su posición social de asalariadas y sus identidades fuera del hogar, lograron imponer cierta igualdad de género en cuanto a las tareas del hogar y el cuidado de l@s hij@s. Sin embargo, en la mayoría de los sitios las casadas seguían bregando con la “doble jornada”, pues se encargaban de casi todas las tareas de la casa y del cuidado de l@s hij@s, además de sus actividades económicas. Tanto en Egipto como en Filipinas nuestras entrevistadas consideran que el trabajo extradoméstico es un recurso “por el cual deben pagar” al probar que no descuidan sus deberes del hogar, ya que cuando tienen trabajo obtienen gratificación personal, satisfacen algunas necesidades materiales, y por ende sienten que deben ganarse ese derecho. El trabajo de la casa es objeto de una negociación y no una cuestión de igualdad de género.

Al mismo tiempo, en la mayoría de los sitios de investigación el tener acceso a ganancias independientes era un factor crucial que les permitía eludir la violencia doméstica o si la situación se volvía intolerable, dejar al esposo y mantener ellas solas a sus hij@s. Irónicamente éste era el caso cuando el trabajo extradoméstico exacerbaba el riesgo de enfrentarse a la violencia doméstica.⁷ Escuchamos numerosas historias de mujeres en Filipinas, México y EU, que enfrentaban a sus esposos alcohólicos y violentos con cuchillos u otras armas, y que finalmente abandonaban al marido cuando el abuso era demasiado. También en Brasil y Malasia varias entrevistadas abandonaron a sus esposos abusivos, aparentemente para bien. El

⁶ Las historias de las entrevistadas de Malasia también ilustran la variedad de formas en que los miedos parentales sobre las influencias inmorales de la vida citadina —como en el caso de Aini, o los celos del marido, o como en el caso de Lia—, pueden limitar los tipos de trabajo de las mujeres.

⁷ De hecho, el mismo temor a dicho riesgo forzaba a algunas, especialmente en Malasia y Filipinas, a ocultar a sus esposos sus actividades económicas, ejecutando trabajo clandestino o realizándolo en su casa (véase capítulos IV y VII).

elemento crítico que reforzó el sentido del derecho de la mujer en todos estos casos fue su propia confianza en su capacidad para ganarse la vida y en ocasiones el apoyo de los padres o la suegra. Junto con Tisay de Filipinas (quien respaldada por un trabajo decente dejó a su marido y se hizo de un novio con el que rehusó casarse) ellas dirían: “Las mujeres no merecen que los hombres abusen de ellas.” Para aquellas que participaron en nuestra investigación y en otros estudios, las bases de la apropiación (el sentido de derecho y la capacidad de actuar sobre éste) incluyen los recursos humanos —tales como las redes de parientes— y los recursos materiales y monetarios (George, 1996; Batliwala, 1994). Entre nuestras entrevistadas dichos recursos se relacionan fuertemente no sólo al actuar en su derecho, sino al articularlo en términos de apropiación personal y derechos sociales, como las filipinas que afirman: “Yo me defiendo; ya no soy de su propiedad.”

6. En algunos lugares la pertenencia a los grupos de la comunidad o a los sindicatos parecía ser uno de los factores que más fuertemente motivaban un sentido del derecho y sobre todo la libertad de expresarlo abiertamente; pero esto último sólo se logra dentro de ciertas condiciones políticas.

En general, el ser miembro de una organización, sindicato o grupo de la comunidad no fue un elemento constitutivo del proyecto de IRRRAG —originalmente se consideró como uno de los factores que podrían contribuir a que se tuviera un sentido del derecho reproductivo y sexual—. Sólo en los estudios de Brasil, México y EU se refleja el contexto político de estos países y los movimientos de sus mujeres; ello fue un foco deliberado del estudio. En Nigeria, Egipto y Filipinas, las conexiones de las entrevistadas con las organizaciones locales sirvieron básicamente como un mecanismo de identificación y para facilitar el acceso a ciertos temas durante la entrevista; en Malasia, no fue un factor considerado en la metodología de investigación ni en los hallazgos. Sin embargo, en varios países dicha afiliación parecía hacer la diferencia entre un sentido de apropiación implícito, expresado principalmente por medio de las acciones, y otro que se articula explícitamente en términos de derechos. Además, en algunos casos el proceso de investigación mismo se convirtió en un vehículo dinámico por medio del cual las mujeres (y en Brasil y Egipto, los varones) comenzaban a ver sus dere-

chos reproductivos y sexuales y sus propias identidades con una nueva luz.

Al igual que el hecho de tener un ingreso propio, pertenecer a una organización o a un sindicato no necesariamente “libera” a las mujeres de desempeñar algún trabajo, en especial a aquellas que viven en condiciones de creciente marginación e inseguridad, pero les muestra un contexto social en el cual pueden entender su situación y percibirse como personas activas en su propio derecho, esto hace al sí mismo más que un mero cuerpo. Tal dinámica parece más convincente al emplear otras palabras que hacen eco de los contextos nacionales; así, una de las activistas del movimiento de salud de São Paulo manifestó: “Cuando comencé a participar era sólo una maría cualquiera, no tenía conciencia de nada; una mujer que cuidaba a su marido [...] Aquí en el movimiento me hice más consciente de que debemos pelear por nuestros derechos.” Escuchamos el mismo sentido de identidad transformada expresado por Natalia, madre soltera, campesina zapoteca de Oaxaca: “Antes [de unirme a la organización de la salud] *no era nadie*, por decirlo así. Ahora no; actualmente todos dicen: ‘Vamos con ella, ella sabe.’” De igual modo Isabel, de Filipinas, descubrió su capacidad para aprender algo nuevo (compensando la poca educación que recibió) y obtener “un sentido de realización” por medio de su participación en la organización de salud de la comunidad.

Las participantes de los tres lugares de estudio en EU reconocieron de igual modo que el pertenecer a un grupo organizado les proporcionaba un espacio crítico donde podían superar el aislamiento y hablar con otras mujeres sobre temas tales como violencia sexual, sexualidad, y control natal. En algunos casos, la expansión de identidad más allá de la maternidad y el trabajo diario las llevó a darse cuenta de las percepciones de identidad de conjunto y de las posibilidades de acción colectiva. Así, para una mujer del grupo de costura de Soperton la lección fue: “Las mujeres negras [...] deben aceptarse y ayudarse unas a otras”; y para una latina del grupo de salud “la participación en la comunidad” significaba “[aprender] a luchar por nuestros derechos de mujeres” (capítulo VIII). Aunque el estudio egipcio no se interesó en el papel de la comunidad o la identidad de grupo al determinar el sentido de apropiación de las mujeres (excepto entre las islámicas solteras), se sugiere la co-

rrelación en el caso de las entrevistadas de Boulaq-El Cairo. En contraste con los otros sitios de investigación, aquí todas habían estado trabajando en una organización de desarrollo comunal cuando se llevó a cabo el estudio. Fue así que las egipcias tomaron de manera consistente las posiciones más directas respecto a temas tales como su derecho a casarse con quien ellas deseen, el rechazo a la violencia conyugal y el derecho a tomar decisiones sobre su propia fecundidad sin importar los deseos del esposo.

En los estudios de otros países el propio proceso de investigación dio pie para que las entrevistadas comenzaran a cuestionar sus propias afirmaciones sobre el género, la sexualidad y la reproducción, y experimentaran un clima de apoyo para plantear sus demandas. Esto ocurrió específicamente en EU, donde le dijeron a las investigadoras: “Nunca nos habían pedido nuestra opinión”, y expresaron su deseo de participar en dichos grupos más a menudo. En el estudio de Filipinas, un modelo de investigación participativa planteó desde el principio que las preguntas en el campo servirían simultáneamente como instrumento de investigación e intervención. Allí, las entrevistas de seguimiento descubrieron que las preguntas planteadas nunca antes se les habían formulado, lo que condujo a un tipo de *concientización* entre las participantes; aunque en forma rudimentaria, los procesos de investigación estimularon a algunas para que se abrieran a identidades y valores nuevos, del mismo modo en que lo hiciera la pertenencia a organizaciones y sindicatos en Brasil, México y EU.

Los hallazgos en todos estos países sugieren que puede existir una notable diferencia entre el tipo de derecho reforzado por las actividades en que las mujeres obtienen ingresos y el que respaldan con su participación en organizaciones populares. Mientras los ingresos propios pueden permitirle a una mujer tomar decisiones sobre temas reproductivos, el activismo en las organizaciones puede llevarla a formar una identidad como ciudadana y activista, no sólo dentro del hogar, sino de cara a los trabajadores de la salud y el Estado. Sin embargo algunas formas de organización difieren claramente de otras en los tipos de apropiación y autoexpresión que son capaces de desatar. En Brasil y México, una historia reciente de participación en organizaciones populares —tanto para mujeres como para varones— ha generado una forma de activismo

ciudadano mediante la movilización. De igual modo, entre las integrantes del sindicato en Nueva York la idea de derechos de los trabajadores, plasmada en un marco organizativo, estaba bien arraigada y por tanto se transfería con mayor facilidad al terreno de los derechos personales. Sin embargo, las líderes mayores de los grupos tradicionales en Nigeria, al igual que las jóvenes estudiantes islámicas de Egipto, son recordatorios aleccionadores de que la asociación en ciertas organizaciones puede resultar en un tipo de reafirmación personal jerárquica, conservadora y que refuerza la cultura patriarcal. No sólo la participación de grupo *per se*, sino el *tipo* de organización y su ideología pueden ser clave para favorecer o no los derechos reproductivos y sexuales.

7. La mayoría expresó poco sentido del derecho al placer sexual, ya fuera de tenerlo o de mostrar necesidad del mismo. Esto contrasta con su sólido y bien articulado sentido del derecho a no ser objeto de violencia de los esposos o a negarse a la cópula no deseada. Cabe mencionar que la minoría que exige el disfrute o la autonomía sexual, lo hace sin sentimientos de culpa.

Las mujeres de nuestras comunidades de investigación son mucho más directas en su oposición a los peligros que derivan de la sexualidad, que los que conlleva el expresar algún derecho al placer sexual, especialmente fuera de las fronteras del matrimonio. Como se mencionó, las participantes de Brasil, México, Filipinas y EU mostraron abierta resistencia al abuso y a la violencia conyugal, y refirieron que emplean tácticas subversivas o indirectas, pero a menudo más efectivas para evitar el coito no deseado (por ejemplo, fingir que se encuentran en su periodo menstrual o que están enfermas). Por su lado, las malayas e hindúes de Malasia y las musulmanas y cristianas de Nigeria se plegaban frecuentemente a su creencia de que acceder es un deber de obediencia sexual hacia el marido y un derecho del esposo; sin embargo, varias de ellas dejaron el matrimonio cuando el abuso se volvió insostenible. En Nigeria, donde por lo general se culpa a las mujeres por la propagación del VIH-sida y otras ETS, Zeinab, ama de casa musulmana hausa, argumentaba: “Si un hombre se infecta con sida o cualquier otra ETS, su esposa debería tener la libertad de rehusarse a dormir con él para protegerse.”

Cuando se trató de afirmar su derecho al placer y la satisfacción sexual, sólo una pequeña proporción de nuestras participantes habló a favor. Aunque Zeinab insistía en protegerse del riesgo de contagio, también dijo que una mujer debería estar contenta de “darle placer a su esposo y tener hijos pronto”, y no debería molestarse en disfrutar la relación sexual. En Filipinas, México y Nigeria, la idea tradicional de la acomodación como un deber de la esposa y el placer sexual como una prerrogativa del varón —imágenes de mujeres como receptáculos pasivos o campos arables— parecía especialmente arraigada. Las descripciones de los mensajes amedrentadores y vergonzosos sobre la menstruación, la pubertad y los encuentros sexuales (incluyendo la noche de bodas) reverberaban de un país a otro pese a las diversidades culturales. Si bien tales mensajes se originaron en la ideología religiosa y la tradición patriarcal, también se filtraron por medio del adoctrinamiento que las madres y otras parientes daban a las hijas. En Egipto y Nigeria los dolorosos rituales como la MGF, el *baladi dolhla* y los tabúes sobre la menstruación reforzaban estos mensajes verbales y simbólicos. Algunas entrevistadas, como las de Filipinas, quienes estoicamente soportaban relaciones sexuales no deseadas, percibían dichos tormentos como el precio que debían pagar a cambio de paz en el hogar o respetabilidad en la comunidad.

Mientras que las mujeres de todos los sitios lamentaban la injusticia de dicho adoctrinamiento, y sobre todo el yerro de las madres al no prepararlas con información sexual exacta, la mayoría aún muestra reticencia sobre la iniciación sexual y poca conciencia del placer sexual como una necesidad básica tanto para las mujeres como para los varones. Entre nuestras comunidades de investigación, sólo en Egipto existía el concepto de que la mujer, al igual que el hombre, tiene derecho a la satisfacción sexual dentro del matrimonio —un concepto aprobado por la ley *shari'a*—, y esto es comúnmente aceptado por hombres y mujeres. Incluso ahí se pensaba que propiciar una relación sexual era algo que la mujer podía hacer en forma honorable y en el mejor de los casos en forma indirecta, por medio de estratagemas de seducción.

Empero, no sólo los tabúes religiosos y la rígida socialización de género explican por qué muchas de nuestras entrevistadas encontraban que la sexualidad era algo alienante y desagradable.

También debemos considerar las restricciones severas en su vida diaria que hacen el disfrute sexual virtualmente imposible. Las entrevistadas de Filipinas como Tasing, con 15 hij@s, fueron muy claras al afirmar que las constantes labores domésticas, demasiados hij@s, y falta de espacio “o nuestro cuarto propio” hacía que la relación sexual fuera “cansada y dolorosa”. Mientras el caso de Tasing es extremo, no hay duda de que muchas mujeres de todos nuestros sitios de investigación comparten sus condiciones de trabajo duro, fatiga y falta de privacidad. Además, en las experiencias manifestadas se advierte que en la mayoría de los países los esposos, especialmente en las primeras etapas del matrimonio, tenían muy poca comprensión sobre cómo darle placer a la mujer o creían que esto era algo de lo que ellas tendrían que encargarse. La experiencia de Wafa’a, una mujer casada de edad media de El Cairo, que nos refirió que su marido era “bueno conmigo” y “por lo general [sí] me acariciaba antes de la relación sexual”, parecía la excepción. Más comunes fueron los reportes de mujeres de otros países que suponían que el disfrute sexual vendría después de muchos años si es que llegaba: por ejemplo, una mujer del sindicato de Nueva York recordó: “Al principio del matrimonio, él quería tener sexo todo el tiempo [...] yo no quería, no me gustaba [...] pasaron años antes de poder relajarme y simplemente poder disfrutarlo.” Otras tenían parejas o esposos que seguían siendo groseros e insensibles, como Gabriela, la pastelera de Sonora: “Creo que es como todos los hombres, sólo se preocupan por su propia satisfacción, y quieren hacerlo todo el tiempo, todas las noches, y tú [...] a ti te harta [...] te acosan tanto con el sexo, que no tienes tiempo de que te guste.”

Dado este esquema persistente de negación y acoso sexual, las pocas voces que escuchamos a favor del placer sexual de las mujeres fueron las más notables; en casi todos los casos tendían a ser solteras jóvenes o mujeres mayores que estaban más allá de la procreación y la crianza; aunque era una minoría, surgieron en casi todos los países. Muchas de las jóvenes solteras afirmaron su derecho a adquirir más información sobre el sexo que la que sus madres les habían dado, y algunas madres —como las activistas progresistas de São Paulo— coincidieron en esto. Las madres jóvenes urbanas del norte de Nigeria rechazaban el doble estándar de la

virginidad exclusiva para las mujeres, y una anunció desafiante: “Cuando tengo ganas de irme a dormir con mi novio me voy con él.” Pero la mayoría de los estudios encontraron que es más probable que las entrevistadas se adhieran a su derecho al placer sexual en años recientes, presumiblemente después de que se han probado como esposas y madres (véase el hallazgo 3), por ejemplo las mujeres menopáusicas en el norte rural de Nigeria, que insistieron: “No somos demasiado viejas para tener sexo, ¿y por qué debemos renunciar a algo? [...] los hombres mayores todavía tienen sexo.” Sin embargo, en otro ejemplo de palabras que se repiten en todos los continentes, escuchamos a una de estas mujeres nigerianas que propugna el derecho igualitario de las mujeres para iniciar la relación sexual: “*Es su cuerpo; ella debería tener control sobre él*”; una trabajadora agrícola del norte de Brasil, con cerca de 40 años, argumentaba con casi las mismas palabras: “Una mujer no necesita pedir permiso; *es su cuerpo y puede hacer lo que quiera con él*.”

Prácticamente el único apoyo abierto a la sexualidad lésbica que escuchamos en alguno de los estudios del IRRRAG provino de otra trabajadora agrícola brasileña, también de 40 y tantos años: “Es cuestión de elección. Si alguien se siente mejor con un hombre, debería seguir con él [...] si le gusta una mujer, es asunto suyo [...] Todas tienen el derecho de elegir lo que es correcto para sí mismas”,⁸ pero los estudios obtuvieron muy poca evidencia sobre la sexualidad lésbica, y sólo en el sindicato de mujeres de Nueva York surgió el tema de la masturbación. Fue así entre la mayoría de las entrevistadas de EU, así como de Brasil y México. En Malasia, una sociedad donde el matrimonio es casi una norma universal, fue particularmente sorprendente escuchar a Yati, una malaya urbana de 20 años, declarar sin disculpas: “Nunca me preocupo por no casarme porque siento que puedo sobrevivir yo sola [...] sin un hombre.” En el caso de Yati, como en el de otras mujeres de nuestro estudio —solteras, divorciadas o separadas por voluntad propia, incluyendo a muchas que estaban criando hij@s—, sobrevivir sin un hombre es posible si se tiene una habilidad o un medio para

⁸ Es posible que este discurso feminista sea una mera coincidencia, pero refleja la influencia de las organizadoras feministas del Cuerpo de sos en Recife en el grupo de trabajadoras agrícolas de Pernambuco.

ganarse la vida (véase el hallazgo 5). El contexto estructural fue crítico aquí, como lo fue al determinar otros aspectos del sentido de derechos de las mujeres.

8. Con gran consistencia, las entrevistadas de todos los países se quejan de la mala calidad, la inaccesibilidad y el alto costo de los servicios reproductivos y de planificación familiar; sobre todo resienten el trato irrespetuoso y abusivo que reciben del personal médico. Los negativos encuentros públicos pueden ampliar el sentido de sus derechos, y para muchas las exigencias institucionales se pueden articular con más facilidad que las personales.

Durante los años noventa docenas de estudios en diversos países han intentado valorar la “calidad del cuidado” de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar desde la “perspectiva de las usuarias” (véase Bruce, 1990; Aitken y Reichenbach, 1994; INDRA-HAIN, 1996; Hardon y Hayes, 1997; Jain y Bruce, 1994; RHM-WHO, 1997; y *Studies in Family Planning*, vol. 22-28). El proyecto del IRRRAG no tuvo la intención de investigar expresamente las perspectivas de nuestras entrevistadas sobre la forma en que se proporcionaba el servicio y la calidad de tal servicio (INDRA-HAIN, 1996 y Hardon y Hayes, 1997). Sin embargo nuestras investigaciones sobre la forma en que las mujeres negocian lo concerniente a la procreación, el uso de anticonceptivos, el aborto y los problemas ginecológicos invariablemente nos llevaron a enumerar una lista de agravios sobre las malas experiencias que habían tenido en las clínicas. Si las organizaciones de base y el ingreso o salario percibido contribuyen a su empoderamiento, los sistemas y servicios de salud en nuestros siete países de estudio —todos inadecuados e insensibles hacia las necesidades de las mujeres más pobres— ciertamente no lo hacen.

En la mayoría de los lugares —particularmente en Brasil, Egipto, México, Nigeria y EU— las participantes repitieron las ahora conocidas quejas sobre la mala calidad, la inaccesibilidad y el costo elevado de los servicios de salud en clínicas y hospitales. Esto fue verdad, pero también que la presencia de programas de planificación familiar en estos países ha sido, sin duda, un factor muy positivo que ha contribuido al sentido de apropiación de derechos de las mujeres para controlar su fecundidad. En todos los países los problemas de acceso fueron un reflejo directo de la privatización

de los servicios de salud documentada en cada capítulo, de la rápida disminución de los recursos públicos, y de la responsabilidad gubernamental de proveer la salud como un derecho social. En los lugares donde los servicios para la salud reproductiva, la planeación familiar, la obstetricia de emergencia y el tratamiento de ETS son completamente inaccesibles e inasequibles, como en Nigeria, las mujeres siguen utilizando los servicios de los curanderos locales, las comadronas, las farmacias, o empleando los métodos tradicionales. En Filipinas, como se mencionó anteriormente, a pesar de la ya prolongada existencia de un programa gubernamental de planificación familiar, la oposición de la Iglesia católica sigue impidiendo que muchas mujeres, en especial las de las áreas rurales, reciban los métodos y la información a los que legal y moralmente tienen derecho.

Sin embargo, incluso allí donde ciertos servicios médicos de bajo costo están disponibles, como en la mayor parte de Egipto y Malasia, nuestros estudios encontraron que el uso de métodos tradicionales no médicos para la anticoncepción, el aborto y la procreación es una elección consciente de muchas entrevistadas. Muy a menudo esta decisión reflejaba una inadecuada asesoría e información sobre los molestos efectos secundarios no tratados a tiempo, que ellas experimentaban o anticipaban de los métodos anticonceptivos médicos, así como la persistencia de las restricciones legales y culturales sobre el aborto.⁹ Pero por mucho, la barrera más importante encontrada en nuestros estudios para acudir a los centros de salud a tratar cuestiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción fue el trato degradante e inhumano que les infligían los profesionales de la salud. Ciertamente hubo ejemplos de que se prodigaron servicios adecuados en las clínicas locales, y de que se utilizaban métodos no permanentes de anticoncepción con éxito, como en los casos de Lai Yin y Karuthama en Malasia. En la

⁹ En Brasil, Egipto, Malasia y Filipinas, muchas de nuestras entrevistadas habían probado los métodos anticonceptivos médicos en alguna ocasión, pero habían descontinuado su uso o los empleaban en forma irregular debido básicamente a los efectos secundarios que experimentaron y a la oposición de sus esposos y parientes (véase el hallazgo 1), aunque se percibía claramente que estos problemas eran resultado de una inadecuada asesoría, falta de seguimiento del tratamiento y analfabetismo (incapacidad para leer las instrucciones del paquete).

ciudad de México nuestra investigación encontró ejemplos extraordinarios de mujeres que conociendo sus necesidades sabían cómo negociarlas con el mundo médico y de servicios de planificación familiar, enfrentando a médicos y esposos por igual para asegurarse de que sus necesidades fueran resueltas. Pero éstas parecían ser las excepciones. De manera más común, el trato insensible y a menudo abusivo de los médicos desalentaba a las participantes de nuestro estudio, y algunas renunciaban a recibir los servicios para no exponerse a dichos abusos. Las actitudes y las prácticas crueles del personal discriminan a ciertas clases, razas y etnias, y los prejuicios de género operan como una barrera *de facto* al acceso, que destruye la confianza en todos los servicios públicos.

Las historias de abuso del personal de salubridad no sólo vienen del sur global, como atestiguan las mujeres afroamericanas a quienes se les ha dado Norplant. Cuando intentaron quitarse los implantes debido a los efectos secundarios, el personal de la clínica local les dijo que sus excesivos sangrados, la pérdida de peso y las palpitaciones eran “inconveniencias” y no “problemas médicos”, y que por tanto no se aplicaba la garantía para la eliminación dentro del programa de asistencia, y no podían quitarles los implantes a menos que pagaran 300 dólares de reembolso al Estado. Las historias de trato abusivo de los médicos y profesionales en Brasil y México —incluyendo burlas, desdén e incluso acoso sexual— son verdaderamente horribles, al igual que numerosos reportes que confirman la reiterada esterilización involuntaria, especialmente en México. Pero mientras las investigadoras recaban las legítimas preocupaciones que expresan los movimientos por la salud de las mujeres sobre una cultura médica que privilegia los métodos quirúrgicos y agresivos (véase el capítulo II), la palpable furia de las mujeres de este estudio se enfoca menos a algunos métodos particulares que a los aspectos humanos de la clínica. A veces las entrevistadas claramente habían expuesto su intención de ligarse las trompas, insertarse el DIU o hacerse una cesárea (como la indómita Emilia, de la ciudad de México); pero más que nada, querían ser tomadas en serio, ser escuchadas y tratadas con respeto. En Nigeria, Egipto, Filipinas y Malasia era menos probable que protestaran verbalmente en contra de las clínicas o los hospitales, aun estando en peligro su propia salud.

Mientras la mala calidad y la inaccesibilidad de los servicios parecen ser una realidad para casi todas las poblaciones de nuestro estudio, estas deficiencias son más severas en algunos países. Una mirada a las proporciones de mortalidad materna, los porcentajes de nacimientos realizados por personal entrenado, las tasas totales de fecundidad y de uso de anticonceptivos en nuestros siete países, ofrece la evidencia más clara de estas diferencias nacionales (véase la tabla IX.1). Además, el aborto ilegal o restringido es un problema en varios países (tabla IX.2), pues tiene consecuencias adversas en términos de mortalidad y morbilidad materna.¹⁰ El aborto sigue siendo un tema delicado en muchos de los lugares de investigación, y la mayoría de las entrevistadas lo tratan con precaución, y a menudo es marcada la discrepancia entre lo que están dispuestas a decir en público y lo que hacen en la práctica. Como se expuso, su reticencia es resultado inmediato y pragmático de la imposición de leyes correctivas y sanciones religiosas y culturales, reforzadas por las actitudes condenatorias del personal de los hospitales. Además, las actitudes negativas hacia el aborto de las entrevistadas parecen estar motivadas —al menos— por los miedos a lo que han escuchado sobre mujeres que sufren y mueren, así como por remordimientos morales y religiosos.

Sin embargo, el efecto a largo plazo de dichas restricciones y de los abusos clínicos puede ser, contrariamente a lo esperado, una mayor sensibilización hacia su sentido de apropiación de derechos. Descubrimos que los encuentros públicos sobre temas como el aborto o la esterilización involuntaria despertaban la cólera de las entrevistadas y las hacían tomar conciencia de las injusticias perpetradas por funcionarios e instituciones de salud. Cada vez están más dispuestas a expresar su opinión en contra del sufrimiento y muerte

¹⁰ Según estimados recientes, el aborto inducido en condiciones precarias y riesgosas, representa un tercio de todas las muertes maternas y 800 000 hospitalizaciones anualmente en América Latina. Las tasas de aborto han ido creciendo con más rapidez en Brasil, especialmente en el noreste (Singh y Sedgh, 1997). Sin embargo en Egipto, donde es difícil acceder a los datos oficiales sobre complicaciones, es bien sabido que “los hospitales del país [...] reciben un flujo estable de casos por ‘abortos de emergencia’” (Huntington *et al.*, 1995). Véase también Berquó, 1993; Khattab, 1992; Germain *et al.*, 1992, y Younis *et al.*, 1993, para lo relacionado con la morbilidad excesiva e innecesaria debida a los malos servicios de salud reproductiva.

que ocasiona la falta de acceso legal y seguro al aborto. Las participantes del grupo focal de São Paulo y las del noreste de Brasil estaban furiosas con los médicos, a quienes “les importa un bledo” ver cotidianamente a las mujeres desangrarse hasta la muerte por causa de abortos autoinducidos, o “que te regañan si eres pobre pero no lo hacen si eres rico”. En esto difieren de las mujeres de Egipto y Nigeria: pertenecen a grupos de la comunidad organizados que proporcionan un contexto en que la rabia puede ser dirigida directamente mediante la acción colectiva (véase el hallazgo 6). Sin embargo muchas de nuestras participantes, estén organizadas o no, parecen tener más facilidad para articular un sentido de injusticia y derecho hacia las instituciones públicas que hacia la pareja o los parientes con quienes viven. Tal vez el que sean capaces de negociar los conflictos públicos sobre los derechos sexuales y reproductivos hará más fácil que las mujeres puedan dirimir los conflictos privados en el hogar.

RESUMEN

Una y otra vez, los hallazgos de la investigación del IRRRAG nos pintan un escenario de notable resistencia y coraje; mujeres que no sólo le hacen frente a los problemas pese a contar con escasos recursos económicos y materiales y oponerse a barreras culturales y sociales a su libertad reproductiva y sexual, sino que desafían la tradición de pasividad femenina esquivando, encubriendo o a veces chocando con esas barreras en forma directa. Aunque no participen de la imagen de víctimas ni de la de guerreras feministas incondicionales, sí expresan un sentido de derechos reproductivos y sexuales, si bien en algunos temas lo hacen con mayor facilidad que en otros y en un contexto minado con obstáculos —de maridos, parejas, médicos y personal de la salud, autoridades religiosas y el Estado—. La mayoría de nuestras entrevistadas en los siete países mostró un claro sentido de su derecho a tomar decisiones propias relacionadas con el matrimonio (cuándo y con quién), la fertilidad (número e intervalo entre los hijos), los anticonceptivos, el evitar la violencia doméstica y las relaciones sexuales no deseadas, el cuidado de los hijos y el trabajo (cuándo y si debe trabajar o no fuera de casa

o buscar recursos económicos por sí sola). Les molesta la falta de responsabilidad del varón hacia el uso de anticonceptivos seguros y hacia el cuidado de los hijos; *prefieren confiar en sus propios recursos y control de las cosas que en la cooperación de los hombres*. Así, están dispuestas a recorrer grandes distancias para mantener sus acciones en secreto, buscan la seguridad y la autodeterminación para evitar los constantes riesgos de la violencia doméstica, la discordia marital, la vergüenza pública o el abuso clínico. Nuestras entrevistadas egipcias dependen de los métodos de aborto autoinducidos y peligrosos, y las de Nigeria confían en las APT para manejar el parto, lo cual representa un tipo de resistencia, incluso una moralidad en contra de la hegemonía en que las mujeres pagan con su cuerpo.

Esto sugiere que las acomodaciones estratégicas y las negociaciones no sólo expresan condiciones de opresión; también ayudan a perpetuar tales condiciones y siempre exigen un precio. Cuando una mujer rehúsa volver a visitar al médico o la clínica porque sus quejas no han sido escuchadas o porque fue condenada y tratada con desprecio por su idioma, etnicidad o costumbres, exige que se respete su dignidad, pero también se expone a riesgos de infección adicionales, embarazos no deseados, abortos inseguros y, por tanto, a la mortalidad reproductiva. Cuando una mujer se somete a prácticas tradicionales inseguras como la MGF, que dañan su integridad corporal o la de su hija, para comprar mayor movilidad y respeto, no sólo compromete su salud y su placer sexual, sino que también refuerza un contexto cultural donde las ideas de vergüenza y honor recaen en la virginidad de la mujer (Correa, 1994). Cuando una mujer argumenta: “Yo soy quien debe decidir porque soy la que carga con los dolores y las responsabilidades de la maternidad”, articula una trascendental demanda ética en nombre de su derecho como persona que toma decisiones. Sin embargo, su decisión es insuficiente para exigir que otros, preocupados por el bienestar de los niños —el Estado, los esposos o las parejas— compartan esas responsabilidades. En otras palabras, ellas aún aceptan la “naturalidad” de las divisiones de género tradicionales y definen la maternidad como el centro de su ser.

Las duras realidades que muchas de las mujeres de nuestros estudios están intentando negociar, muestran con claridad que el tener un sentido del derecho puede estar muy distante de la capa-

cidad para actuar en él de manera efectiva. Esto nos obliga a preguntar: ¿Qué es lo que le permite a las mujeres moverse del conocimiento de su derecho a la acción, de la negociación estratégica a la demanda de justicia social? ¿Qué las motiva a encarar las condiciones estructurales que gobiernan sus estrategias diarias y hacen profundamente injustos los mismos términos en que se inventan esas estrategias? El hecho de que una multitud de mujeres en todos los países estudiados participe de manera rutinaria en la “epidemia clandestina” del aborto inseguro, por ejemplo, refleja una percepción de circunstancias que pueden ser injustas y opresivas pero que también son sólo “parte de la vida”: la pobreza, la falta de guarderías, los esposos furiosos que amenazan con represalias violentas, las leyes del Estado, los códigos religiosos exagerados que se oponen al aborto legal, y la inaccesibilidad de métodos anticonceptivos seguros y aceptables y de un cuidado sensible.

Todos los estudios del IRRRAG intentaron conocer las percepciones y enterarse de la toma de decisiones de las mujeres dentro de un amplio contexto de condiciones sociales, económicas y culturales que restringen esas decisiones. Algunos de los estudios, en especial los realizados en Brasil, México y EU, han encontrado una interrelación compleja entre las oportunidades organizativas dentro de los grupos de la comunidad y los sindicatos, y un compromiso con la acción colectiva. Para que la investigación vaya más allá de la revelación y se vuelva socialmente transformadora, necesitamos ayudar a que las mujeres relacionen su conciencia de injusticia —articulada o implícita por medio de las negociaciones diarias del conflicto reproductivo y sexual— con las demandas de cambio social y económico. Desde esta doble perspectiva podemos emprender acciones más fuertes y más cimentadas para darle nueva dirección a las políticas y transformar las sociedades.

RECOMENDACIONES PARA LA POLÍTICA Y LA ACCIÓN

Los hallazgos de la investigación del IRRRAG sugieren que se debe dar prioridad a los contextos donde intervienen una constelación de factores: *a)* investigadores y grupos de investigación, *b)* movimientos de salud y de derechos de las mujeres, y *c)* creadores de políti-

cas y donadores tanto en gobiernos nacionales como en organizaciones internacionales.¹¹

1. Los investigadores y los grupos de investigación interesados en la salud y los derechos reproductivos y sexuales de la mujer como un aspecto del desarrollo deben valorar, al menos, el *proceso* tanto como los resultados de sus investigaciones (Benmayor, 1991; Khanna, 1996). Deben considerar la utilidad de un enfoque de acción participativa feminista para la investigación. El equipo de Filipinas ha descrito las dinámicas de este proceso desarrolladas en su trabajo, pero la misma experiencia se repitió en forma más o menos similar en todos los estudios de los países del IRRRAG:

Las mujeres sabían que se publicaría lo que decían, y mostraron un sentido de orgullo al saber que sus palabras se incluirían en foros locales e internacionales. En algunos casos, el compartir estas experiencias fue para ellas una ocasión para ponerse elegantes. A su vez, la organización local de mujeres pudo utilizar su participación en la investigación para proyectar su existencia y credibilidad entre la comunidad, al mismo tiempo las personas dentro de la organización obtuvieron investigación, habilidades organizativas e interpersonales valiosas (comunicación personal).

De este modo, el proceso de investigación mismo se puede convertir en una forma de validación de la experiencia de las mujeres, de intercambio de ideas, y de compromiso con la acción para conferirle poderes.

2. Nosotros alentamos a otros investigadores y grupos de acción e investigación a dar seguimiento a los estudios del IRRRAG en aquellas áreas donde el diseño de nuestra investigación presente carencias o nuestros hallazgos revelen la necesidad de obtener más datos. En particular, exhortamos a que los interesados emprendan una investigación posterior:

¹¹ Nuestro propósito aquí no es cubrir toda posible implicación política y de acción que emerja de los estudios del IRRRAG, sino resaltar aquello que hasta ahora, desde nuestro punto de vista, ha atraído muy poca atención y recursos.

- considerando las divisiones de clase. ¿Cómo y cuándo las mujeres de clase media y más educadas, en diferentes etapas, expresan un sentido del derecho en los terrenos de la reproducción y la sexualidad, y cómo se comparan estos esquemas con los de las mujeres trabajadoras pobres?
- en relación con los hombres. ¿Hasta dónde sienten las mujeres que tienen derecho en las formas de apoyo y responsabilidad sus parejas, hij@s y hermanos respecto a las tareas y decisiones reproductivas y sexuales? ¿De qué manera les gustaría ver —y a los hombres de su comunidad también— que se promueva o no la participación de los varones?¹²
- en relación con las parientes y las colegas. ¿De qué manera las madres, suegras, hermanas, otras parientes, amigas, compañeras de trabajo, APT y enfermeras refuerzan o inhiben la apropiación reproductiva o sexual de las mujeres y las niñas? ¿Quién entre ellas tiene más influencia?
- respecto a la sexualidad. ¿En qué grado el sentido del derecho sexual de las mujeres en diferentes etapas de la vida, considerando la diversidad étnica, de clase y otros grupos, abarca el derecho al placer sexual dentro o fuera del matrimonio, y el derecho a ser lesbiana?
- respecto al empleo. ¿Validará una investigación posterior la hipótesis (capítulo VII) de que es más probable que algunos tipos de trabajo remunerado confieran a las mujeres poder como personas capaces de tomar decisiones y como actores en el terreno de la reproducción y la sexualidad?
- en otros países y regiones. Utilizando los métodos y cuestionarios del IRRRAC, ¿podrían otros estudios producir resultados similares en países y regiones que no se incluyeron originalmente en el proyecto —por ejemplo los de Europa Oriental y Occidental, el Caribe, América Central, oriente de Asia y sudeste y este de África?

¹² El proyecto del IRRRAC intenta dar seguimiento al presente trabajo con un segundo estudio que abordará los asuntos relativos a los hombres en algunas de nuestras comunidades de investigación.

3. Al tratar de desarrollar programas que promuevan la salud sexual y los derechos de las niñas y las mujeres, los defensores y activistas de la salud femenina deben impulsar no sólo el derecho y los medios para que se les proteja del peligro y de las ETS-RTI, sino también el derecho al placer sexual y a los diversos modos de expresión sexual. Para enfrentar la hegemonía cultural y social de los fundamentalistas religiosos y los mensajes tradicionales de vergüenza, dichos programas deben proporcionar a las mujeres de todas las edades imágenes positivas de sus cuerpos, una conciencia del placer erótico como una parte natural y disfrutable de la vida, y el conocimiento de que diversas orientaciones sexuales y formas de familia son parte de las sociedades humanas.
4. En su trabajo educativo y de servicio social, los defensores de la salud de las mujeres y los activistas deben enfocar más su atención en las diferencias generales que existen entre ellas y el papel que desempeñan las adultas mayores como guardianas, informantes y mediadoras de la apropiación reproductiva y sexual, especialmente en relación con las jóvenes solteras. Conscientes de que las mujeres mayores pueden percibir la acomodación a las normas y prácticas tradicionales como su única fuente de dignidad y respeto, los grupos de mujeres desarrollarán estrategias sensibles pero efectivas para proporcionarles recursos alternativos de respeto y procurarán mejorar la comunicación intergeneracional. Dichas estrategias deben incluir la organización de grupos de discusión sobre la sexualidad, el placer sexual, y los peligros que acechan en todas las generaciones; desarrollar material educativo feminista relacionado con la salud y las consecuencias sociales para ellas (las guardianas) y sus hijas de prácticas tradicionales como la MGF, el matrimonio temprano, la preferencia por el varón, etc., presentando alternativas realistas; asimismo, reclutar tanto a mujeres de edad como a jóvenes y niñas para que formen parte de las organizaciones de salud y de derechos de la mujer.
5. Los programas y proyectos que pretendan incluir a los varones para que se den cuenta de la importancia de su participación en la salud sexual y reproductiva, primero deben descubrir qué es lo que quieren y necesitan las mujeres del varón, y

ver si el incluirlos precipitadamente podría acarrear consecuencias adversas para la apropiación y el bienestar de la mujer. En particular, los programas de “participación masculina” no deben desviar fondos y recursos de los programas dirigidos a conferirle poderes a las mujeres y niñas ni deben poner en peligro en ninguna circunstancia la confidencialidad que las mujeres requieren en sus decisiones y acciones concernientes a la fecundidad y la sexualidad (Berer, 1996; Helzner, 1996). Por el contrario, la prioridad de dichos programas será asesorar a hombres y niños para evitar las actitudes culturales negativas, el abuso y la violencia hacia las mujeres y las niñas, que son los elementos disuasivos más serios para que las mujeres actúen en su apropiación reproductiva y sexual de manera efectiva. Además, deberían concentrarse en mejorar a los hombres y los niños, y en aliviar las responsabilidades de las mujeres y las niñas en todas las etapas del ciclo de vida en cuanto a las tareas diarias del cuidado de l@s hij@s y el trabajo de la casa (véase FWCW Platform for Action, párrafos 28, 125-126, 276-277; y ICPD Programme of Action, párrafo 4.11).

6. En vista de que los hallazgos del IRRRAG indican que la participación femenina en organizaciones de base suele contribuir al empoderamiento de aquellas frente a la reproducción y la sexualidad, los gobiernos, los donadores y las agencias intergubernamentales deben fomentar el trabajo de dichas organizaciones asignándoles recursos y creando un clima político abierto y de apoyo. Tal respaldo contribuirá a que se alcancen los objetivos del Programa de El Cairo al “alentar la expansión y el reforzamiento de la organización comunitaria y activa de las mujeres populares” (Programa CIPD, párrafo 4.12) y debe dirigirse en especial a las organizaciones pro derechos y de salud de la mujer que están trabajando en la instrumentación de los documentos de El Cairo y Pekín. Asimismo, para la consecución de tal objetivo deben trabajar los gobiernos, donadores, agencias internacionales y grupos defensores de los derechos de las mujeres con la intención de aumentar su participación en los sindicatos y otras asociaciones de la esfera pública. Expandirán así su sentido de derechos como miembros, ciudadanas y sujetos activos de la sociedad civil.

7. Los gobiernos, las agencias intergubernamentales y los grupos de derechos y salud de la mujer deben promover diálogos interreligiosos sobre temas de derechos sexuales y reproductivos; asimismo, deben trabajar para darle voz y espacios tanto a las feministas como a los teólogos alternativos organizando debates de política pública sobre estos temas. El apoyo debe proporcionarse a grupos como Católicas por el Derecho a Decidir, Hermanas del Islam y Mujeres que viven bajo las Leyes Musulmanas para permitirles trabajar más cerca de las mujeres populares, rurales y urbanas a quienes instarán a validar los juicios éticos y la autoridad femenina en estos asuntos frente a las jerarquías religiosas, después de ponerlas en contacto con interpretaciones que están fuera de la esfera de la ideología religiosa tradicional.
8. Los hallazgos del IRRRAG confirman una vez más que las mujeres siguen provocándose abortos aun en condiciones de riesgo e ilegalidad extremos, y esta persistencia implica un sentido ético del derecho basado en la necesidad práctica. Los gobiernos y las instituciones religiosas deberían reconocer la legitimidad de esta decisión y hacer que esta práctica sea segura, legal y menos necesaria (porque sólo sería un respaldo al amplio abanico de posibilidades anticonceptivas que se proporcionarían en instalaciones sensibles y con los cuidados necesarios). Ello no sólo responde a preocupaciones de salud pública (reducir la mortalidad materna resultado de prácticas abortivas inseguras), sino también al respeto a la personalidad e integridad moral de la mujer, a su reconocimiento como madre y guardiana de la familia, y a su necesidad como persona moral de negociar abiertamente y en forma segura sus derechos reproductivos, en lugar de hacerlo en secreto y con subterfugios.
9. Tanto las clínicas como los hospitales públicos y privados son responsables de garantizar la “calidad del cuidado” para todos sus pacientes, asegurarse de que quienes proporcionan este cuidado sean sensibles y respetuosos de la dignidad de las mujeres, de su capacidad para tomar decisiones y de su diversidad étnica. A todos los profesionales de la salud se les debe solicitar, como parte de su capacitación profesional, que comprendan las perspectivas de sus pacientes atendiendo su géne-

ro, edad, orientación sexual, etnicidad y cultura; también se les debe prohibir que impongan en sus funciones como servidor@s sus puntos de vista morales o religiosos. Deben respetar las decisiones de sus pacientes y proporcionarles asesoría, información y acceso a un rango completo de servicios de salud, sin coerción, siguiendo los párrafos 7.3, 7.6, 7.7 y 7.13 del Programa de Acción del CIPD. Dicha sensibilidad, junto con los recursos especificados en la recomendación 10, deben ser parte esencial de cualquier definición programática de “necesidades no resueltas”.

10. El contexto estructural y las condiciones que permitan a las mujeres ejercer sus derechos reproductivos y sexuales deben estar ligados en forma pragmática a la planificación familiar y los servicios de salud reproductiva y sexual. Los gobiernos, donadores y organizaciones intergubernamentales deben llevar a efecto de forma inmediata las provisiones del Programa de Acción del CIPD y de la Plataforma de Acción de Pekín que establecen objetivos estratégicos para mejorar el desarrollo social y económico de las mujeres (por ejemplo, CIPD, párrafo 3.18 y CCMM, Objetivos Estratégicos A.1-A.3 y B.1-B.3). De manera específica implica promulgar políticas y programas que afirmen los lazos críticos entre el derecho de las mujeres a tomar sus propias decisiones reproductivas y sexuales con responsabilidad y de manera efectiva, y su acceso—independientemente de sus esposos y parejas— a recursos económicos y sociales que incluyen trabajo, capacitación, crédito, educación y otros medios vitales que aseguren una vida decente para ellas y sus hijos. Los demógrafos y las personas que planean la salud reproductiva deben tomar en cuenta dichos recursos en las definiciones programáticas de “necesidades no satisfechas”.
11. En cuanto a la responsabilidad de hacer cumplir los derechos humanos de las mujeres, los hallazgos de la investigación del IRRRAG apoyan decididamente el principio de indivisibilidad de los derechos económicos, sociales, culturales, políticos y civiles, así como la necesidad de definir tales derechos por medio del diálogo democrático y global. Nuestros estudios muestran un nexo directo entre la capacidad de las mujeres de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos de manera efectiva, y una

amplia variedad de condiciones habilitantes que se despliegan desde los estratos más altos del poder del Estado y el derecho, hasta las relaciones más íntimas de la cocina y la recámara. Las agencias gubernamentales e intergubernamentales y las ONG deberían tomar en cuenta estos descubrimientos en sus esfuerzos por idear indicadores confiables para medir el progreso en la instrumentación de los principios de derechos reproductivos, que se exponen en los documentos de El Cairo y Pekín. Las mujeres entrevistadas en nuestros sitios de investigación han mencionado varios indicadores cruciales, entre ellos el acceso a recursos económicos y vocacionales; a personal de salubridad sensible, humano y receptivo; a la información que podría expandir sus elecciones; a abortos seguros. Asimismo, confidencialidad, en especial frente a sus esposos o parejas, y oportunidades para la participación en grupos de mujeres. Las políticas designadas para llevar a la práctica los principios de derechos reproductivos y sexuales, y para honrar los compromisos contraídos en El Cairo y Pekín, deben escuchar las voces de estas mujeres.¹³

¹³ Las discusiones sobre sexualidad(es) y placer sexual se han convertido en un foco principal de los grupos de salud de la mujer y los programas de planificación familiar que tratan de ayudarlas a negociar una relación sexual más segura y a integrar estrategias para la prevención de VIH y ETS en las prácticas de salud reproductiva (véase, por ejemplo, Zeidenstein y Moore, 1996; y Becker y Leitman, 1997). Nuestra preocupación aquí es que el interés específico de muchos programas dirigidos a los jóvenes no debería distraer la atención de la importancia de promover la colaboración de las mujeres mayores, pues ellas tienen un papel muy importante en la formación de las actitudes y las opciones de las jóvenes.

SOBRE LAS AUTORAS

Amal Abdel Hadi es médica de profesión, fundadora del New Woman Research Centre (Centro de Investigaciones de la Nueva Mujer) y directora del Women's Programme en El Cairo Institute for Human Rights (Programa de la Mujer en el Instituto de El Cairo para los Derechos Humanos). Ha sido activista del Movimiento contra la Mutilación Genital Femenina.

Nadia Abdel Wahab es médica y presidenta del Departamento de Medicina Geriátrica del Hospital Palestino de El Cairo. Es fundadora del New Woman Research Centre (Centro de Investigación de la Nueva Mujer) y activista en movilizaciones populares concernientes a la salud y los derechos reproductivos en Egipto.

Ana Amuchástegui Herrera es doctora por la Universidad de Londres, profesora-investigadora del Departamento de Educación y Comunicación de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, en la ciudad de México.

Lourdes L. Arches es química con estudios en ciencias naturales, y miembro del Woman Health Philippines (Salud de la Mujer de Filipinas).

Chee Heng Leng enseña salud comunitaria en la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad de Putra Malaysia (Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de la Universidad Putra Malaysia). Ha colaborado activamente en cuestiones relativas a la mujer, y fue fundadora del Women's Development Collective y del All Women's Action Society de Malaysia (Colectivo para el Desarrollo de las Mujeres y la Sociedad de Acción de Todas las Mujeres en Malasia).

Simone Grilo Diniz es médica con maestrías en medicina y en medicina preventiva. Trabaja como investigadora y activista en el Colectivo Feminista Sexualidade Saúde en São Paulo, Brasil, y fue coordinadora de IRRRAG-Brasil de 1992 a 1996.

Mercedes Lactao Fabros es la facilitadora nacional del Woman Health Philippines (Salud de la Mujer en Filipinas), una organización

mundial abocada a cuestiones relacionadas con la salud y los derechos de la mujer. Ha servido como coordinadora regional del equipo IRRRAG en Filipinas.

Dianne Jntil Forte es editora de la sección "Salud, reproducción y sexualidad" del *Women's Studies Encyclopedia* y fue directora de programas internacionales para el National Black Women's Health Project en Estados Unidos (Proyecto Nacional de Salud de las Mujeres Negras).

María Teresa Guía-Padilla está terminando su maestría en antropología en la Universidad de Filipinas y ha colaborado en investigación, documentación y activismo desde fines de 1970.

Karen Judd tiene un doctorado en antropología e hizo su investigación de campo en Belice. Es escritora y editora especializada en derechos económicos y derechos humanos de las mujeres; actualmente trabaja en la ciudad de Nueva York como consultora de comunicaciones para diferentes ONG y fundaciones relacionadas con cuestiones de políticas de género.

Adriane Martin-Hilber tiene el grado de maestría en salud pública y ha trabajado como consultora para numerosas organizaciones de desarrollo internacional, medio ambiente, y salud de la mujer. De 1995 a 1997 fue administradora internacional del programa IRRRAG en Nueva York.

Cecilia de Mello e Souza ha trabajado en el campo de la salud reproductiva desde 1988 y recibió el doctorado en antropología de la Universidad de California en Berkeley en 1993. Es profesora en la Universidad Federal de Río de Janeiro en Brasil.

Adriana Ortiz Ortega es académica feminista con doctorado en ciencias políticas de la Universidad de Yale; es asesora técnica para organizaciones internacionales en cuestiones de género y salud reproductiva, actual Coordinadora del Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer (PIEM de El Colegio de México y coordinadora del Proyecto Internacional para la Inserción de las Sexualidades en la Currícula Universitaria de Chile, China, Argentina, México y Sudáfrica auspiciado por la Fundación Ford y una soñadora del cambio social. Fue la coordinadora nacional del equipo mexicano de IRRRAG.

Grace Osakue es educadora y directora en ciudad Benin, donde ha servido como coordinadora regional de IRRRAG-Nigeria. Ha co-

laborado en el movimiento de las mujeres desde 1984 y es cofundadora de la Iniciativa para dar Poder a las Niñas, un grupo dedicado al empoderamiento de las niñas y adolescentes.

Aileen May C. Paguntalan trabaja con organizaciones no gubernamentales en tareas de investigación y defensoría en favor de los pueblos indígenas y los derechos de la mujer. Hoy día cursa la maestría en antropología en la Universidad de Filipinas.

Rosalind Pollack Petchesky es profesora en ciencias políticas y estudios de la mujer en el Hunter College de la Universidad de Nueva York (CUNY), y ha sido distinguida con la beca MacArthur. Activista en el movimiento en Estados Unidos a favor de la salud y los derechos reproductivos de las mujeres desde 1977, fue fundadora del IRRRAG en 1992.

Ana Paula Portella ha sido investigadora y capacitadora con sosoCorpo/Género y Ciudadanía en Recife, Brasil, desde 1991. Se graduó en psicología y ciencias políticas en Brasil, donde ha coordinado al equipo IRRRAG desde 1996.

Rita Raj fue fundadora y codirectora del Centro de Investigación sobre las Mujeres de Asia-Pacífico (Asian Pacific Resource and Research Centre of Women, Arrow), y coordinadora del equipo IRRRAG en Malasia. Después de muchos años de trabajar en planeación familiar y salud reproductiva, ahora estudia medicina tradicional china.

Marta Rivas Zivy es profesora-investigadora del Departamento de Educación y Comunicación en la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco, en la ciudad de México.

Aida Seif El Dawla es profesora adjunta de psiquiatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Ain Shams, en El Cairo. Asimismo, es fundadora del New Woman Research Centre (Centro de Investigaciones de la Nueva Mujer) y del Centro Nadim para la Rehabilitación de Víctimas de la Violencia, y coordinadora de IRRRAG-Egipto.

Rashidah Shuib es profesora asociada de Educación Médica en la Universidad Sains, Malaysia. Es presidenta del Nursing Diploma Programme 354 (Programa de Diplomado en Enfermería 354) y activista de organizaciones locales, regionales e internacionales de planeación familiar relacionadas con la representatividad de las mujeres.

BIBLIOGRAFÍA

- Abdullahi Ahmed, A. (1994), "Towards an Islamic Reformation: Islamic Law in History and Society Today", en Norani Othman (ed.), *Shari'a Law and the Modern Nation State: A Malaysian Symposium*, Kuala Lumpur, Sisters in Islam.
- Abramowitz, M. (1996), *Regulating the Lives of Women: Social Welfare Policy from Colonial Times to the Present*, Boston, South End Press.
- Abu-Lughod, L. (1994), *Writing Women's Worlds*, Berkeley, University of California Press.
- Ackerman, S. E. y R. L. M. Lee (1990), *Heaven in Transition: Non-Muslim Religious Innovation and Ethnic Identity in Malaysia*, Kuala Lumpur, Foro.
- Acosta Díaz, F. (1992), "Hogares más pobres con jefaturas femeninas", *Demos*, núm. 5.
- Adamchak, D. y A. Adebayo (1987), "Male Fertility Attitudes: A Neglected Dimension in Nigerian Fertility Research", *Social Biology*, vol. 34, núm. 1.
- Adebajo, C. O. (1992), "Female Circumcision and Other Dangerous Practices to Women's Health", en M. Disekka (ed.), *Women's Health Issues in Nigeria*, Nigeria, Tamaza, Zaria.
- Adekunle, A. O. y O. A. Ladipo (1992), "Reproductive Tract Infections in Nigeria: Challenges for a Fragile Health Infrastructure", en A. Germain et al., *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, Nueva York y Londres, Plenum.
- Adetunji, J. (1997), "The Quest for Healthy Childbearing in a Nigerian Community", documento presentado en el Seminario Cultural Perspectives on Reproductive Health, organizado por el IUSSP, el Comité de Salud Reproductiva y el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Witwatersrand, Rustenburg, Sudáfrica (junio).
- Afshar, H. (ed.) (1991), *Women, Development & Survival in the Third World*, Londres, Longman.
- Agarwal, B. (ed.) (1998), *Structures of Patriarchy*, Londres, Zed Books.
- AGI (Alan Guttmacher Institute) (1993), "Sexually Transmitted Diseases in the United States", *Facts in Brief*, Nueva York, AGI.
- (1994a), "Teenage Reproductive Health in the United States", *Facts in Brief*, Nueva York, AGI.
- (1994b), *Clandestine Abortion: A Latin American Reality*, Nueva York, AGI.
- (1997), "Special Tabulations of NSFG 1995", *Facts in Brief*, Nueva York, AGI.
- Aitken, I. y L. Reichenbach (1994), "Reproductive and Sexual Health Services: Expanding Access and Enhancing Quality", en G. Sen, A. Ger-

- main y L. C. Chen (ed.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Akhter, F. (1990), "Issues of Women's Health and Reproductive Rights", documento presentado en el Sexto Congreso Internacional de Mujeres Salud, Manila, Filipinas.
- (1994), "Resist Reduction of 'Population' Issues into Women's Issues", *People's Perspectives*, núm. 8, marzo.
- Álvarez, S. E. (1990), *Engendering Democracy in Brazil: Women's Movements in Transition Politics*, Princeton, NJ, Princeton University Press.
- Amin, S. y S. Hossain (1995), "Women's Reproductive Rights and the Politics of Fundamentalism: A View from Bangladesh", *American University Law*, vol. 44, núm. 4.
- Antoniello, P. (1994), "Pilot Study: Low Income Women in Appalachia", ms, Brooklyn, NY, Brooklyn College.
- APRRR (Asia Pacific Population Research Reports) (1995), "Family Planning Policy and its Implementation in Eight Countries in Asia", *Reportes de Investigación*, núm. 1, enero, 1995.
- Arilha, M. y R. M. Barbosa (1993), "The Brazilian Experience with Cytotec", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 4 (julio-agosto). Versión revisada, "Cytotec in Brazil: 'At Least It Doesn't Kill'", *Reproductive Health Matters*, núm. 2 (noviembre).
- Aromasodu, M. O. (1982), "Traditional Practices Affecting the Health of Women in Pregnancy and Childbirth", *Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*, oficina regional de WHO, Alexandria, publicación técnica, vol. 2, núm. 2.
- Askiah, A. (1993), "The Reproductive Rights of Muslim Women: The Malaysian Case", ms, Kuala Lumpur.
- Aslam, A. (1993), "Beyond the Holy War", *Populi*, septiembre.
- Atsenuwa, A. (1995), "Effects of Structural Adjustment Programme on Women", documento presentado en el Foro de ONG Reunión Preparatoria Africana Regional para la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Dakar, Senegal (noviembre).
- Ávila, M. B. (1993), *Direitos Reprodutivos: Uma Invenção das Mulheres. Reconcebendo a Cidadania*, Recife, SOS CORPO.
- (1993a), "Modernidade e Cidadania Reprodutiva", *Revista de Estudos Feministas*, vol. 1, núm. 2.
- Badiani, R. et al. (1996), *Avaliação Qualitativa Projeto Mulher-AIDS-Prevenção*, Clínica de Natal, Río de Janeiro, RN, BEMFAM.
- (1997), *Sexual Health and STD-VIH Prevention in a Salvador Clinic: A Qualitative Evaluation of Integrated Clinical and Educational Projects. Final Report*, Río de Janeiro, BEMFAM.
- Badran, H. (1995), *Women Headed Households*, El Cairo, National Population Council y National Council for Motherhood and Childhood.
- Badran, M. (1994), "Gender Activism: Feminists and Islamists in Egypt", en V. M. Moghadam (ed.), *Identity Politics and Women*, Boulder-San Francisco-Oxford, Westview Press.

- Bahey El Din, A. (1997), "Equality before the Law: The Case of Egyptian Women", documento presentado en la Conferencia de Mujeres, Le-yes y Desarrollo the Women, El Cairo, New Woman Research y Study Centre.
- Bandarage, A. (1997), *Women, Population and Global Crisis*, Londres, Zed Books.
- Bankole, A. (1995), "Desired Fertility and Fertility Behavior Among Yoruba of Nigeria: A Study of Couple Preference and Subsequent Fertility", *Population Studies*, vol. 49.
- Barbosa, R. M. y W. V. Villela (1996), "A Trajetoria Feminina da AIDS", en R. Parker y J. Galvao (ed.), *Quebrando o Silencio: Mulheres e AIDS no Brasil*, Río de Janeiro, ABIA-IMSUEJ-Relume-Dumara.
- Barr, C. (1995), "Philippine Elite Prospers But Poor Still Scraping By", *Christian Science Monitor*, 9 de febrero.
- Barros, F. C. et al. (1991), "Epidemics of Caesarean Sections in Brazil", *Lancet*, vol. 338, núm. 20.
- Barroso, C. y G. Bruschini (1989), "Construindo a Política a Partir da Vida Pessoal: Discussões sobre Sexualidade entre Mulheres Pobres no Brasil", en M. E. Labra (ed.), *Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil*, Petrópolis, Ed. Vozes.
- y S. Corrêa (1995), "Public Servants, Professionals, and Feminists: The Politics of Contraceptive Research in Brazil", en F. D. Gensburg y R. Rapp (ed.), *Conceiving the New World Order*, Berkeley, University of California Press.
- Barsted, L. (1992), "Decriminalization of Abortion in Brazil: Ten Years of Feminist Struggles", *Revista de Estudos Feministas*, vol. 0, núm. 0.
- Basu, A. (ed.) (1995), *The Challenge of Local Feminisms: Women's Movements in Global Perspective*, Boulder, CO, Westview Press.
- Batliwala, S. (1994), "The Meaning of Women's Empowerment: New Concepts from Action", en G. Sen, A. Germain y L. C. Chen (ed.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Becker, J. y E. Leitman (1997), "Introducing Sexuality within Family Planning: The Experience of Three HIV-STD Prevention Projects from Latin America and the Caribbean", *Quality/Calidad/Qualité*, núm. 8, Nueva York, Population Council.
- Behar, R. (1993), *Translated Woman: Crossing the Border with Esperanza's Story*, Boston, Beacon Press.
- Bell, D. (1985), "Unionized Women in State and Local Government", en R. Milkman (ed.), *Women, Work, and Protest*, Nueva York, Routledge.
- Bemfam/DHS (1997), *Brazil National Demographic and Health Survey*, Río de Janeiro (PNDS, 1996). BEMFAM y Calverton, Maryland, Macro International.
- Benítez, R. (1990), "Hacia el Siglo XXI", *Demos*, núm. 3.
- Benmayor, R. (1991), "Testimony, Action Research, and Empowerment: Puerto Rican Women and Popular Education", en S. B. Gluck y D. Pa-

- tai (ed.), *Women's Words: The Feminist Practice of Oral History*, Nueva York y Londres, Routledge.
- , R. M. Torruellas y A. L. Juarbe (1992), *Responses to Poverty Among Puerto Rican Women: Identity, Community, and Cultural Citizenship*, Nueva York, Centro de Estudios Puertorriqueños, Hunter College.
- Berer, M. (1996), "Men", introducción de *Reproductive Health Matters*, núm. 7, publicación especial sobre hombres (mayo).
- Berquó, E. (1993), "Contraception and Caesareans in Brazil: An Example of Bad Reproductive Health Practice in Need of Exemplary Action", *Revista Estudios Feministas*, vol. 1, núm. 2.
- , M. J. O. Araújo y S. Sorrentino (1995), *Fecundidade, Saúde Reprodutiva e Pobreza na América Latina*, vol. 1, *O Caso Brasileiro*, São Paulo, Cebrap-Nepo-Unicamp.
- Boland, R. (1997), *Promoting Reproductive Rights: A Global Mandate*, Nueva York, International Program/Center for Reproductive Law and Policy.
- , S. Rao y G. Zeidenstein (1994), "Honoring Human Rights in Population Policies: From Declaration to Action", en G. Sen, A. Germain y L. Chen (ed.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Brabin, L. et al. (1995), "Reproductive Tract Infections and Abortion Among Adolescent Girls in Rural Nigeria", *Lancet*, vol. 345 (febrero).
- Brazil Ministry of Health (1996), Program on STD/AIDS, *Boletín Epidemiológico AIDS*, vol. IX, núm. 3, semana epidemiológica 23 a 35 (junio-agosto).
- Briggs, N. (1993), "Maternal Health; Illiteracy and Maternal Health: Educate or Die", *Lancet*, vol. 341 (abril).
- Brito de Martí, E. (1995), "¿Liberalización, despenalización o legalización?", en A. Ortiz-Ortega (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto*, ciudad de México, Edamex y Population Council.
- Bonfman, M. (1990), "Evolución y tendencias recientes", *Demos*, núm. 3.
- Bruce, J. (1990), "Fundamental Elements of the Quality of Care: A Simple Framework", *Studies in Family Planning*, vol. 21, núm. 2.
- Bruschini, C. (1994), "O Trabalho da Mulher no Brasil: Tendências Recentes", en H. Saffioti y M. Munoz-Vargas (ed.), *Mulher Brasileira é Assim*, Río de Janeiro, Rosa dos Tempos.
- Bunch, C. (1990), "Women's Rights as Human Rights: Toward a Re-Vision of Human Rights", *Human Rights Quarterly*, vol. 12, núm. 4.
- (1995), "Beijing, Backlash, and the Future of Women's Human Rights", *Health and Human Rights*, vol. 1, núm. 4.
- Cairo Demographic Centre (1992), *Quality of Family Planning Services in Egypt*, El Cairo, CDC.
- Cantú Gutiérrez, J. J. y J. Moreno Neira (1990), "Continuidad y cambio en ciertos patrones migratorios en el plano nacional", en *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, vol. III, ciudad de México.
- Carloto, C. (1992), "Uma Análise Psico-Social dos Processo de Participação de Mulheres no Movimento Reivindicatório Urbano: Necessidades,

- Limites e Dificuldades”, tesis de maestría, ms, São Paulo, Psicología Social, PUC.
- Carnegie Corporation of New York (1994), *Starting Points: Meeting the Needs of Our Youngest Children*, ciudad de Nueva York, Carnegie Corporation.
- Cavanagh, J., D. Wysham y M. Arruda (1994), *Beyond Bretton Woods: Alternatives to the Global Economic Order*, Londres y Boulder, CO, Pluto Press-Trasnational Institute-Institute for Policy Studies.
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) (1994), “US HIV & AIDS Cases Reported Through December 1994”, *HIV/AIDS Surveillance Report*, vol. 6, núm. 2, Hyattsville, MD.
- (1995), “HIV/AIDS Prevention: Women, Children and HIV/AIDS”, Hyattsville, MD, Servicio de Salud Pública (documento núm. 253).
- Center for Reproductive Law and Policy and International Federation of Women Lawyers/Kenya Chapter (CRLP/IFWL) (1997), *Women of the World: Laws and Policies Affecting Their Reproductive Lives-Anglophone Africa*, Nueva York, Center for Reproductive Law and Policy.
- Center for Women’s Global Leadership (1995), “From Vienna to Beijing: The Cairo Hearing on Reproductive Health and Human Rights”, Nueva Brunswick, NJ, Universidad Rutgers.
- CFEMEA (Centro Feminista de Estudios e Assessoria) (1993), *As Mulheres no Congresso Revisor*, Brasília, CFEMEA.
- (1994), *Guia dos Direitos da Mulher*, Brasília, CFEMEA.
- CFFC (Catholics for a Free Choice) (1994 y 1997), “Catholics and Reproduction: A World View”, Washington, DC, Catholics for a Free Choice.
- (1995), “The Vatican and the Fourth World Conference on Women”, Washington, DC.
- Chee, H. L. (1988), “Babies to Order”, en B. Agarwal (ed.), *Structures of Patriarchy: State, Community and Household in Modernising Asia*, Nueva Delhi, Kali for Women.
- Chiwuzie *et al.* (1995), “Safe Motherhood: Causes of Maternal Mortality in a Semi-urban Nigerian Setting”, *World Health Forum*, vol. 16.
- Cisler, L. (1970), “Unfinished Business: Birth Control and Women’s Liberation”, en R. Morgan (ed.), *Sisterhood Is Powerful*, Nueva York, Vintage.
- Citeli, M. T. (1994), “Mulheres e Direitos Reprodutivos na Periferia: Releitura Feminista de um Movimento de Saúde em São Paulo”, tesis de maestría, Universidad de São Paulo.
- Clarke, S. C. y S. J. Ventura (1994), “Birth and Fertility Rates for States: United States 1990”, *Vital and Health Statistics Series 21*, núm. 52, Hyattsville, MD, Centro Nacional de Estadística de la Salud.
- Cohen, S. (1995), “Encuestas de opinión pública sobre aborto”, en A. Ortiz Ortega (ed.), *Razones y pasiones en torno al aborto*, México, Edamex y Population Council.
- Collins, P. H. (1990), *Black Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*, Boston, MA, Unwin Hyman.
- Comité Promotor para la Maternidad sin Riesgos en México (1993), “De El Cairo a Beijing”, *Maternidad sin Riesgos*, núm. 1, México.

- Committee on Women, Population and the Environment (1994-1997), *Political Environments*, núm. 1-5, Amherst, MA, Population and Development Program, Hampshire College.
- Cook, R. (ed.) (1994), *Human Rights of Women: National and International Perspectives*, Filadelfia, University of Pennsylvania Press.
- Cook, R. (1995), "Human Rights and Reproductive Self-determination", *American University Law Review*, vol. 44, núm. 4, abril.
- Copelon, R. (1994), "Recognizing the Egregious in the Everyday: Domestic Violence as Torture", *Columbia Human Rights Law Review*, vol. 25, núm. 2, primavera.
- y R. Petchesky (1995), "Toward an Interdependent Approach to Reproductive and Sexual Rights Human Rights. Reflections on the ICPD and Beyond", en M. A. Schuler (ed.), *From Basic Needs to Basic Rights*, Washington, DC, Women, Law & Development International.
- Corrêa, S. (1994), *Population and Reproductive Rights: Feminist Perspectives from the South*, Londres, Zed Books.
- y R. Petchesky (1994), "Reproductive and Sexual Rights: A Feminist Perspective", en G. Sen, A. Germain y L. Chen (ed.), *Population Policies Reconsidered*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Cosío Villegas, D. (1974), *El presidencialismo en México*, ciudad de México, Editorial Era.
- Craske, N. (1993), "Women's Political Participation in Colonias Populares in Guadalajara, Mexico", en S. A. Radcliffe y S. Westwood (ed.), *Viva: Women and Popular Protest in Latin America*, Londres, Routledge.
- Curi, M. y A. Molina (1993), "The Dominican Community of Lower Washington Heights: A Community Health Needs Assessment", ms, Nueva York.
- Dairiam, S. (1995), "The Struggle for Women's Rights in Malaysia: A Review and Appraisal of Women's Activism in the Eighties and Nineties", *Canadian Woman Studies*, vol. 15, núm. 2 y 3.
- DaMatta, R. (1987), *A Casa e a Rua*, Río de Janeiro, Guanabara.
- DANIDA (Danish Development Association) (1994), *Health Situation in Egypt*, El Cairo, DANIDA.
- Daniel, H. y R. Parker (1993), *Sexuality, Politics and AIDS in Brazil*, Londres, Falmer Press.
- Davis, A. (1990), "Racism, Birth Control and Reproductive Rights", en M. G. Fried (ed.), *Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement*, Boston, South End Press.
- DAWN (1995), *Markers on the Way: the DAWN Debates on Alternative Development*, DAWN's Plataforma de la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres, Beijing, septiembre.
- Daykin, D., H. Eu y E. Zimmerman (1994), *Neighborhood Profile núm. 5: Washington Heights/Inwood, Manhattan Community District 12*, Nueva York, United Way.
- De Barbieri, T. (1998), "Cambio sociodemográfico, políticas de población y derechos reproductivos en México", en A. Ortiz Ortega (ed.), *Los*

- derechos reproductivos de las mujeres: un debate sobre justicia social*, ciudad de México, Edamex y UAM-X.
- De Olivera, O. (1988), "Unidades domésticas y familias censales", *Demos*, núm. 1.
- Desai, S. (1994), "Women's Burdens: Easing the Structural Constraints", en G. Sen, A. Germain y L. Chen (ed.), *Population Policies Reconsidered*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Desser, N. A. (1993), *Adolescência, Sexualidade e Culpa: Um Estudo sobre a Gravidez Precoce nas Adolescentes Brasileiras*, Río de Janeiro, Rosa dos Tempos.
- DHS/Macro International (1996), "A Profile of Teenage and Young Adult Women in Nigeria: Findings from the 1990 Nigeria Demographic and Health Survey", reportes de Población y Salud de África, Calverton, Maryland, Macro International Inc., Oficina de África.
- Diniz, C. S. G. (1996), "Assistência ao Parto e Relações de Gênero: Elemento para una Releitura Médico-Social", tesis de maestría, Universidad de São Paulo, Facultad de Medicina.
- Dixon-Mueller, R. (1993), *Population Policy and Women's Rights: Transforming Reproductive Choice*, Nueva York, Praeger.
- y A. Germain (1992), "Stalking the Elusive 'Unmet Need' for Family Planning", *Studies in Family Planning*, vol. 23, núm. 5.
- D'Oliviera, A. F. P. L. (1996), "Gênero e Violência nas Práticas de Saúde: Contribuição ao Estudo da Atenção Integral à Saúde da Mulher", tesis de maestría, Universidad de São Paulo, Facultad de Medicina.
- Easton, Adam (1997), "Manila Seeks Death Law for Abortions", *Guardian* (UK), 5 de diciembre.
- Eaton, S. (1992), *Women Workers, Unions and Industrial Sectors in North America*, Geneva, International Labour Organisation.
- Echols, A. (1989), *Daring to be BAD: Radical Feminism in America, 1967-1975*, Mineápolis, University of Minnesota Press.
- Egypt, Central Agency for Public Mobilization and Statistics (CAPMAS) (1991), El Cairo, *Yearbook 1991*.
- Egypt, Institute of National Planning (1994), *Egypt Human Development Report 1994*, El Cairo, Institute of National Planning.
- Egypt, National Population Council (1992), *Demographic and Health Survey* (EDHS), El Cairo.
- Egypt, National Population Council (1995), *Demographic and Health Survey* (EDHS), El Cairo.
- Eisenstein, Z. (1978), *Capitalist Patriarchy and the Case for Socialist Feminism*, Nueva York, Monthly Review Press.
- (1988), *The Female Body and the Law*, Berkeley, University of California Press.
- (1994), *The Color of Gender: Reimagining Democracy*, Berkeley, University of California Press.
- (1996), *Hatreds: Racialized and Sexualized Conflicts in the 21st Century*, Nueva York y Londres, Routledge.

- El Baz, S. (1994), "Women's Work in Egypt", Foro preparatorio de ONG para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo.
- El Hamamsy, L. *et al.* (1996), *Early Marriage and Reproduction in Two Egyptian Villages*, El Cairo, National Population Council.
- El Mouelhy, M. (1987), "Maternal Mortality in Egypt", ms, El Cairo.
- (1993), "Women's Lives and Health in Egypt", *Reproductive Health Matters*, núm. 1, mayo.
- Elabor-Idemudia, P. (1994), "Nigeria: Agricultural Exports and Compensatory Schemes: Rural Women's Production Resources and Quality of Life", en P. Sparr (ed.), *Mortgaging Women's Lives*, Londres, Zed Books.
- Elias, C. (1991), *Sexually Transmitted Diseases and the Reproductive Health of Women in Developing Countries*, Population Council Working Paper, núm. 5, Nueva York, Population Council.
- Elson, D. (1987), "The Impact of Structural Adjustment on Women: Concepts and Issues", documento preparado para el "Women and Development Programme", Human Resource Development Group, Londres, Commonwealth Secretariat.
- Elu, M. C. (1970), *Mujeres que hablan*, ciudad de México, Asociación Mexicana de Población.
- Emembolu, J. O. (1990), "The Early Marriage and Its Sequelae-Vesico-vaginal Fistula: Social Implications and Prevention", documento presentado en el Workshop on Vesico-vaginal Fistula, Nigeria, Kano.
- Engels, F. (1972), *The Origin of the Family, Private Property and the State*, Nueva York, International Publishers.
- Esu-Williams, E. (1991), "Rural Women's Perceptions of their Health: A Study in Cross River State in Nigeria", reporte preparado para Women in Nigeria-Cross River State, Nigeria, Universidad de Calabar.
- Eviota, E. Uy (1993), *The Political Economy of Gender: Women and the Sexual Division of Labour in the Philippines*, Londres, Zed Books.
- Faria, V. E. (1989), "Políticas de Governo e Regulação da Fecundidade: Consequências não Antecipadas e Efeitos Perversos", *Ciências Sociais Hoje*, São Paulo, ANPOCS, Vertice.
- Fatawi Al Azhar (1995), vol. 9, núm. 26, El Cairo (opiniones sobre temas legales publicados por el Fatawa Council de la Universidad de Al Azhar).
- Faúndes, A. y J. G. Cecatti (1991), "A Operação Cesárea no Brasil: Incidência, Tendências, Causas, Consequências e Propostas de Ação", *Cadernos de Saúde Pública*, vol. 7, núm. 2, abril-junio.
- Federal Republic of Nigeria (1998), *National Policy on Population for Development, Unity, Progress and Self-Reliance*, Nigeria, Lagos.
- Federal Research Division (1991), "Nigeria: A Country Study", *Library of Congress*, website (junio 1996) <http://lcweb2.loc.gov/frd/cs/ngtoc.html>.
- Fernández Vega, C. (1995), "Música e inversión extranjera", *La Jornada*, ciudad de México, 15 de octubre.
- FETAPE (1994), "Acordo Colectivo de Trabalho-Sertao de São Francisco", ms, Petrolina, Federação dos Trabalhadores na Agricultura do Estado de Pernambuco.

- Feyisetan, B. J. y A. R. Pebley (1989), "Premarital Sexuality in Urban Nigeria", *Studies in Family Planning*, vol. 20, núm. 6.
- Feyisetan, B. J. y M. Ainsworth (1995), *Contraceptive Use and the Quality, Price, and Availability of Family Planning in Nigeria*, Living Standards Measurement Study Working Paper, núm. 108, Washington, DC, World Bank.
- FIBGE (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) (1996), *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio-PNAD, Síntese de Indicadores, 1993*, Río de Janeiro, FIBGE.
- Figueroa Perea, J. G. (1991), "Anticoncepción quirúrgica, educación y elección de anticonceptivo", en *Memorias de la IV Revolución Nacional de Investigación, Demografía en México*, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Sociedad Mexicana de Demografía.
- (1994), "The Introduction of New Methods of Contraception: Ethical Perspectives", *Reproductive Health Matters*, núm. 3, mayo.
- , P. Palma Cabrera y R. Aparicio Jiménez (1993), "Una aproximación regional a la dinámica del uso de métodos anticonceptivos", en Secretaría de Salud, *El entorno de la relación de la fecundidad en México*, ciudad de México.
- FLASO-CEPIA (1993), *Mulheres Latinoamericanas em Dados*, Santiago, Instituto de la Mujer.
- Foust, D. (1993), "The Boom Belt", *Business Week*, 27 de septiembre.
- Foro de Liderazgo de África, Ministerio de Salud y Servicios Sociales (1992), "Conclusions, Recommendations, Summary Report and Papers", acta de sesiones de la Farm House Conference sobre población, noviembre, Nigeria, Hotel Gataway.
- Freedman, L. P. (1995), "Reflections on Emerging Frameworks of Health and Human Rights", *Health and Human Rights*, vol. 1, núm. 4.
- (1996), "The Challenge of Fundamentalisms", *Reproductive Health Matters*, núm. 8, noviembre.
- y S. L. Isaacs (1993), "Human Rights and Reproductive Choice", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 1, enero-febrero.
- Fried, M. G. (ed.) (1990), *From Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement*, Boston, South End Press.
- Fried, S. T. (1994), *The Indivisibility of Women's Human Rights: A Continuing Dialogue*, New Brunswick, NJ, Center for Women's Global Leadership, Universidad Rutgers.
- Ganga, P. (1993), "Fertility Trends and Differentials", en *Report of the Malaysian Family Life Survey, 1998*, vol. II, Kuala Lumpur, National Population and Family Development Board, Malaysia and Rand Corporation.
- García, B. (1993), "La feminización en la actividad económica", *Demos*, núm. 5.
- García-Moreno, C. y A. Claro (1994), "Challenges from the Women's Health Movement: Women's Rights versus Population Control", en G. Sen,

- A. Germain y L. C. Chen (ed.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Garfield, R. y D. Abramson (ed.) (1994), *Washington Heights/Inwood: The Health of a Community*, Nueva York, Columbia University Health of the Public Program.
- George, A. (1996), "Gender Relations in Urban Households in Bombay: Challenges for HIV/STD Prevention", documento presentado en la conferencia Reconceiving Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Río de Janeiro, abril.
- Germain, A. y R. Kyte (1995), *The Cairo Consensus: The Right Agenda for the Right Time*, Nueva York, Coalición Internacional de Salud de la Mujer.
- et al. (ed.) (1992), *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, Nueva York, Plenum Press.
- Giddings, P. (1984), *When and Where I Enter... The Impact of Black Women on Race and Sex in America*, Nueva York, William Morrow.
- Ginsburg, F. D. y R. Rapp (ed.) (1995), *Conceiving the New World Order: The Global Politics of Reproduction*, Berkeley, University of California Press.
- Gogna, M. y S. Ramos (1996), "Lay Beliefs, Gender and Sexuality: Unacknowledged Risks for Sexually Transmitted Diseases", documento presentado en la Conference on Reconceiving Sexuality; International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Río de Janeiro, Brasil.
- Göle, N. (1996), *The Forbidden Modern: Civilization and Veiling*, Ann Arbor, MI, University of Michigan Press.
- Gonçalves, R. B. M. (1992), "Práticas de Saúde: Processos de Trabalho e Necessidades", *Cadernos CEFOR*, núm. 1, São Paulo, São Paulo Municipal Health Department.
- Gordon, D. (1996), *Fat and Mean*, Nueva York, Basic Books.
- Gordon, L. (1974), *Woman's Body, Woman's Right: Birth Control in America*, 2ª ed., Nueva York, Penguin Books.
- Government of Malaysia (1985), *Fifth Malaysia Plan, 1986-1990*, Kuala Lumpur.
- (1990), *Sixth Malaysia Plan, 1991-1995*, Kuala Lumpur.
- (1995), *Seventh Malaysia Plan, 1996-2000*, Kuala Lumpur.
- Government of the Philippines (1990), *Census of the Philippines 1990*, Manila.
- Govindasamy, P. y A. Malhotra (1996), "Women's Position and Family Planning in Egypt", *Studies in Family Planning*, vol. 27, núm. 6.
- Greenhalgh, S., (ed.) (1995), *Situating Fertility: Anthropology and Demographic Inquiry*, Cambridge, Cambridge University Press.
- (1996), "The Social Construction of Population Science: An Intellectual, Institutional, and Political History of Twentieth-century Demography", *Comparative Studies in Society and History*, vol. 38, núm. 1, enero.
- Grupo CERES (1981), *Espelho de Vênus: Identidade Social e Sexual da Mulher*, São Paulo, Brasiliense.
- Guimaraes, K. (1996), "Nas Raízes do Silêncio: A Representação Cultural da Sexualidade Feminina e a Prevenção do VIH/AIDS", en R. Parker y

- J. Galvao (ed.), *Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil*, Río de Janeiro, ABIA-IMS-UERJ-Relume-Dumara, Río de Janeiro.
- Gutiérrez, F. J. (1992), "Algunos retos actuales", *Demos*, núm. 5.
- Hardon, A. y E. Hayes (ed.) (1997), *Reproductive Rights in Practice: A Feminist Report on the Quality of Care*, Londres, Zed Books.
- Hartmann, B. (1994), "The Cairo 'Consensus': Women's Empowerment or Business as Usual?", *Reproductive Rights Network Newsletter*, otoño.
- (1995), *Reproductive Rights and Wrongs*, Boston, South End Press.
- Hatem, M. F. (1994), "Privatization and the Demise of State Feminism in Egypt", en P. Sparr (ed.), *Mortgaging Women's Lives: Feminist Critiques of Structural Adjustment*, Londres, Zed Books.
- Haithi, D. (1996), "Speaking Out on Norplant", *Political Environments*, núm. 4 (Committee on Women, Population and the Environment), verano-otoño.
- Heilborn, M. L. (1996), "O Traço da Vida: Gênero e Idade em Dois Bairros Populares do Rio de Janeiro", en F. Madeira (ed.), *Quem Mandou Nascer Mulher*, Río de Janeiro, Rosa dos Tempos.
- Heise, L. L. (1995), "Violence, Sexuality, and Women's Lives", en R. G. Parker y J. H. Gagnon (ed.), *Conceiving Sexuality*, Nueva York y Londres, Routledge.
- , K. Moore y N. Toubia (1995), *Sexual Coercion and Reproductive Health: A Focus on Research*, Nueva York, Population Council.
- Hellman, J. A. (1994), *Mexican Lives*, Nueva York, The New Press.
- (1995), "The Riddle of New Social Movements: Who They Are and What They Do", en S. Halesbosky y R. Harris (ed.), *Capital, Power, Inequality in Latin America*, Boulder, Westview.
- Helzner, J. F. (1996), "Men's Involvement in Family Planning", *Reproductive Health Matters*, núm. 7, mayo.
- Hernández Bringas, H. (1990), "Fatalidades han aumentado 150% en 25 años", *Demos*, núm. 3, México.
- Hernández Téllez, J. y E. Hernández Carballido (1995), "Golpeará la crisis con más fuerza a las mujeres", *La Doble Jornada*, marzo.
- Hill, C. E. (1986), "Anthropological Studies of the American South", *Current Anthropology*, núm. 18.
- (1988), *Community Health Systems in the Rural South*, Boulder, CO, Westview Press.
- Hine, D. y K. Wittenstein (1981), "Female Slavery Systems: The Economics of Sex", en F. Steady (ed.), *The Black Woman Cross-Culturally*, Cambridge, MA, Schenkman.
- Hodgkinson, E. (1995), "The Philippines: Economy", en *The Far East and Australasia 1995*, Londres, Europa Publications.
- Hodgson, D. y S. C. Watkins (1997), "Feminists and Neo-Malthusians: How Sturdy Are Their Alliances?", *Population and Development Review*, vol. 23, núm. 3, septiembre.
- Huntington, D., L. Nawar y D. Abdel-Hady (1997), "Women's Perceptions of Abortion in Egypt", *Reproductive Health Matters*, núm. 9.

- Huntington, D. *et al.* (1995), "Improving the Medical Care and Counseling of Post-abortion Patients in Egypt", *Studies in Family Planning*, vol. 26, núm. 6.
- Hussaina A. (1996), "Wifeism and Activism: The Nigerian Women's Movement", en A. Basu (ed.), *The Challenge of Local Feminisms: Women's Movement, Global Perspective*, Boulder, CO, Westview Press.
- IAC (Inter-African Committee on Traditional Practices) (1993), "No Return to the History of Oppression of Women in Nigeria", *Boletín IAC*, núm. 14, julio.
- Ikeji, N. (1996), "The Emergence of the Silent Majority: Women NGOs Bridging the Health and Development Gap in Nigeria", documento presentado en la conferencia Nigerian National Conference on International Health, junio.
- INDRA-HAIN (Institute for Development Research Amsterdam/Health Action Information Network) (1996), *Gender, Reproductive Health and Population Policies: Proceedings from the Zimbabwe Networking Workshop*, junio de 1995, Amsterdam.
- INEGI (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática) (1992), *XI Censo General de Población y Vivienda*, INEGI, México.
- y UNIFEM (1995), *La mujer mexicana, un balance estadístico a final del siglo veinte*, México, INEGI.
- IPPF Open File (1993), "Nigerian Islamic Leaders Advocate Family Planning", *FHS News Update*, vol. 2, núm. 1 y 2, diciembre.
- Irwin, K. *et al.* (1995), "Urban Rape Survivors", *Obstetrics and Gynecology*, vol. 85, núm. 5, marzo.
- Isiugo-Abanihe, U. C. (1994), "Reproductive Motivation and Family-Size Preferences among Nigerian Men", *Studies in Family Planning*, vol. 25, núm. 3, mayo-junio.
- Ityavyar, D. A. (1984), "Traditional Midwife Practice, Sokoto State, Nigeria", *Social Science and Medicine*, núm. 18.
- Jain, A. y J. Bruce (1994), "A Reproductive Health Approach to the Objectives and Assessment of Family Planning Programs", en G. Sen, A. Germain y L. C. Chen (ed.), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Jamilah A. (1994), "Economic Development and Women in the Manufacturing Sector", en Jamilah Ariffin (ed.), *Readings on Women and Development in Malaysia*, Kuala Lumpur, Unidad de Estudios de Población.
- Jiménez Ornelas, R. (1993), "Cincuenta años de mortalidad o el resultado de la desigualdad social", *Demos*, núm. 6.
- Johan, A. M. T. (1993), "Country Situation on Abortion-Malaysia", documento presentado en el International Planned Parenthood Federation, Kuala Lumpur, East and Southeast Asia and Oceania Region.
- Johnson, B. C. A. (1982), "Traditional Practices Affecting the Health of Women in Nigeria", en *Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children*, Alexandria, publicación técnica, vol. 2, núm. 2, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.

- Jones, G. W. (1994), *Marriage and Divorce in Islamic Southeast Asia*, Kuala Lumpur-Oxford, Oxford University Press.
- Jones, J. (1990), "The Political Implications of Blank and White Women's Work in the South, 1890-1965", en Louise A. Tilly y Patricia Gurin (ed.), *Women, Politics, and Change*, Nueva York, Sage Foundation.
- Ju, S. H. (1983), "Chinese Spirit-Mediums in Singapore: An Ethnographic Study", *Contributions to Southeast Asian Ethnography*, núm. 2, agosto.
- Jusidisman, C. (1997), "Óptica de género: mujeres en las elecciones federales de 1997", *Fem*, vol. 21, núm. 175, octubre.
- Kabeer, N. (1994), *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development Thought*, Londres, Verso.
- Kanidah, N. (1993), "Status of Maternal Health Services in Malaysia", documento presentado al Technical Meeting on Maternal Health, SEAMEO-TROPED, 25 a 27 de mayo, Kuala Lumpur.
- Kaplan, T. (1990), "Community and Resistance in Women's Political Cultures", *Dialectical Anthropology*, núm. 15.
- Katz, N. L. (1995), "Mexican Doctors' Tactics Criticized", *Dallas Morning News*, 2 de julio.
- Kelly, J. (1984), *Women, History and Theory*, Chicago, University of Chicago Press.
- Khalipah Mohd, T. (1992), "Marriage Trends Among Peninsular Malaysian Women", en *Report of the Malaysian Family Life Survey, 1988*, vol. II, EU, Kuala Lumpur, National Population and Family Development Board, Malaysia and Rand Corporation.
- Khanna, R. (1996), "Research and Intervention: A Woman-Centred Approach", documento presentado en la conferencia Reconceiving Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Río de Janeiro, 14 a 17 de abril.
- Khat tab, H. (1992), *The Silent Endurance: Social Conditions of Women's Reproductive Health in Egypt*, El Cairo, UNICEF.
- (1992), *The Silent Endurance: Social Conditions of Women's Reproductive Health in Rural Egypt*, Amman, Jordan, UNICEF y The Population Council.
- Kisekka, M. (1992), "Women's Organized Health Struggles: The Challenge to Women's Associations", en M. Kisekka (ed.), *Women's Health Issues in Nigeria*, Zaria, Nigeria, Tamaza.
- Kishor, S. (1995), "Autonomy and Egyptian Women: Findings from the 1988 Egypt Demographic and Health Survey", *Demographic and Health Surveys Occasional Papers*, núm. 2, Calverton, MD, Macro International.
- Kolbert, K. (1990), "A Reproductive Rights Agenda for the 1990s", en M. G. Fried (ed.), *From Abortion to Reproductive Freedom: Transforming a Movement*, Boston, South End Press.
- Korayem, K. (1991), "The Egyptian Economy and the Poor in the Eighties", El Cairo, Institute of National Planning, memo núm. 1542.
- Krasner, M. I., T. E. Heisler y P. Brooks (ed.) (1994), *New York City Community Health Atlas*, Nueva York, United Hospital Fund of New York.

- Kuhn, A. y A. Wolpe (1978), *Feminism and Materialism*, Londres, Routledge y Kegan Paul.
- Lamas, M. *et al.* (1995), "The Growth of Popular Feminism in Mexico", en A. Basu (ed.), *The Challenge of Local Feminisms: Women's Movements in Global Perspective*, Boulder, Westview Press.
- Langer, A. *et al.* (1997), "Improving Post-Abortion Care in a Public Hospital In Oaxaca, Mexico", *Reproductive Health Matters*, núm. 9, mayo.
- Langer, A., R. Lozano y M. Hernández (1993), "Niveles, tendencias y diferencias", *Demos*, núm. 6.
- Leal, O. F. (1994), "Sangue, Fertilidade e Práticas Contraceptivas", en P. C. Alves y M. C. Minayo (ed.), *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*, Río de Janeiro, Editora Fiocruz.
- y B. Lewgoy (1995), "Pessoa, Aborto e Contracepção", en O. F. Leal (ed.), *Corpo e Significado: Ensaios de Antropologia Social*, Porto Alegre, Editora da Universidade Federal Do Rio Grande do Sul.
- Leary, V. (1994), "The Right to Health in International Human Rights Law", *Health and Human Rights*, vol. 1, núm. 1.
- Leete, R. (1996), *Malaysia's Demographic Transition: Rapid Development, Culture, and Politics*, Kuala Lumpur-Oxford-Singapur-Nueva York, Oxford University Press.
- Leete, R. y B. A. Tan (1993), "Contrasting Fertility Trends Among Ethnic Groups in Malaysia", en R. Leete y I. Alam (ed.), *The Revolution in Asian Fertility: Dimensions, Causes, and Implications*, Oxford, Clarendon Press.
- Lerner, S. y J. Freedman (1994), "Abortion and Health Care Reform", *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 49, núm. 5, septiembre-octubre.
- Logan, K. (1990), "Women's Participation in Urban Protest", en J. Foweraker y A. L. Craig (ed.), *Popular Movements and Political Change in Mexico*, Boulder, Lynne Rienner.
- López Austin, A. (1984), *Cuerpo humano e ideología: las concepciones de los antiguos nahuas*, México, Universidad Nacional Autónoma de México.
- López, I. (1993), "Agency and Constraint: Sterilization and Reproductive Freedom among Puerto Rican Women in New York City", *Urban Anthropology*, vol. 22, núm. 3-4.
- Lugones, M. (1990), "Playfulness, 'World'-Travelling, and Loving Perception", en Gloria Anzaldúa (ed.), *Making Face, Making Soul/Haciendo Caras*, San Francisco, CA, Aunt Lute Foundation Books.
- Luker, K. (1984), *Abortion and the Politics of Motherhood*, Berkeley, Universidad de California.
- Macías, A. (1982), *Against All Odds: The Feminist Movement in Mexico 1700 to 1940*, Westport, CT, Greenwood Press.
- MacLeod, A. E. (1991), *Accommodating Protest: Working Women, the New Veiling, and Change in Cairo*, Nueva York, Columbia University Press.
- Madunagu, B. (1997), "Women's Movements, Partnerships and Alliances: Experiences from Nigeria", documento presentado en el 8th International Women and Health Meeting, Río de Janeiro, Brasil.

- Makinwa-Adebusoye, P. (1992), "Sexual Behavior, Reproductive Knowledge and Contraceptive Use Among Young Urban Nigerians", *International Family Planning Perspectives*, vol. 19, núm. 2.
- Malaysia Department of Statistics (1991), *Vital Statistics Time Series Malaysia (1911-1985)*, Kuala Lumpur.
- (1992, 1993 y 1995), *General Report of the Population Census*, vol. 1, Kuala Lumpur.
- Malaysia Ministry of Health (1992), *Petunjuk-petunjuk Bagi Pengesanan dan Penilaian Strategi Kesihatan Untuk Semua Menjelang Tahun 2000 (Indicadores de Monitoreo y Evaluación de Estrategias de Salud para Todos en el Año 2000)*, Kuala Lumpur, Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Marcos, S. (1991), "Género y preceptos de moral en el México antiguo: los textos de Sahagún", *Concilium*, núm. 6.
- (1992), "Indigenous Eroticism and Colonial Morality in México: The Confession Manuals of New Spain", en *Numen*, vol. XXXIX, núm. 2.
- (1994), "Género y reivindicaciones indígenas", *La Doble Jornada*, diciembre.
- Marshall, T. H. (1975), *Social Policy in the Twentieth Century*, Londres, Hutchinson.
- Martine, G. (1996), "Brazil's Fertility Decline, 1965-1995: A Fresh Look at Key Factors", *Population and Development Review*, vol. 22, núm. 1, marzo.
- Massolo, A. (1989), "Mujer y política urbana: la desconocida de siempre, la siempre presente", documento entregado en el Foro Nacional sobre Mujer y Políticas Públicas, México.
- Megahed, H. (1994), "Egyptian Women in Parliamentary Committees", documento presentado en la Conference on Egyptian Women and the Challenges of the Twenty-First Century, National Council for Motherhood and Childhood, El Cairo.
- Mehrun Siraj (1988), "Marriage and Divorce: The Law Applicable to Muslims", en *Women and the Law, Papers from a Seminar on Family Law*, Kuala Lumpur, University Women's Association, University of Malaya.
- Mello e Souza, C. (1989), "Gender, Class and Domestic Work: The Servant-Employer Relationship in Brazil", *Interchange*, Instituto de Educación Internacional, vol. 11, núm. 1.
- (1994), "C-Sections as Ideal Births: The Cultural Construction of Beneficence in Brazil", *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, vol. 3, núm. 3.
- Mies, M. (1986), *Patriarchy and Accumulation on a World Scale*, Londres, Zed Books.
- , V. Bennholdt-Thomsen y C. von Werlhof (1988), *Women: The Last Colony*, Londres, Zed Books.
- Minayo, M. C. S. (ed.) (1995), *Os Muitos Brasis: Saúde e População na Década de 80*, São Paulo-Río de Janeiro, Hucitec-Abrasco.
- Mishel, L., J. Bernstein y J. Schmitt (1996), *The State of Working America 1996-1997*, Armonk, NY, M. E. Sharpe.

- Moghadam, V. (1983), *Modernizing Women: Gender and Social Change in the Middle East*, Boulder, CO, Lynne Rienner Publishers.
- Molyneux, M. (1985), "Mobilization without Emancipation? Women's Interests, the State, and Revolution in Nicaragua", *Feminist Studies*, vol. 11, núm. 2.
- Morsy, S. (1993), *Gender, Sickness, and Healing in Rural Egypt*, Boulder, CO, Westview Press.
- (1995), "Deadly Reproduction among Egyptian Women: Maternal Mortality and the Medicalization of Population Control", en F. D. Ginsburg y R. Rapp (ed.), *Conceiving the New World Order*, Berkeley, University of California Press.
- Mossa'ad, N. (1996), *Women and Parliamentary Elections*, en Wadouda Badran (ed.), El Cairo, Cairo University Faculty of Economics and Political Science-Ebert Foundation.
- Mothercare (1993), "Mothercare Nigeria Maternal Healthcare Project Qualitative Research", documento de trabajo núm. 17B, Arlington, VA, John Snow, Inc..
- Muñoz, H. y M. H. Suárez (1990), "Educación y empleo: ciudades de México, Guadalajara y Monterrey", *Memorias de la IV Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México*, vol. III, México, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática y Sociedad Mexicana de Demografía.
- Musallam, B. F. (1983), *Sex and Society in Islam: Birth Control before the Nineteenth Century*, Nueva York-Cambridge, Cambridge University Press.
- Nagata, J. (1984), *The Reflowering of Malaysian Islam: Modern Religious Radicals and Their Roots*, Vancouver, University of British Columbia Press.
- Naguib, N. G. (1994), "Gender Inequalities and Demographic Behavior: The Case of Egypt", documento presentado en el Population Council Symposium on Family, Gender, and Population Policy, El Cairo, 7 a 9 de febrero.
- National Center for HIV, STD y TB Prevention (1996), *The Challenge of STD Prevention in the United States*, Washington, DC, National Prevention Center.
- National Commission on Children (1993), *Just the Facts: A Summary of Recent Information on American's Children and Their Families*, Washington, DC, National Commission on Children.
- National Food and Nutrition Research Institute (1993), *Fourth National Nutrition Survey*, Manila, NFNRI.
- National Task Force on Vesico Vaginal Fistula (Nigeria) (1994), "Facts on Vesico-Vaginal Fistulae (VVF) in Nigeria", Zaria, Nigeria, ABU Press Ltd.
- Nawar, L., C. B. Lloid y B. Ibrahim (1994), "Women's Autonomy and Gender Roles in Egyptian Families", documento presentado en Simposio del Consejo de Población en Políticas de Familia, Género y Población, El Cairo, 7 a 9 de febrero.
- NCRFW (National Commission on the Role of Filipino Women) (1995),

- Filipino Women: Issues and Trends*, Manila, NCRFW y Asian Development Bank.
- NDHS (Nigeria Demographic and Health Survey) (1992), *Lagos: Federal Office of Statistics and Columbia*, MD: Institute for Resource Development-Macro International, Inc.
- Nelson, B. J. y N. Chowdhury (ed.) (1994), *Women and Politics Worldwide*, New Haven, Yale University Press.
- New Woman Research and Study Centre (1996), *The Feminist Movement in the Arab World: Intervention and Studies from Four Countries*, Giza, Egipto, New Woman Research and Study Center.
- y El Nadim Centre for Rehabilitation of Victims of Violence (1995), *Violence Against Women: Results of a Fieldwork in Preparation for the Fourth World Conference on Women, Beijing*, Giza, Egipto, New Woman Research and Study Centre.
- Ng, C. (1989), “Women in Development: Malaysia”, Kuala Lumpur, Asian Development Bank, Country Briefing Paper.
- y H. L. Chee (1996), “Women in Malaysia: Present Struggles and Future Directions”, *Asian Journal of Women's Studies*, vol. 2, mayo.
- Norani Othman (1994), “The Sociopolitical Dimensions of Islamisation in Malaysia: A Cultural Accommodation of Social Change?”, en Norani Othman (ed.), *Shari'a a Law and the Modern Nation-State: A Malaysian Symposium*, Kuala Lumpur, Sisters In Islam.
- Norazah Zulkifli, S. et al. (1996), “Country Report on Gender, Sexuality and Reproductive Health: Malaysia”, documento presentado en The Asia and Pacific Regional Network on Gender, Sexuality and Reproductive Health, ciudad Cebu, Filipinas, 8 a 13 de enero, Filipinas, Social Development Research Centre, De LaSalle University.
- Nunes, M. J. R. (1994), “De Mulheres, Sexo e Igreja”, en A. Costa y T. Amado (ed.), *Alternativas Escasas: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*, São Paulo, Ed. 34.
- NYCDP (New York City Department of City Planning) (1992a), *The Newest New Yorkers: An Analysis of Immigration into New York City during the 1980s*, Nueva York, (Publication núm. DCP 92-16, NYCDP).
- (1992b), *Total Population by Selected Hispanic Origin or Descent: New York City, Boroughs and Community Districts*, Nueva York, NYCDP.
- NYCDOH (New York City Department of Health) (1993), *Family Planning: Creating a Public Policy Agenda for New York City*, procedimientos del Simposio Promovido por el Departamento de Salud de la Ciudad de Nueva York y la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia.
- Obermeyer, C. M. (1992), “Islam Women and Politics: The Demography of Arab Countries”, *Population and Development Review*, vol. 18, núm. 1.
- (1994), “Religious Doctrine, State Ideology, and Reproductive Options in Islam”, en G. Sen y R. C. Snow (ed.), *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Cambridge, MA, Centro de Estudios de Población y Desarrollo de Harvard, Harvard University Press.

- Obermiller, P. J. (1994), "The Question of Appalachian Identity", en Gini Coover and Bruce Kihre (ed.), *The History and Culture of Appalachia and Appalachian Ohio: A Resource and Training Manual for Directors and Teachers of Adult Basic and Literacy Education Programs*, parte I, Athens, OH, Rural Action, Inc.
- Okafor, C. y R. Rizzuto (1994), "Women's and Health-care Providers' Views on Maternal Practices and Services in Rural Nigeria", *Studies in Family Planning*, vol. 25, núm. 6, noviembre-diciembre.
- Okagbue, I. (1990), "Pregnancy Termination and the Law in Nigeria", *Studies in Family Planning*, vol. 21, núm. 4, julio-agosto.
- Olusanya, O. (1989), "Biosocial Factors in Maternal Mortality: A Study from a Nigerian Mission Hospital", *West African Journal of Medicine*, vol. 8, núm. 3.
- Omran, A. (1992), *Family Planning in the Legacy of Islam*, Nueva York y Londres, Routledge.
- Ong, A. (1987), *Spirits of Resistance and Capitalist Discipline: Factory Women in Malaysia*, Albany, State University of New York Press.
- (1994), "State versus Islam: Malay Families, Women's Bodies and the Body Politic in Malaysia", en *Women's Reproductive Rights in Muslim Communities and Countries: Issues and Resources*, El Cairo, Women Living Under Muslim Laws, agosto.
- Oni, G. A. (1985), "Effects of Women's Education on Postpartum Practices and Fertility in Urban Nigeria", *Studies in Family Planning*, vol. 16, núm. 6, noviembre-diciembre.
- y J. McCarthy (1990), "Contraceptive Knowledge and Practices in Ilorin, Nigeria", *Studies in Family Planning*, vol. 21, núm. 2, marzo-abril.
- Ortiz Ortega, A. (1996), "The Feminist Demand for Legal Abortion: A Disrupture of Mexican State and Catholic Church Relations (1871-1995)", tesis de doctorado, New Haven, CT, Universidad de Yale.
- Orubuloye, I. O. (1995), "Patterns of Sexual Behavior of High Risk Populations and the Implications for STDs and HIV/AIDS Transmission in Nigeria", en R. G. Parker y J. H. Gagnon (ed.), *Conceiving Sexuality*, Nueva York, Routledge.
- (1996), "Sexual Networking in Nigeria: Its Social and Behavioural Context", documento presentado en la conferencia Reconceiving Sexuality: International Perspectives on Gender, Sexuality and Sexual Health, Río de Janeiro, Brasil.
- *et al.* (1992), "Sexual Networking and the Risk of AIDS in Southwest Nigeria", en T. Dyson (ed.), *Sexual Behavior and Networking: Anthropological and Socio-Cultural Studies on the Transmission of HIV*, Liège, Bélgica, Editions Derouaux-Ordina.
- Otto, D. (1995), "Linking Health and Human Rights: A Critical Legal Perspective", *Health and Human Rights*, vol. 1, núm. 3.
- Oyebola, D. D. O. (1980), "Antenatal Care as Practiced by Yoruba Traditional Healers/Midwives of Nigeria", *East African Medical Journal*, vol. 57, núm. 9.

- (1981), "Yoruba Traditional Healers' Knowledge of Contraception, Abortion and Infertility", *East African Medical Journal*, vol. 58, núm. 10.
- Pamplona, F. *et al.* (1993), "Marginación y desarrollo social en México", *Demos*, núm. 6.
- Parés Pombo, M. D. (1990), *Crisis e identidades colectivas en América Latina*, México, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Parker, R. y R. M. Barbosa (ed.) (1996), *Sexualidades Brasileiras, Relume Dumara*, Río de Janeiro, ABIA, IMS-UERI.
- Patai, D. (1991), "US Academics and Third World Women: Is Ethical Research Possible?", en S. Gluck y D. Patai (ed.), *Women's Words: The Feminist Practice of Oral History*, Nueva York y Londres, Routledge.
- Pateman, C. (1988), *The Sexual Contract*, Stanford University Press, California, Stanford.
- Paxman, J. M. *et al.* (1993), "The Clandestine Epidemic: The Practice of Unsafe Abortion in Latin America", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 4.
- Pearce, T. O. (1995), "Women's Reproductive Practices and Biomedicine: Cultural Conflicts and Transformations in Nigeria", en F. Ginsburg y R. Rapp (ed.), *Conceiving the New World Order*, Berkeley, University of California Press.
- Pérez, A. (1995), *Family Planning Survey*, Manila, Departamento de Salud.
- Pessar, P. (1990), "Dominican International Migration: The Role of Households and Social Networks", en R. W. Palmer (ed.), *In Search of a Better Life: Perspectives on Migration from the Caribbean*, Nueva York, Praeger.
- Petchesky R. P. (1981), "Reproductive Choice in the Contemporary United States: A Social Analysis of Female Sterilization", en K. Michaelson (ed.), *And the Poor Get Children*, Nueva York, Monthly Review Press.
- (1987), "Fetal Images: The Power of Visual Culture in the Politics of Reproduction", en M. Stanworth (ed.), *Reproductive Technologies*, Cambridge y Mineápolis, Polity Press and the University of Minnesota.
- (1990), *Abortion and Woman's Choice: The State, Sexuality and Reproductive Freedom*, 2ª ed. (revisada), Boston, Northeastern University Press.
- (1995a), "From Population Control to Reproductive Rights: Feminist Fault Lines", *Reproductive Health Matters*, núm. 6, noviembre.
- (1995b), "The Body as Property: A Feminist Re-Vision", en F. Ginsburg y R. Rapp (ed.), *Conceiving the New World Order*, Berkeley, University of California Press.
- (1997), "Spiralling Discourses of Reproductive Rights", en J. Tronto, K. Jones y K. Cohen (ed.), *Women Transforming Politics*, Nueva York, New York University Press.
- (1998), "Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping an International Practice", en R. G. Parker, R. M. Barbosa y P. Aggleton (ed.), *Framing the Sexual Subject*.
- y J. M. Weiner (1990), *Global Feminist Perspectives on Women's Reproductive Rights and Reproductive Health*, Nueva York, Proyecto de Educación en Derechos Humanos, Colegio Hunter.

- Peters, J. y A. Wolper (ed.) (1995), *Women's Rights, Human Rights: International Feminist Perspectives*, Nueva York y Londres, Routledge.
- Philippines DECS (Department of Education, Culture and Sports) (1995), *Research and Statistics*, Manila, DECS.
- Philippines DOH (Department of Health) (1991), *Philippines Health Statistics*, Manila, DOH.
- Philippines NSO (National Statistics Office) (1989), *Functional Literacy Education and Mass Media Survey*, Manila, NSO.
- (1991), *Survey of Overseas Workers*, Manila, NSO.
- (1992), *Labor Force Survey 1991*, Manila, NSO.
- (1994a), *National Demographic Survey 1993*, Manila, NSO.
- (1994b), *National Safe Motherhood Survey 1993*, Manila, NSO.
- Pitanguy, J. (1994), "Feminist Politics and Reproductive Rights: The Case of Brazil", en G. Sen y R. C. Snow (ed.), *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Boston, Harvard School of Public Health.
- y R. Petchesky (1993), "Women and Population: A Feminist Perspective", *Conscience*, vol. XIV, núm. 3, otoño, Washington, DC, Catholics for a Free Choice.
- PMMN (Prevention of Maternal Mortality Network) (1992), "Barriers to Treatment of Obstetric Emergencies in Rural Communities of West Africa", *Studies in Family Planning*, vol. 23, núm. 5, septiembre-octubre.
- POPCOM (National Commission on Population) (1994), *The Philippines: Country Report on Population*, preparado para la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, POPCOM, septiembre.
- Population Council (1993), "Prevention of Morbidity and Mortality from Unsafe Abortion in Nigeria", reporte de la reunión llevada a cabo en 1991 por el Programa de Temáticas Críticas en Salud Reproductiva y Población, Nueva York, Population Council.
- Population Reference Bureau (1996), *Country Profile: Philippines*, Washington, DC, PRB.
- Portella, A. P. (1993), *Relatório de Pesquisa: Perfil da trabalhadora Doméstica no Brasil*, Recife, Sindicato das Domésticas-SOS CORPO.
- Quarles, B. (1989), *The Negro in the Civil War*, Nueva York, DaCapo.
- Quintas, F. (1987), *Sexo e Marginalidade: Um Estudo sobre a Sexualidade Feminina em Camadas de Baixa Renda*, Petrópolis, Ed. Vozes.
- Rashidah A. (1993), "Changing Population Policies and Women's Lives in Malaysia", *Reproductive Health Matters*, núm. 1, mayo.
- (1996), "The Women's Movement in Malaysia", comunicación no publicada.
- y Arrow (1995), "Challenges After Cairo", *Arrows for Change*, vol. 1, núm. 1, abril.
- , R. Raj-Hashim y G. Schmitt (1995), *Battered Women in Malaysia: Prevalence, Problems and Public Attitudes*, Summary Report of Women's Aid Organisation, Kuala Lumpur, Malaysia's National Research on Domestic Violence.

- Ravindran, T. K. S. (1993), "The Politics of Women, Population and Development in India", *Reproductive Health Matters*, núm. 1, mayo.
- (1996), "Factors Contributing to Fertility Transition in Tamil Nadu: A Qualitative Investigation", ms preparado para UNDP, Proyecto de Estrategias y Financiamiento para el Desarrollo de Recursos Humanos.
- Renne, E. (1993), "Gender Ideology and Fertility Strategies in an Ekiti Yoruba Village", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 6, noviembre-diciembre.
- (1995), "Houses, Fertility, and the Nigerian Land Use Act", *Population and Development Review*, vol. 21, núm. 1, marzo.
- Reproductive Health Matters (1993-1997), núm. 1-10, Londres.
- RHM-WHO (Reproductive Health Matters for the World Health Organization) (1997), *Beyond Acceptability: Users' Perspectives on Contraception*, Londres, Reproductive Health Matters.
- Ribeiro, L. (1994), "Anticoncepção e Comunidades Eclesiais de Base", en A. O. Costa y T. Amado (ed.), *Alternativas Escassas: Saúde, Sexualidade e Reprodução na América Latina*, São Paulo, Fundação Carlos Chagas.
- Richburg, K. (1995), "The Philippine Economy: Can Success Be Trusted?", *Washington Post*, 17 de octubre de 1995.
- Rivas, M. y A. Amuchástegui (1996), *Voces e historias sobre el aborto*, México, Population Council-Edamex.
- Rodrique, J. M. (1990), "The Black Community and the Birth Control Movement", en E. C. DuBois y V. L. Ruiz (ed.), *Unequal Sisters*, Nueva York, Routledge.
- Rollins, J. (1985), *Between Women: Domestic and Their Employers*, Filadelfia, Temple University Press.
- Romany, C. (1994), "State Responsibility Goes Private: A Feminist Critique of the Public/Private Distinction in International Human Rights Law", en R. J. Cook (ed.), *Human Rights of Women*, Filadelfia, University of Pennsylvania Press.
- Rosaldo, R. (1991), "Cultura y verdad", *Nueva propuesta de análisis social*, México, CNCA-Grijalbo (Los Noventa, 77).
- Ross, J. A., W. P. Mauldin y V. C. Miller (1993), *Family Planning and Population: A Compendium of International Statistics*, Nueva York, UNFPA-Population Council.
- Ross, L. J. (1996), "African American Women and Abortion: 1800-1970", en S. M. James y A. T. A. Busia (ed.), *Theorizing Black Feminisms: The Visionary Pragmatism of Black Women*, Nueva York, Routledge.
- Roziah, Omar (1994), *The Malay Woman in the Body: Between Biology and Culture*, Kuala Lumpur, Penerbit Fajar Bakti.
- Ruddick, S. (1989), *Maternal Thinking: Toward a Politics of Peace*, Nueva York, Ballantina.
- Rudie, I. (1994), *Visible Women in East Coast Malay Society: On the Reproduction of Gender in Ceremonial, School and Market*, Oslo, Scandinavian University Press.

- Safa, H. y F. C. Butler (1992), "Production, Reproduction and the Polity: Women's Strategic and Practical Gender Issues", en Alfred Stepan (ed.), *Americas: New Interpretative Essays*, Nueva York y Oxford, Oxford University Press.
- Sagrario Floro, M. (1994), "The Dynamics of Economic Change and Gender Roles: Export Cropping in the Philippines", en P. Sparr (ed.), *Mortgaging Women's Lives: Feminist Critiques of Structural Adjustment*, Londres, Zed Books.
- Sanday, P. R. (1981), *Female Power and Male Dominance: On the Origins of Sexual Inequality*, Cambridge, Londres, Cambridge University Press.
- Scheper-Hughes, N. (1992), *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*, Berkeley, University of California Press.
- Schuler, M. A. (ed.) (1995), *From Basic Needs to Basic Rights: Women's Claim to Human Rights*, Washington, DC, Women, Law and Development International.
- Scott, J. (1990), *Domination and the Arts of Resistance*, New Haven, CT, Yale University Press.
- Secretaría de Salud (1994), *Mortalidad 1993*, México, Secretaría de Planeación, Dirección de Estadística e Informática.
- Seif El Dawla, A. (1996), *Personal communication regarding observations in the psychiatric clinic in Ain Shams University Hospital*, El Cairo.
- Sen, A. (1981), *Poverty and Famines*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- (1984), *Resources, Values and Development*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Sen, G. (1997), *Women and the New World Economy: Feminist Perspectives on Alternativa Economic Frameworks*, Londres, Zed Books.
- y R. C. Snow (ed.) (1994), *Power and Decision: The Social Control of Reproduction*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- , A. Germain y L. C. Chen (ed.) (1994), *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Shapiro, Thomas M. (1985), *Population Control Politics: Women, Sterilization and Reproductive Choice*, Filadelfia, Temple University Press.
- SIDA, ETS (1995), *Boletín*, vol. 1, núm. 3, México, Conasida y Secretaría de Salud.
- (1996), *Boletín*, vol. II, núm. 1, México, Conasida y Secretaría de Salud.
- Singh, S. y G. Sedgh (1997), "The Relationship of Abortion to Trends in Contraception and Fertility in Brazil, Colombia and Mexico", *International Family Planning Perspectives*, vol. 23, núm. 1, marzo.
- et al. (1997), "Estimating the Level of Abortion in the Phillipines and Bangladesh", *International Family Planning Perspectives*, vol. 23, núm. 3.
- Soares, V. et al. (1996), "Brazilian Feminism and Women's Movement: a Two-Way Street", en A. Basu (ed.), *Women's Movement in Global Perspective: The Challenge of Local Feminisms*, Boulder-San Francisco-Oxford, Westview Press.

- Souza, J. (1980), "Paid Domestic Service in Brazil", *Latin America Perspectives*, núm. 7.
- Sparr, P. (ed.) (1994), *Mortgaging Women's Lives: Feminist Critiques of Structural Adjustment*, Londres, Zed Books.
- Srinivas, K. R. y K. Kanakamala (1992), "Introducing Norplant: Politics of Coercion", *Economic and Political Weekly*, 18 de julio.
- Stepan, A. (ed.) (1989), *Democratizing Brazil: Problems of Transition and Consolidation*, Oxford-Nueva York, Oxford University Press.
- Stephen, L. (1995), "Women's Rights Are Human Rights: The Merging of Feminine and Feminist Interests Among El Salvador's Mothers of the Disappeared", *American Ethnologist*, vol. 22.
- Sternbach, N. S. et al. (1992), "Feminisms in Latin America: From Bogota to San Bernardo", *Signs*, vol. 17, núm. 2, primavera.
- Suárez, E. (1992), "Desigualdades entre el varón y la mujer", *Demos*, núm. 5.
- Tahzib, F. (1983), "Epidemiological Determinants of Vesicovaginal Fistulas", *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, vol. 90.
- Tamibah, Y. (1995), "Sexuality and Human Rights", en M. Schuler (ed.), *From Basic Needs to Basic Rights*, Washington, DC, Women, Law and Development International.
- Tan, P. C. y S. T. Ng (1995), "Current and Emerging Family Patterns in Malaysia", documento presentado al Bengkel Maklumat Kependudukan: Ke Arah Perancangan, Taller de Información Poblacional: Población, Port Dickson, Pembangunan Berkesan, 15 a 17 de agosto.
- Tarrés, M. L. (ed.) (1992), *La voluntad de ser: mujeres en los noventa*, México, El Colegio de México.
- Tervalon, M. (1988), "Black Women's Reproductive Rights", en N. Worcester y M. H. Whatley (ed.), *Women's Health*, Iowa, Kendal Hunt Publishing.
- Tey, N. P. (1993), "Patterns of Contraceptive Use and Policy Implications", en *Report of the Malaysian Family Life Survey, 1988*, vol. II, Kuala Lumpur, National Population and Family Development Board, Malaysia and Rand Corporation.
- et al. (1994), *Contraceptive Choice in the Rural Areas of Peninsular Malaysia: Determinants and Change*, Kuala Lumpur, Faculty of Economics and Administration, Universidad de Malaya.
- Toubia, N. (1995), *Female Genital Mutilation: A Call for Global Action*, Nueva York, RAINBO (Research Action Information Network for Bodily Integrity of Women).
- Transparency International (1997), "Corruption Perception Index", Germany, Universidad de Goettingen, <http://www.transparency.de> julio.
- Trinh, T. M. (1990), "Not You/Like You: Post-Colonial Women and the Interlocking Questions of Identity and Difference", en G. Anzaldúa (ed.), *Making Face, Making soul/Haciendo Caras*, San Francisco, CA, Aunt Lute Foundation Books.
- Trottier, D. A. et al. (1994), "User Characteristics and Oral Contraceptive Compliance in Egypt", *Studies in Family Planning*, vol. 25, núm. 5.

- UN (United Nations) (1994), *Programme of Action of the International Conference on Population and Development*, Report of the International Conference on Population and Development, UN Doc A/Conf. 171/13, 18 de octubre.
- (1995a), Pekín, Declaración y Plataforma de Acción, adoptado el 15 de septiembre por La Cuarta Conferencia de la Mujer, reimpreso en: *Women's Studies Quarterly*, vol. XXIV, núm. 1-2, primavera-verano de 1996.
- (1995b), *The World's Women 1995: Trends and Statistics*, Nueva York, United Nations.
- UNDP (United Nations Development Programme) (1995), *Human Development Report 1995*, Oxford-Nueva York, Oxford University Press.
- (1997), *Human Development Report 1997*, Nueva York-Oxford, Oxford University Press.
- UNFPA (United Nations Population Fund) (s. f.), *Quality of Family Planning Services*, Nueva York, UNFPA (reporte de evaluación, 8).
- (1996), Programme Country Profile, Philippines, Nueva York, UNFPA.
- United States Women of Color Delegation to the International Conference on Population and Development (1994), "Statement on Poverty, Development, and Population Activities", Washington, DC, National Black Women's Health Project.
- Unuigbo, J. A. et al. (1988), "Abortion Related Morbidity and Mortality in Benin City, Nigeria: 1973-1985", *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, vol. 26.
- US Department of Commerce, Bureau of the Census (1991), *Current Population Reports*, Washington, DC, Series P-60.
- (1993), *Income, Poverty, and Valuation of Noncash Benefits*, Washington, DC.
- (1996), *Current Population Reports*, Washington, DC, Series P-60.
- US DOL (Department of Labor), Women's Bureau (1996), *20 Facts on Women Workers*, Washington, DC, septiembre de 1996.
- US State Department, Bureau of Public Affairs (1994), *Background Notes: Philippines*, Washington, DC, diciembre de 1994.
- (1995), *Background Notes: Philippines*, Washington, DC, diciembre de 1995.
- Ventura, S. et al. (1997), "Births and Deaths: United States, 1996", *Monthly Vital Statistics Report*, vol. 46, núm. 1, Suplemento 2, Hyattsville, MD, Servicio de Salud Pública.
- Victoria, C. (1995), "As Imagens do Corpo: Representações do Aparelho Reprodutor Feminino e Reapropriações dos Modelos Médicos", en O. F. Leal (ed.), *Corpo e Significado: Ensaios de Antropologia Social*, Porto Alegre, Editora da Universidade-UFRGS.
- Vieira, E. M. y N. J. Ford (1996), "Regret After Female Sterilization Among Low-income Women in Sao Paulo, Brazil", *International Family Planning Perspectives*, vol. 22, núm. 1, marzo.
- (1984), "Matrimonio y sexualidad en los confesionarios en lenguas indígenas", *Revista Cuicuilco*, núm. 12.

- Ward, M. C. (1986), *Poor Women, Powerful Men: America's Great Experiment in Family Planning*, Boulder, CO, Westview Press.
- Wasserheit, J. N. y K. K. Holmes (1992), "Reproductive Tract Infections: Challenges for International Health Policy, Programs and Research", en A. Germain *et al.* (ed.), *Reproductive Tract Infections: Global Impact and Priorities for Women's Reproductive Health*, Nueva York y Londres, Plenum.
- Wazir-Jahan, K. (1992), *Women and Culture: Between Malay Adat and Islam*, Boulder, Colorado, Westview Press.
- Westhoff, C. F. (1994), "Abortion Training in Residency Programs", *Journal of the American Medical Women's Association*, vol. 49, núm. 5, septiembre-octubre.
- *et al.* (1994), *Marriage and Entry into Parenthood*, Calverton, MD, Demographic and Health Surveys, Estudios Comparativos, núm. 10, Macro International.
- WGNRR (Women's Global Network for Reproductive Rights) (1980-1997), *Boletín*, núm. 33-56, Amsterdam.
- (1993), "Population and Development Policies: Report on the International Conference Reinforcing Reproductive Rights", *Boletín*, núm. 43, abril-junio, Amsterdam.
- WHO (World Health Organization) (1995), *Women's Health Profile: Philippines*, Manila, Regional Office for the Western Pacific, WHO (Woman's Health Series, 7).
- (1997), *Health Alert*, vol. XI, 1 a 15 de abril.
- y UNICEF (United Nations Children's Fund) (1996), *Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality* (abril), Génova, WHO.
- Williams, P. J. (1991), *The Alchemy of Race and Rights*, Cambridge, MA, Harvard University Press.
- Women Against Fundamentalism (1995), *WAF Journal*, núm. 7, noviembre.
- WIN (Women in Nigeria) (1991), "Maternal Health Project", hallazgos no publicados del grupo de discusión en Zaria, Nigeria.
- World Bank (1995), *World Development Report 1995*, Oxford-Nueva York, Oxford University Press.
- (1997), "Women in Agriculture Project, Nigeria", *The World Bank*, <http://www.worldbank.org/html/edi/sourcebook/sbxw0701.htm>.
- Younis, N. *et al.* (1993), "A Community Study of Gynaecological and Related Morbidities in rural Egypt", *Studies in Family Planning*, vol. 24, núm. 3, mayo-junio.
- Yuval-Davis, N. (1997), *Gender and Nation*, Londres, Sage Publications.
- y F. Anthias (ed.) (1989), *Woman-Nation-State*, Londres, MacMillan.
- Zaalouk, M. (1985), "The Impact of Male Labour Migration on the Structure of the Family and the Women Left Behind in the City of Cairo", documento presentado en la First International Conference on Araba and African Women, El Cairo, 25 a 28 de febrero.
- Zeidenstein, S. y K. Moore (ed.) (1996), *Learning About Sexuality: A Practical Beginning*, Nueva York, Population Council.

- Zulficar, M. (1994), *Women in Development: A Legal Study*, Amman, Jordan, UNICEF.
- (1995), *The Egyptian NGO Plataform Document to the Fourth World Women's Conference in Beijing*, El Cairo, National Committee for Population and Development.

ÍNDICE ANALÍTICO

- Abacha, general: 303
 Abacha, señora Mariam: 315
 ABC Paulista: 102
 Abdullah, Hussaina: 314, 315
 aborto: 23, 27, 28, 29, 30, 31, 35,
 36, 37, 41, 43, 45, 48, 54, 58,
 61, 68, 92, 93, 94, 95, 97, 124,
 126, 127, 128, 129, 130, 133,
 134, 136, 138, 151, 158, 161,
 185, 186, 188, 189, 192, 194,
 210, 213, 237, 240, 244, 245,
 246, 247, 249, 250, 265, 266,
 267, 269, 270, 283, 291, 309,
 310, 311, 342, 346, 347, 348,
 349, 350, 351, 352, 353, 368,
 369, 371, 372, 373, 375, 402,
 404, 418, 430, 431, 431, 433,
 441, 455, 457, 458, 464, 471,
 473, 476, 477, 478, 479, 481,
 483, 484, 485, 496, 498, 499,
 500, 501, 505, 508
 abuso de drogas: 427, 435, 436,
 438, 449, 456
 abuso infantil: 224, 449
 abuso sexual: 51, 65, 138, 174,
 194, 208, 231, 233, 248, 266,
 271-272, 286, 289, 297, 333,
 365, 449
 África: 42, 43, 303, 308, 421, 503;
 religiones tradicionales: 302,
 306, 309, 310, 327, 335
 Agencia para el Desarrollo
 Internacional de Estados
 Unidos (USAID): 35, 156, 268,
 505
 agencias donantes: 73-74, 156,
 268, 502, 505, 507, 508
 Al-Azhar: 149
 Alabama: 419
 alfabetización: 147, 257, 264, 305,
 310, 314, 318, 365, 366, 414,
 425, 435, 441, 496
 Alianza Dominicana: 415, 417,
 442, 444, 446, 448, 452, 457,
 467-468
 Alianza para la Salud de las
 Mujeres: 374
 Alternativas de Desarrollo para
 las Mujeres en una Nueva Era
 (DAWN): 44, 45, 72
 amamantar: 88, 98, 122, 152, 186,
 342, 345, 350, 484
 Angono: 357
 anticoncepción: 16, 18, 23, 30, 37,
 41, 43, 44, 54, 71, 80, 97, 126,
 127, 132, 133, 138, 157, 185,
 187, 188, 192, 194, 208, 209,
 210, 213, 233, 238, 240, 241,
 242, 243, 246, 247, 249, 252,
 255, 268, 269, 274, 278, 279,
 281, 282, 286, 290, 291, 306,
 309, 310, 319, 326, 327, 344,
 345, 346, 347, 350, 353, 370,
 371, 400, 403, 404, 405, 430,
 464, 475, 478, 479, 481, 483,
 485, 486, 495, 498, 500, 506;
 análisis comparativo, Brasil:
 18, 92, 93, 97, 126, 127, 132,
 133, 138; Egipto: 156, 157,
 185, 187, 188, 194; Estados
 Unidos: 430, 433, 450, 454,
 455, 456, 458, 464, 465;
 Filipinas: 30, 370, 371, 400,
 403, 404, 405; Malasia: 208,
 210, 233, 237, 238, 240, 241,
 242, 243, 246, 247; México:

- 252, 255, 278, 279, 280, 281,
287, 290, 291; Nigeria: 306,
309, 310, 319, 326, 327, 344,
345, 346, 347, 351, 353
- Apalaches: 414, 417
- Aquino, Corazón: 361, 362, 372,
373
- Aquino, senador Benigno: 372
- Arena Blanco: 357
- Aristóteles: 47
- Asia, sudeste: 15, 21, 22, 42, 74,
369, 370, 374, 421, 503
- Asociación Nacional de Mujeres
de Nigeria (COWAN):
- Asuntos de Salud Reproductiva
(*Reproductive Health Matters*): 51
- Atlanta: 419, 438, 455, 457
- Augusta: 455
- Ayuda a Familias con Niños
Dependientes: 60, 426
- Babangida, régimen: 312
- Babangida, señora Maryam: 314,
315
- Bagbag: 357, 376, 379, 384, 385,
386, 389, 390, 391, 394, 398,
404, 405
- Banco Mundial: 144, 156, 304
- Bangladesh: 22, 43
- Batangas: 357
- Benin: 318, 325, 331
- bidan kampung: 216, 242, 245
- bienestar social: 45, 46, 49, 127,
143, 152, 157, 190, 209, 221,
303, 304, 414
- Biluacao: 357
- Boulaq: 159, 169, 172, 180, 185,
196, 490
- Brasil, noreste, sudeste: 17-19, 62,
68, 80, 82, 86, 87, 94, 95, 102,
114, 126, 127, 128, 129, 130,
131, 260, 470, 471, 472, 473,
474, 475, 476, 487, 488, 490
- budismo: 47, 200
- burocracia: 234, 253, 262, 314,
322, 361
- Calabarzon: 357
- Calapi: 357
- California: 431
- Campaña Internacional
sobre Aborto, Esterilización
y Anticoncepción (ICASC): 42
- Canadá: 42, 60, 262, 266
- capacitación: 19, 41, 156, 157,
161, 181, 310, 312, 314, 322,
362, 376, 379, 414, 429, 442,
443, 507
- capitalismo: 34, 46, 60, 83, 87, 91,
200, 262, 425
- Caribe: 42, 415, 421, 503
- Carolina del Norte: 419, 438
- Carolina del Sur: 415, 419, 437,
445
- Carta Africana de los Derechos
Humanos y de los Pueblos
(*African Charter on Human
and Peoples' Rights*): 56
- Catbalogan: 377, 378, 379
- Católicas por el Derecho a
Decidir: 47, 506
- Centro de Desarrollo de las
Mujeres Dominicanas: 415, 422
- Centro de Investigaciones para la
Nueva Mujer: 178
- Centro de Recursos e
Investigación para la Mujer de
Asia y del Pacífico: 213
- Centro de Recursos e
Investigaciones de Mujeres
(WRRC): 373
- Centro Internacional para la
Investigación sobre la Mujer:
51
- Centroamérica: 266, 421, 422, 503
- chinos: 21, 37, 199, 200, 209, 210,
213, 214, 217, 218, 225, 226,
227, 230, 231, 232, 233, 235,
236, 237, 238, 241, 245, 246,
247, 248, 360, 487; religiones
tradicionales: 200, 204
- Círculo de Mujeres y los Medios
de Comunicación (WCM): 374
- City University of New York: 442

- ciudad de México: 42, 253, 256, 257, 258, 260, 271, 272, 275, 277, 280, 282, 283, 285, 288, 289, 290, 291, 292, 295, 497
- ciudad de Nueva York: 414, 415, 420, 421, 422, 423, 425, 426, 428, 429, 431, 435, 445, 454, 463, 464, 470, 483, 491, 492, 494
- ciudad de Quezon: 357
- ciudad de Zamboanga: 357
- clase: 40, 46, 63, 72, 73, 82, 87, 90, 94, 100, 102, 105, 111, 127, 135, 139, 168, 172, 208, 228, 261, 302, 306, 312, 362, 372, 414, 418, 497, 503
- Coalición Nacional de Mujeres: 207
- colonialismo: 200, 205, 206, 214, 267, 268, 302, 360
- Comité de Mujeres Dominicanas: 422, 445
- Comité Nacional sobre Mujeres y Desarrollo (NCWD): 314
- Comité por los Derechos en pro del Aborto y en Contra de los Abusos de Esterilización: 42, 430
- comunidad: 46, 49, 50, 52, 53, 61, 62, 64, 65, 67, 68, 69, 70, 75, 77, 80, 96, 99, 101, 102, 111, 123, 137, 147, 156, 159, 160, 162, 163, 166, 168, 169, 172, 180, 182, 188, 190, 191, 193, 195, 196, 203, 204, 213, 214, 216, 217, 222, 223, 224, 229, 233, 237, 238, 245, 247, 249, 251, 252, 253, 254, 256, 260, 271, 273, 274, 275, 277, 279, 291, 295, 297, 306, 316, 318, 319, 320, 322, 330, 336, 342, 344, 345, 356, 357, 359, 364, 365, 380, 386, 395, 397, 400, 401, 403, 405, 406, 408, 409, 414, 416, 417, 418, 420, 421, 422, 423, 425, 432, 433, 435, 438, 441, 443, 447, 449, 450, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 469, 475, 477, 482, 485, 488, 489, 501, 503
- Comunidad de Desarrollo Integral Copilco (CODIC): 256, 275
- Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos (1993): 43
- Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), El Cairo: 15, 36, 44, 56, 149, 270, 313, 316, 375, 505, 507, 508; *programa de acción*: 36, 146, 270, 313, 505
- Consejo Nacional de Organizaciones de Mujeres (NCWS): 206,
- consumismo: 91, 209
- control de la natalidad: 30, 42, 48, 58, 77, 80, 91, 92, 128, 131, 136, 139, 146, 180, 187, 196, 209, 213, 234, 243, 252, 268, 278, 281, 284, 289, 309, 310, 313, 352, 353, 400, 404, 406, 417, 433, 434, 466, 468, 477, 483, 489; véase también anticoncepción, planificación familiar
- control de población: 41, 48, 156, 209, 268, 369-370, 434, 435
- Convención Americana de Derechos Humanos: 56
- Convención Interamericana sobre los Derechos Políticos de las Mujeres (1948): 90
- Convención para Eliminar todas las Formas de Discriminación hacia las Mujeres (CEDAW): 21, 56, 90, 149, 270, 307, 313
- Convención sobre los Derechos Políticos de las Mujeres (1952): 90
- Cooperativa Económica de Asia y del Pacífico: 375

- coptas: 141, 142, 152, 161, 166
 Corea del Sur: 362
 corrupción: 31, 32, 56, 57, 253, 303, 354, 361, 470
 crecimiento económico: 21, 22, 26, 36, 44, 88, 199, 209, 249, 304
 crecimiento poblacional: 23, 31, 41, 370
 cristianismo: 34, 45, 46, 141, 148, 166, 167, 169, 200, 204, 302, 308, 310, 319, 320, 335, 336, 339, 344, 348, 444, 484, 491
 Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Plataforma de Acción (FWCW): 44, 45, 56, 90, 178, 270
 Cuba: 242
 cuidado de la salud básica: 98, 102, 155, 157, 180, 182, 186, 187, 194, 209, 216, 245, 265, 271, 342, 348, 350, 370, 430, 504
 cuidado de niños: 64, 80, 91, 98, 107, 111, 123, 125, 136, 137, 182, 219, 222, 239, 240, 241, 248, 250, 250, 260, 272, 274, 279, 366, 378, 388, 389, 390, 393, 394, 404, 479, 487
 cultura: 64, 66, 69, 72, 81, 469, 473, 474, 480, 504, 505, 507; análisis comparativo, Brasil: 91, 105, 106, 107, 119, 138; Egipto: 141, 142, 147, 152, 153, 154, 159, 186, 195, 197; Estados Unidos: 415, 416, 418, 421, 422, 458, 462, 463, 464, 466; Filipinas: 360, 373, 378, 387; Malasia: 199, 202, 203, 204, 205, 228, 235, 238, 243, 246; México: 252, 267, 268, 291; Nigeria: 302, 303, 308, 310, 312, 325, 336, 348, 352, 353
 custodia infantil: 150, 205, 337, 338, 339
 Cytotec: 95, 134
 Década para la Mujeres de Naciones Unidas (1975-1985): 254, 314
 Declaración de Viena y Programa de Acción (1993): 43, 56, 90
 Declaración Universal de Derechos Humanos: 55, 90
 Delta: 141, 159, 169, 170, 172, 178, 180, 181
 democracia: 24, 31, 48, 90, 95, 97, 148, 253, 255, 261, 262, 298, 300, 302, 303, 314, 354, 360, 361, 471, 507
 Departamentos KL: 213, 214, 215, 217, 220, 236
 Depo Provera: 456, 457, 468
 derechos de las lesbianas: 43, 50-51, 374, 375, 429, 461
 derechos gay: 43, 429
 derechos humanos: 29, 40, 42, 44, 45, 46, 48, 49, 55, 56, 57, 58, 59, 82, 85, 86, 90, 95, 105, 107, 108, 124, 135-136, 137, 142, 143, 147, 148, 149, 150, 154, 160, 180, 193, 197, 202, 205, 213, 237, 248, 251, 252, 254, 255, 271, 275, 281, 294, 296, 297, 314, 323, 339, 356, 372, 373, 416, 420, 440, 462, 464, 504, 507
 desempleo: 26, 60, 88, 144, 195, 228, 263, 264, 365, 378, 425
 deuda: 30, 46, 88, 263, 361, 362, 375
 divorcio: 20, 118, 120, 125, 127, 150, 151, 169, 171, 173, 174, 175, 176, 179, 184, 188, 191, 194, 196, 205, 206, 207, 213, 224, 227, 231, 232, 233, 234, 235, 248, 268, 307, 328, 329, 332, 333, 336, 337, 338, 339, 340, 342, 358, 367, 372, 385, 395, 405, 431, 449, 450, 473, 474, 477, 484, 494
 dote: 307, 333, 339
 Dublin, Estados Unidos: 457
 economías de mercado: 201
 educación: 56, 63, 72, 82, 477, 481, 487, 489, 504, 507;

- análisis comparativo, Brasil: 87, 88, 91, 111, 115, 114, 115, 136, 139, 164; Egipto: 143, 144, 146, 147, 154, 161, 163, 164, 165, 170, 172, 180, 181, 182, 188, 191, 192, 195, 197; Estados Unidos: 36, 416, 417, 419, 421, 423, 424, 425, 428, 429, 430, 432, 434, 436, 437, 438, 439, 440-441, 442, 445, 448, 452, 454, 456, 458, 463, 464, 467; Filipinas: 360, 363, 364, 365, 366, 371, 373, 374, 376, 380, 384, 386, 391, 398; Malasia: 22, 202, 204, 206, 209, 211, 212, 213, 214, 218, 219, 220, 222, 223, 224, 225, 226, 228, 229, 230, 236, 239, 247, 248, 249, 250; México: 254, 257, 264, 269, 274, 275, 278, 279, 286, 292, 294, 295, 297, 299; Nigeria: 304, 305, 309, 311, 319, 321, 322, 327, 332, 344, 345, 346, 349, 353
- educación sexual: 21, 33, 36, 46, 56, 115, 136, 139, 165, 166, 188, 208, 209, 211, 286, 324, 423, 454, 458, 460
- Egipto: 19-21, 50, 62, 74, 80, 141, 142, 144, 145, 148, 149, 153, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 165, 167, 170, 171, 172, 178, 182, 185, 186, 187, 190, 193, 194, 196, 310, 470, 471, 472, 473, 475, 477, 478, 479, 486, 487, 488
- El trabajo de nuestras manos: 325, 331, 337
- embarazo: 56, 62, 65, 67, 471, 475, 476, 479, 500; análisis comparativo, Brasil: 68, 93, 94, 95, 97, 110, 116, 117, 120, 121, 124, 126, 127, 128, 130, 131, 133, 134, 138; Egipto: 146, 151, 158, 163, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 191, 194; Estados Unidos: 418, 431, 432, 437, 438, 441, 446, 451, 455, 456, 457, 458, 459, 462, 464, 466, 468; Filipinas: 364-365, 368, 369, 370, 371, 386, 387, 388, 392, 394, 397, 400, 401, 402, 403, 404; Malasia: 210, 233, 235, 236, 237, 238, 241, 242, 243, 244, 245, 246; México: 27, 28, 265, 266, 272, 278, 279, 280, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 290, 291, 294; Nigeria: 310, 311, 312, 320, 324, 325, 326, 327, 339, 340, 342, 343, 345, 347, 348, 349, 350, 352
- esclavismo: 66, 88, 109, 415, 419, 433, 443, 481
- esclavitud sexual: 56, 308
- España: 360
- esposismo (*wifeism*): 314, 315
- Estado: 21, 23, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 44, 46, 47, 52, 57, 58, 59, 60, 85, 91, 92, 93, 96, 144, 146, 148, 155, 156, 200, 204, 212, 214, 221, 241, 250, 253, 261, 262, 264, 266, 268, 269, 270, 283, 294, 302, 313, 314, 315, 316, 362, 373, 397, 403, 409, 414, 456, 466, 490, 500, 508
- estado Cross River: 32, 317
- Estado de bienestar: 59, 60, 143, 361
- estado de Kaduna: 317
- estado de Nueva York: 427
- estado de Selangor: 216
- estado de Sungei Linggi: 213, 216
- estado Edo: 317
- estado Kelantan: 215, 229
- Estados Unidos, sur: 15, 26, 33, 34, 43, 62, 74, 80, 257, 262, 264, 360, 362, 413, 414, 415, 416, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 429, 431, 432, 433, 434, 437, 440, 442, 443, 450, 456, 458, 465, 466, 470, 472, 473, 474, 487, 488, 489, 490

- esterilización: 54, 62, 93, 94, 102, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 137, 139, 241, 242, 249, 277, 281, 282, 283, 284, 290, 291, 293, 294, 310, 311, 348, 401, 430, 433, 434, 455, 456, 461, 465, 466, 468, 477, 478, 497, 498
- etnicidad: 40, 73, 87, 90, 199, 200, 204, 206, 208, 209, 213, 218, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 234, 236, 237, 239, 240, 243, 247, 256, 302, 303, 307, 308, 312, 317, 318, 323, 327, 332, 334, 342, 349, 446, 458, 462, 469, 497, 500, 506, 507
- Europa: 42, 54, 60, 64, 66, 74, 421, 503
- familia: 55, 63, 65, 67, 71, 475, 477, 479, 480, 482, 484, 485, 486, 504, 506; análisis comparativo, Brasil: 89, 91, 103, 106, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 119, 121, 123, 125, 126, 138, 476; Egipto: 143, 144, 146, 152, 153, 154, 162, 163, 164, 169, 170, 171, 172, 175, 176, 177, 179, 181, 183, 184, 185, 189, 190, 191, 193, 194, 196; Estados Unidos: 35, 414, 416, 417, 418, 421, 422, 423, 426, 431, 437, 438, 439, 440, 443, 444, 447, 448, 451, 454, 456, 459, 462, 463, 464, 465, 466; Filipinas: 30, 358, 363, 364, 366, 367, 370, 376, 377, 385, 386, 387, 388, 390, 391, 392, 394, 395, 396, 399, 405, 407, 409; Malasia: 23, 199, 200, 202, 204, 205, 207, 209, 216, 217, 218, 220, 222, 223, 227, 229, 230, 233, 234, 235, 236, 239, 241, 243, 248; México: 251, 253, 260, 264, 265, 268, 272, 274, 275, 276, 277, 279, 283, 286, 291, 293, 294, 296, 297, 298; Nigeria: 33, 306, 308, 310, 313, 320, 321, 322, 325, 326, 332, 333, 337, 339, 341, 344, 349, 351
- fatalismo: 70, 191, 196, 409, 485
- favelas*: 88, 96
- feminismo: 41, 46, 58, 66, 74, 96, 97, 118, 122, 133, 136, 148, 149, 197, 206, 207, 208, 250, 266, 269, 270, 295, 314, 315, 316, 328, 356, 372, 373, 374, 375, 410, 415, 418, 428, 430, 431, 433, 469, 470, 499, 502, 504, 506; y aborto: 48, 54, 97, 124, 151, 266; y estrategias de negociación: 21, 30, 39, 40, 51, 52, 53, 59, 67, 69, 70, 71, 83, 86, 95, 108, 112, 128, 138, 143, 160, 168, 179, 180, 183, 186, 190, 191, 192, 193, 196, 228, 231, 232, 236, 240, 247, 248, 251, 252, 261, 267, 271, 275, 276, 288, 289, 290, 291, 292, 295, 297, 350, 351, 355, 356, 358, 359, 389, 390, 397, 405, 406, 408, 410, 433, 464, 466, 470, 477, 486, 497, 499, 500, 501, 506, 508; activismo negro: 43, 44, 98, 105, 119, 422; en Brasil: 40, 86, 92, 96, 97, 98, 99, 117, 116, 118, 119, 122, 124, 136; egipcio: 148, 149, 151, 160, 197; ética: 45, 48, 64, 71, 72, 81, 82, 97, 129, 139, 187; y fundamentalismo: 45, 46, 148, 149, 203, 204, 206, 212, 431, 470, 504; y mujeres comunes: 49, 71, 97, 405, 407, 408, 409; mujeres de base: 91, 97, 103, 160, 256, 505; y movimiento de salud: 40, 41, 42, 43, 44, 54, 55, 74, 86, 91, 93, 95, 97, 102, 107, 111, 117, 118, 121, 125, 136, 138, 139, 149, 275, 314, 355, 372, 373, 416, 431, 433, 449, 455, 457,

- 459, 461, 463, 466, 467, 470, 475, 476, 481, 488, 501;
 impacto en la vida
 de las mujeres: 46, 54, 135, 136, 471; y movimiento
 sindical: 78, 86, 103, 108, 109, 110, 111, 118, 122, 123, 124, 149, 256, 288, 429; lésbico: 50-51, 374, 375, 461, 466, 493; y dualismo lockiano: 66; en Malasia: 206, 207, 208, 250; y matrimonio: 58, 111, 119, 122, 127, 151, 153, 165, 185, 190, 192, 194, 195, 196, 235, 250, 286, 289, 310, 322, 328;
 marxistas feministas: 54; clase media: 122, 144, 159, 195, 206, 254, 305, 365, 367, 378, 400, 416, 503; organizaciones: 19, 75, 80, 81, 96, 98, 103, 108, 137, 206, 207, 208, 297, 314, 356, 375, 391, 407, 422, 428, 488, 489, 490, 504, 507;
 investigación participativa: 40, 47, 49, 50, 51, 53, 73, 74, 111, 142; en el movimiento: 40, 41, 43, 48, 49, 50, 54, 63, 74, 81, 93, 95, 96, 97, 99, 107, 108, 109, 110, 111, 118, 121, 125, 136, 138, 139, 149, 161, 206, 207, 250, 252, 253, 254, 255, 262, 275, 294, 297, 298, 314, 316, 372, 373, 410, 416, 431, 433, 467, 470, 488, 491, 501;
 de mujeres en Filipinas: 70;
 y teoría y política sobre políticas de población: 42, 44, 137, 146, 155, 205, 206, 208, 209, 281, 305, 312, 354, 356, 358, 370, 418, 436, 451, 458, 466, 470, 471, 477; e investigación: 40, 47, 48, 52, 53, 55, 64, 69, 102, 111, 121, 128, 130, 133, 154, 159, 160, 168, 172, 181, 188, 190, 192, 193, 207, 212, 214, 225, 227, 246, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 301, 308, 322, 325, 326, 351, 356, 359, 374, 403, 408, 411, 413, 417, 426, 444, 453, 470, 474, 475, 486, 487, 488, 489, 490, 502;
 y libertad sexual: 51, 56, 62, 65, 111, 118, 347;
 y sexualidad: 45, 51, 52, 111, 118, 122; teología: 134, 484;
 y valores: 32, 63, 68, 72, 81, 117, 118, 153, 188, 250, 274, 305, 319, 350, 353, 356, 359, 366, 367, 410, 463
 Fidel Ramos: 361, 362
 Filipinas: 22, 30-31, 43, 49, 63, 65, 74, 80, 207, 356, 360, 361, 362, 369, 370, 375, 384, 385, 397, 408, 470, 471, 472, 473, 475, 476, 487, 488, 490
 Florida: 419, 457
 Fondo Monetario Internacional (FMI): 144, 262, 361, 370
 Fondo para la Niñez de Naciones Unidas (UNICEF): 94, 211, 266, 370, 472
 fundamentalismo: 19, 34, 45, 46, 203, 204, 206, 431
 Gabriela: 372, 373, 374
 género: 22, 25, 46, 47, 55, 69, 70, 72, 110, 111, 112, 113, 120, 123, 124, 135, 137, 138, 143, 144, 146, 147, 162, 163, 168, 172, 175, 187, 193, 196, 201, 202, 203, 205, 207, 212, 229, 230, 261, 267, 289, 295, 297, 300, 307, 314, 315, 319, 320, 322, 329, 331, 351, 354, 365, 366, 372, 410, 418, 428, 436, 473, 477, 486, 490; y aborto: 48, 50, 124, 128, 136, 139, 151, 185, 186, 188, 210, 240, 245, 347, 348, 349, 487, 492, 497, 500, 506-507;
 complementariedad: 325;
 división social del trabajo: 22,

- 55, 55, 110, 120, 121, 136, 183, 193, 201, 304, 320, 380, 405, 406, 486; e identidad: 64, 69, 72, 109, 172, 221, 223, 235, 260, 291, 320, 385, 386, 387, 416, 421, 422, 461, 462, 463, 465, 467, 469, 489; e indocctrinación: 492; e islam: 43, 45, 146, 148, 149, 151, 152, 153, 154, 161, 165, 166, 167, 170, 171, 172, 173, 174, 179, 182, 186, 194, 195, 205, 206, 208, 209, 225, 233, 241, 242, 248, 307, 484; en el sistema de salud: 97, 135, 136, 137, 138, 139, 160, 209, 210, 216, 241, 242, 265, 274, 290, 304, 312, 358, 418; y cultura: 40, 43, 60, 64, 65, 66, 142, 152, 153, 154, 186, 190, 204, 205, 235, 252, 267, 268, 291, 336, 352; y educación: 46, 60, 63, 73, 95, 147, 154, 164, 165, 170, 206, 209, 212, 213, 226, 231, 269, 274, 344, 345; y fertilidad: 63, 64, 80, 92, 128, 129, 134, 139, 152, 154, 156, 189, 194, 208, 209, 210, 212, 235, 236, 237, 246, 252, 255, 257, 267, 268, 355, 359, 397, 400, 403, 405, 409, 418, 434, 480; y "honor": 113, 114, 118, 153, 159, 163, 171, 172, 173, 178, 191, 482, 500; y derechos humanos: 44, 47, 48, 49, 52, 59, 124, 135-136, 137, 142, 147, 149, 150, 160, 180, 193, 202, 205, 206, 213, 237, 248, 251, 253, 254, 255, 261, 275, 294, 314, 322, 323, 339, 404, 440, 464, 475, 507; y justicia: 25, 40, 46, 48, 52, 57, 58, 69, 109, 111, 137, 139, 307, 316, 341, 443, 446, 501; y migración laboral: 22, 26, 27, 86, 87, 89, 145, 217, 256; y matrimonio: 55, 90, 111, 114, 118, 119, 120, 128, 136, 138, 150, 151, 153, 169, 170, 171, 179, 181, 183, 184, 185, 190, 195, 196, 205, 209, 212, 213, 216, 219, 221, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 236, 247, 248, 268, 286, 287, 302, 305, 306, 307, 308, 310, 313, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 333, 334, 336, 337, 338, 339, 340, 344, 345, 349, 350, 351, 353, 354, 367, 370, 384, 385, 386, 387, 389, 390, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 406, 407, 409, 420, 446, 447, 448, 451, 452, 455, 458, 465, 473, 481, 482, 491, 492, 493, 499, 504; normas: 52, 61, 63, 64, 68, 69, 70, 116, 135, 142, 152, 154, 161, 168, 173, 180, 190, 194, 229, 235, 245, 247, 249, 288, 291, 300, 301, 315, 319, 320, 351, 356, 359, 367, 380, 400, 403, 410, 423, 431, 441, 504; y opresión: 40, 50, 57, 66, 69, 87, 118, 122, 138, 142, 191, 193, 195, 207, 300, 316, 470, 500; y política en Filipinas (o política filipina): 358, 370; y raza: 40, 46, 77, 90, 105, 119-120, 261, 372; y relaciones: 44, 47, 52, 61, 63, 70, 72, 80, 143; y religión: 39, 40, 62, 65, 69, 72, 135, 136, 138, 139, 148, 149, 151, 152, 153, 160, 166, 167, 175, 179, 186, 188, 190, 194, 195, 205, 248, 249, 256, 309, 360, 366, 371, 405, 416, 438, 457, 462, 469; e investigación: 32, 40, 47, 48, 53, 59, 61, 62, 67, 69, 81, 102, 172, 188, 190, 207, 252, 256; y placer sexual: 43, 51, 67, 117, 137, 139, 168, 175, 186, 193, 285, 328, 338, 351,

- 359, 392, 400, 460, 461, 462, 466, 482, 485, 491, 492, 493, 500, 504, 508; y cambios de roles: 91, 112, 113, 120, 123, 136, 137, 144, 145, 162, 183, 187, 202, 289, 392, 445; socialización y estereotipos: 22, 111, 112, 164, 202, 248, 264, 329, 492; y ajuste estructural: 47, 144, 145, 146, 155, 180, 262, 263, 304, 312, 361, 363, 470; y subordinación en el lugar de trabajo: 46, 47, 67, 70, 85, 100, 108, 146, 152, 194, 201, 202, 206, 314, 320, 351, 408; y tradición: 52, 62, 64, 68, 123, 134, 136, 137, 139, 142, 144, 153, 154, 168, 169, 172, 173, 175, 177, 179, 190, 193, 203, 228, 229, 242, 249, 255, 264, 270, 307, 308, 329, 338, 339, 343, 344, 350, 351, 366, 380, 343; y desarrollo y crianza (*upbringing*): 86, 109, 123, 128, 138, 163, 164, 184, 187, 210, 221, 250, 252, 255, 265, 279, 321, 337, 387, 398, 415, 434, 438, 447, 448, 449, 452, 453, 479, 480, 486, 493, 493; y discriminación: 20, 32, 36, 44, 56, 89, 90, 95, 110, 162, 163, 164, 191, 201, 205, 207, 231, 305, 307, 312, 321, 322, 326, 373, 422, 429-430, 432, 438; véase también feminismo, mujeres
- Georgia: 414, 419, 427, 433, 443, 447, 474
- globalización: 60, 66, 73, 74, 195, 425, 497, 507
- Göle, Nilüfer: 65
- Grupo de Acción Conjunta contra la Violencia hacia las Mujeres (Joint Action Group): 207, 208
- Grupo Internacional de Investigación y Acción sobre Derechos Reproductivos (GHADR-IRRAG): 39, 40, 41, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 57, 58, 59, 60, 64, 65, 67, 68, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 81, 82, 85, 86, 99, 106, 141, 142, 143, 160, 199, 212, 255, 261, 270, 301, 315, 316, 354, 356, 469, 470, 472, 473, 474, 478, 488, 494, 495, 499, 500, 502, 503, 505, 506, 507
- Gubat: 378, 393
- Guyana: 415, 447
- Haití: 441
- Hermanas en el Islam: 186, 207, 506
- hilots: 369
- hinduismo: 47, 148, 199, 200, 204
- histerectomía: 126
- hombres: 55, 107, 161, 184, 194, 196, 203, 205, 207, 228, 229, 233, 260, 319, 323, 422, 463, 465, 474, 488, 503, 504; alcoholismo: 120, 289, 391, 394, 395, 396, 435, 438, 476-477, 486, 487; tareas domésticas: 90, 124, 125, 136, 137; labores domésticas: 70, 111, 120; exclusión en este estudio: 77; homoerotismo: 95, 431, 461; inclusión en la investigación egipcia: 80, 162; infidelidad: 95, 120, 150, 151, 223, 231, 233, 235, 248, 275, 277, 333, 336, 340, 395, 396, 447; dominación masculina: 32, 47, 68, 69, 70, 113, 119, 145, 150, 152, 164, 175, 181, 182, 183, 195, 203, 204, 284, 285, 301, 306, 314, 353, 473; resentimiento sobre la participación femenina: 111, 121, 195; resistencia a la anticoncepción: 24, 131, 237, 241, 243, 247; demandas sexuales: 55, 70, 82, 168, 174,

- 175, 177, 192, 399, 402, 404, 406
- hostigamiento sexual, acoso sexual: 56, 285, 315, 432, 449, 493, 497
- Iglesia católica: 27, 30, 31, 43, 68, 96, 97, 102, 134, 136, 139, 256, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 275, 283, 284, 285, 358, 360, 366, 370, 371, 372, 373, 379, 380, 395, 397, 400, 405, 408, 409, 422, 431, 455, 458, 471, 477, 483, 485, 496
- Iglesia pentecostal: 423
- India: 43, 207, 216, 415
- indios, hindúes: 209, 213, 214, 216, 217, 218, 219, 220, 223, 225, 226, 227, 230, 232, 236, 237, 240, 241, 243, 245, 247, 248, 249, 360, 491
- individualismo: 33, 49, 54, 63, 64, 65, 253, 355, 356
- Indonesia: 369, 370
- industria del sexo: 66, 365, 393, 401; véase también prostitución
- industrialización: 22, 87, 88, 200, 201, 202, 209, 357, 361, 362, 418, 424, 432
- infertilidad, esterilidad: 43, 93, 94, 102, 184, 235, 333, 337, 340, 347, 348
- información: 24, 35, 41, 44, 54, 55, 56, 62, 108, 111, 113, 131, 136, 139, 142, 156, 164, 165, 166, 188, 192, 194, 211, 242, 243, 252, 255, 277, 280, 281, 282, 292, 296, 309, 310, 320, 323, 324, 326, 342, 348, 351, 353, 364, 400, 410, 450, 459, 471, 477, 482, 507, 508
- Iniciativa a favor de Aumentar el Poder de las Niñas (GDP): 354
- Ipoh: 214
- Irán: 36
- Isis Internacional: 42
- Islam: 43, 45, 47, 146, 148, 149, 150, 152, 153, 154, 160, 161, 165, 166, 170, 171, 172, 173, 174, 179, 182, 186, 194, 195, 200, 203, 204, 205, 206, 208, 209, 225, 233, 241, 242, 248, 307, 336-337, 484, 491
- jerarquía: 18, 31, 40, 64, 74, 97, 99, 157, 196, 202, 203, 204, 207, 303, 314, 351, 481, 483, 506
- Johnson, Cora Lee: 414, 464
- Jóvenes Trabajadores Católicos: 100
- judíos: 47, 148, 422
- Kalinga sa Kalusugan ng Kababihan: 372, 379
- Kampung Liri: 213, 215, 217, 220, 236
- Kampung Pulau: 213, 215, 216, 217, 219-220, 221, 224, 227, 228
- Katipunan ng Bagon Pilipina (Kabapil): 374
- Katipunan ng Kalayaan para sa Kababihang (Kalayaan): 372, 373
- Kota Bharu: 215
- Kuala Lumpur: 75, 214, 215, 216, 217, 229, 245
- lenguaje árabe: 49, 66, 141, 142, 143, 147, 149, 161
- licencia, permiso por maternidad: 88, 90, 125, 126, 146, 209, 241, 369
- Locke, John: 66
- Luzon: 357, 360, 364, 376, 378
- Malasia, malayos: 21-24, 39, 74, 80, 199, 200, 201, 203, 204, 206, 208, 209, 210, 212, 213, 215, 217, 218, 219, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 243, 244, 246, 247, 248, 249, 360, 470, 471, 472, 473, 476, 487, 491; política nacional sobre las mujeres: 202, 206, 209; Nueva Política Económica: 200, 201, 202, 206,

- 226; Nueva Política de Población: 23, 200, 205, 208, 209, 210, 243, 246
- Manhattan: 454
- Manila: 357, 374, 384, 390, 393, 402
- Mansoura: 161, 195
- Marcos, Ferdinando: 361, 372
- masturbación: 460, 461, 466
- maternidad: 16, 37, 54, 55, 65, 66, 71, 72, 90, 126, 127, 131, 138, 139, 146, 151, 154, 164, 165, 183, 184, 187, 189, 192, 193, 203, 204, 205, 208, 209, 212, 213, 220, 234, 235, 236, 238, 239, 240, 241, 242, 245, 247, 249, 250, 251, 252, 260, 268, 275, 276, 277, 278, 290, 302, 309, 320, 326, 328, 331, 332, 355, 359, 366, 368, 388, 389, 392, 394, 404, 405, 411, 447, 450, 451, 453, 457, 465, 466, 478, 479, 481, 482, 483, 489, 500; cuidado de los niños: 55, 92, 121, 123, 126, 137, 155, 219, 222, 239, 240, 241, 248, 250, 252, 260, 272, 274, 279, 378, 389, 393, 394, 404, 479, 480, 487; guarderías: 54, 487, 501; análisis comparativo, Brasil: 65, 86, 88, 91, 92, 96, 98, 110, 111, 117, 121, 131, 138; Egipto: 54, 186, 194; Estados Unidos: 430, 443; Filipinas: 367, 372; Malasia: 202, 220, 221, 239, 248; México: 256, 272, 279
- matrimonio: 20, 55, 56, 63, 77, 473, 481, 492, 504; análisis comparativo, Brasil: 85, 90, 110, 111, 112, 114, 118, 119, 120, 121, 127, 136, 138; Egipto: 20, 62, 150, 151, 153, 161, 165, 166, 170, 171, 173, 176, 179, 180, 183, 184, 185, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196; Estados Unidos: 420, 421, 446, 447, 448, 451, 452, 453, 455, 458, 465; Filipinas: 367, 370, 380, 384, 385, 386, 387, 389, 390, 392, 394, 395, 397, 398, 399, 406, 407, 409; Malasia: 205, 209, 212, 213, 216, 219, 221, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 233, 234, 236, 237, 247, 248, 250; México: 268, 285, 286, 287, 289; Nigeria: 33, 302, 305, 306, 308, 310, 313, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 332, 333, 334, 336, 337, 338, 339, 340, 344, 345, 349, 350, 351, 353, 354
- Medio Oriente: 42, 43, 203
- medios de comunicación: 21, 106, 129, 136, 204, 208, 211, 219, 227, 280, 313, 324, 366, 418, 458, 462, 466
- menstruación: 102, 113, 133, 157, 164, 165, 175, 286, 287, 320, 323, 324, 325, 329, 330, 331, 347, 371, 398, 399, 404, 459, 491, 492
- Menya: 160
- métodos anticonceptivos: 24, 30, 31, 36, 41, 51, 93, 94, 128, 129, 131, 133, 156, 159, 185, 186, 188, 208, 209, 210, 213, 237, 240, 241, 242, 243, 244, 246, 249, 269, 280, 282, 306, 309, 310, 319, 345, 349, 351, 371, 379, 400, 401, 402, 404, 455, 456, 458, 460, 472, 475, 476, 477, 483, 486, 495, 499, 500; condón: 24, 36, 43, 116, 117, 118, 130, 211, 237, 240, 243, 250, 370, 371, 454, 456, 460, 468, 482; diafragma: 456; DIU: 156, 186, 189, 192, 242, 243, 269, 277, 279, 280, 281, 282, 283, 291, 293, 345, 346, 370, 371, 379, 401, 403, 456, 497; píldora: 24, 93, 128, 129, 130,

- 131, 139, 156, 188, 237, 238, 240, 241, 242, 243, 244, 246, 249, 281, 282, 284, 345, 346, 370, 371, 379, 401, 402, 403, 404, 450, 455, 456, 468, 476; método del ritmo: 24, 30, 130, 186, 240, 401; esterilización: 43, 93, 94, 127, 128, 129, 130, 132, 133, 137, 139, 241, 242, 249, 269, 277, 281, 282, 283, 284, 290, 291, 293, 294, 310, 347, 371, 401, 430, 433, 455, 456, 465, 468, 476, 477, 478, 483, 497, 498; ligadura de trompas: 91, 93, 110, 126, 129, 130, 131, 132, 136, 237, 241, 290, 310, 347, 455, 497; vasectomía: 24, 132, 241, 310
- Metro Manila: 357, 369, 378, 384
- México: 24-29, 49, 71, 74, 80, 252, 254, 255, 261, 264, 281, 293, 296, 300, 422, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 487, 488, 490
- migración: 22, 26, 27, 86, 87, 89, 102, 114, 120, 123, 145, 159, 172, 217, 218, 220, 257, 264, 279, 304, 317, 334, 365, 370, 375, 376, 413, 414, 415, 421, 422, 425, 426, 431, 432, 434, 435, 437, 438, 439, 450, 454, 466, 467, 477, 479, 480, 483
- militarismo: 31, 34, 46, 88, 89, 96, 102, 301, 302, 303, 315, 354, 372, 421
- mortalidad infantil: 33, 87, 128, 155, 211, 304-305, 309, 313, 333, 354, 366, 369, 401, 425, 432, 433, 472
- mortalidad materna: 19, 22, 23, 33, 43, 94, 128, 155, 158, 210, 211, 257, 265, 266, 304-305, 310, 311, 313, 333, 354, 366, 368, 369, 471, 472, 498, 500, 506
- Movimiento a Favor de la Maternidad sin Riesgos de Nigeria: 316
- Movimiento de la Mujer
Trabajadora Rural del Noreste (MMTR): 99, 101, 121
- Movimiento de Salud de la Zona Este (MSZL): 99, 102, 109, 127, 133
- Movimiento del Club de Mujeres Negras: 434
- movimiento zapatista: 255
- movimientos sociales: 33, 40, 41, 43, 47, 48, 66, 74, 81, 86, 89, 96, 97, 99, 102, 103, 107, 108, 109, 110, 111, 118, 121, 136, 138, 139, 148, 161, 195, 203, 206, 252, 253, 262, 275, 294, 297, 298, 314, 372, 373, 410, 433, 467, 470, 488, 491, 501
- mujeres de base, comunes: 49, 160, 254, 255, 355, 405, 407, 408, 409, 473, 505
- Mujeres en la Ley y el Desarrollo: 42, 316
- Mujeres en Nigeria (WIN): 315
- Mujeres y la Ley en África del Sur: 43, 51
- Mujer y Salud de Filipinas: 374
- mujeres, abuso de: 45, 121, 221, 231, 233, 234, 248, 250, 252, 266, 276, 286, 289, 293, 297, 333, 337, 340, 365, 367, 395, 407, 448-449, 456, 483, 486, 487, 488, 491, 498, 500, 505; activismo de: 40, 41, 42, 45, 46, 61, 81, 97, 102, 103, 105, 106, 108, 109, 111, 115, 116, 117, 120, 121, 122, 124, 127, 138, 149, 160, 194, 206, 208, 252, 253, 254, 255, 261, 270, 288, 292, 303, 306, 314, 315, 317, 353, 354, 414, 417, 464, 481, 483, 489, 490, 493, 504; como trabajadoras agrícolas: 54, 86, 88, 99, 101, 102, 106, 108, 110, 114, 123, 124, 135, 136, 138, 145, 159, 201, 211, 219, 220, 335, 352, 364, 365,

- 366, 375, 377, 378, 493;
 cuerpo y autoimagen de: 45,
 46, 48, 52, 55, 58, 59, 63, 64,
 65, 66, 67, 70, 86, 97, 106, 112,
 113, 114, 116, 117, 118, 119,
 127, 136, 137, 139, 142, 143,
 149, 161, 173, 182, 190, 191,
 192, 195, 208, 250, 251, 267,
 270, 276, 286, 296, 297, 298,
 323, 328, 337, 354, 355, 396,
 397, 405, 434, 463, 475, 479,
 480, 494, 500, 504; ciudadanía
 de: 24, 32, 85, 40, 45, 48, 67,
 72, 96, 97, 105, 107, 108, 135,
 136, 139, 205, 253, 277, 298,
 463, 464, 466, 471, 480, 490,
 505; toma de decisiones por:
 16, 42, 44, 45, 48, 52, 53, 54,
 56, 64, 65, 67, 69, 71, 72, 76,
 86, 96, 119, 131, 138, 152, 187,
 188, 478, 479, 480, 481, 484,
 486, 489, 499, 500, 501, 505,
 506, 507; análisis comparativo,
 Brasil: 96, 101, 115; Egipto:
 152, 171, 175, 183, 185, 186,
 188, 190, 194; Estados Unidos:
 430, 446, 463, 465, 466;
 Filipinas: 71, 355, 392, 394,
 400, 405, 406, 407; Malasia:
 207, 212, 223, 227, 228, 230,
 234, 236, 238, 243, 247, 248;
 México: 252, 255, 260, 270,
 271, 272, 274, 276, 277, 278,
 279, 284, 287, 292; Nigeria:
 306, 313, 322, 330, 332, 338,
 344, 346, 349, 353, 354;
 dignidad de: 41, 65, 83, 142,
 172, 182, 190, 219, 292, 418,
 486, 500, 504, 506; diversidad
 de experiencias: 40, 54, 160,
 278, 418, 436, 461; como
 trabajadoras domésticas: 22,
 54, 86, 87, 89, 90, 98, 99, 100,
 106, 107, 108, 109, 118, 119,
 121, 122, 123, 124, 127, 128,
 129, 133, 136, 137, 145, 166,
 167, 180, 181, 237, 263, 365,
 377, 384, 385, 387, 389, 390,
 391, 393, 421, 425, 474, 477,
 487; y domesticidad: 58, 96,
 97, 105, 106, 138, 212, 218,
 222, 223, 274, 392, 405, 406,
 409; empoderamiento de: 41,
 46, 73, 81, 82, 255, 277, 316,
 396, 406, 408, 415, 439, 485,
 495, 505; apropiación de: 48,
 52, 53, 54, 55, 60, 61-62, 63,
 64, 65, 66, 67, 68, 70, 71, 72,
 82, 105, 108, 109, 111, 112,
 118, 129, 135, 136, 137, 139,
 142, 154, 180, 183, 185, 186,
 188, 191, 192, 193, 196, 201,
 202, 219, 225, 230, 234, 235,
 236, 237, 238, 243, 246, 247,
 248, 249, 250, 251, 252, 253,
 254, 261, 273, 279, 284, 289,
 295, 296, 297, 298, 300, 316,
 356, 359, 380, 399, 406, 410,
 413, 427, 444, 455, 462, 470,
 471, 473, 479, 482, 488, 489,
 498, 504, 505; igualdad de: 22,
 34, 37, 44, 89, 90, 95, 97, 111,
 118, 120, 124, 137, 138, 147,
 150, 152, 163, 164, 180, 185,
 187, 193, 196, 202, 205, 212,
 254, 255, 265, 269, 285, 315,
 330, 365, 418, 429, 463, 473,
 487; vida cotidiana de: 39, 40,
 46, 54, 57, 58, 62, 63, 86, 96,
 106, 137, 138, 141, 152, 160,
 178, 192, 202, 204, 206, 214,
 295, 301, 355, 358, 477, 493;
 explotación: 33, 56, 137, 138,
 147, 201, 264; como jefas de
 familia: 27, 91, 96, 122, 145,
 426; y honor: 113, 114, 115,
 118, 166, 171, 172, 173, 178,
 481, 500; y trabajo doméstico:
 22, 54, 55, 71, 86, 89, 98, 100,
 107, 110, 125, 126, 136, 137,
 138, 182, 218, 219, 220, 222,
 224, 229, 249, 274, 306, 319,

- 325, 352, 378, 387, 389, 394, 399, 440, 487, 493, 505;
humillación de: 29, 32, 114, 167, 173, 178, 338, 339, 446;
identidad de: 69, 72, 80, 101, 172, 195, 221, 235, 260, 270, 320, 385, 386, 387, 388, 416, 421, 422, 462, 463, 464, 487, 489, 490; y justicia: 29, 32, 48, 59, 69, 97, 109, 111, 137, 139, 254, 293, 316; y tierra: 88, 90, 101, 207, 255, 256, 306, 375;
ciclos vitales, ciclos de vida: 63, 67, 83, 104, 111, 123, 138, 165, 212, 301, 302, 320, 349, 351, 353, 356, 357, 387, 469, 482, 505; escuchando las voces de: 15, 40, 73, 77, 81, 162, 207, 250, 373, 379, 497, 505, 508;
marginalización (exclusión de): 34, 50, 59, 147, 489; y
menarca: 54, 165; y
menopausia: 54, 92, 129, 130, 137, 320, 330, 331, 349, 350, 401, 468, 482, 493;
maternidad, 16, 37, 64, 478, 479, 480; análisis comparativo, Brasil: 88, 90, 91, 92, 111, 121, 126, 127, 131, 137, 138, 139; Egipto: 146, 151, 154, 164, 165, 183, 184, 187, 189, 192, 193; Estados Unidos: 37, 72, 447, 450, 451, 452, 453, 457, 465, 466; Filipinas: 72, 366, 385, 387, 388, 389, 392, 404, 411; Malasia: 203, 204, 208, 209, 212, 213, 220, 234, 235, 239, 241, 242, 245, 247, 249; México: 251, 252, 260, 268, 270, 275, 276, 277, 278, 290; Nigeria: 302, 309, 320, 326, 331, 332, 349, 353;
movimientos, grupos: 59, 66, 74, 470, 488, 489, 501, 502, 504, 505, 508; Brasil: 86, 89, 96, 97, 99, 103, 107, 109, 111, 118, 121, 125, 136, 138, 139; Egipto: 161, 195; Estados Unidos: 413, 414, 417, 423, 433, 442, 446, 467; Filipinas: 355, 357, 372, 373, 375-376, 379, 410; Malasia: 206, 207, 208, 250; México: 252, 253, 254, 255, 256, 260, 262, 269, 270, 271, 272, 275, 276, 278, 289, 290, 292, 293, 294, 295, 297, 298, 300; Nigeria: 308, 313, 314, 315, 316, 318, 335; y naturaleza: 72, 175, 208, 283, 331, 332, 500; participación de: 24, 26, 32, 47, 86, 96, 137, 138, 145, 147, 148, 201, 202, 253, 254, 256, 260, 261, 262, 263, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 290, 294, 318, 333, 363, 389, 397, 416, 490, 503, 504, 505; percepciones por: 40, 41, 49, 52, 54, 57, 59, 60, 63, 112, 127, 152, 157, 161, 162, 254, 288, 310, 316, 406, 436, 501; y dimensiones personales-sociales: 45, 59, 111;
emancipación política de: 32, 103, 106, 107, 111, 147, 161, 268; en ámbitos público-privados: 52, 58, 59, 72, 97, 105, 106, 107, 111, 112, 135, 141, 252, 254, 256, 271, 297, 322, 387, 466, 499; como madres solteras: 32, 123, 138, 235, 274, 275, 280, 284, 289, 422, 431, 432, 437, 451, 452, 458, 459, 474, 489; como sobrevivientes: 71, 127, 141, 152, 289, 363, 364, 416, 418, 436, 442, 466, 480, 494; y trabajo: 53, 55, 62, 64, 70, 80, 484, 486, 487, 489, 490, 507; análisis comparativo, Brasil: 86, 89, 90, 100, 103, 105, 106, 107, 108, 110, 111, 112, 131, 136, 137; Egipto: 144, 145,

- 146, 163, 164, 170, 171, 176, 179, 180, 181, 182, 185, 186, 191; Estados Unidos: 414, 416, 417, 424, 427, 428, 429, 430, 435, 439, 440, 442, 443, 445, 447, 448, 452, 458, 463, 464, 467; Filipinas: 359, 362, 365, 367, 368, 377, 384, 385, 386, 387, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 397, 406, 407; Malasia: 22, 201, 202, 207, 209, 212, 213, 216, 217, 218, 219, 221, 222, 223, 225, 226, 230, 233, 236, 237, 239, 241, 247, 248, 249, 250; México: 26, 253, 257, 263, 264, 268, 272, 287, 294, 296, 297, 300; Nigeria: 304, 335, 349, 350, 352; como víctimas: 29, 39, 52, 53, 71, 110, 179, 300, 367, 368, 395, 432, 434, 449, 499; y códigos de virginidad: 32, 58, 62, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 136, 137, 139, 153, 192, 268, 285, 286, 325, 326, 333, 350, 351, 367, 386, 459, 460, 462, 481, 482, 494, 500; véase también feminismo, género
- mutilación genital femenina (MGF): 19, 33, 43, 51, 54, 56, 58, 68, 81, 82, 142, 149, 166, 167, 168, 181, 191, 192, 193, 308, 309, 310, 311, 315, 319, 323, 326, 333, 352, 354, 482, 485, 492, 500, 504
- nacimientos por cesárea: 93, 126, 132, 497
- Naciones Unidas (UN): 46, 47, 57, 145, 146, 211, 254, 314, 481
- Nasser, Gamal Abdel: 143, 146, 147
- Nigeria: 31-33, 49, 65, 68, 71, 301, 307, 309, 312, 313, 321, 326, 329, 336, 345, 346, 352, 354, 471, 472, 473, 476, 481, 488, 491, 493, 500; norte: 305, 307, 308, 317, 318, 321, 324, 334, 335, 336, 343, 470, 475; sudeste: 317, 318, 320, 322, 324, 335, 336, 337; servicios de salud sexual y reproductiva: 33, 308, 309, 312, 313, 315, 343, 348, 349, 352, 354; infecciones del tracto reproductivo: 54, 65, 311, 330, 340; infecciones de transmisión sexual: 311, 323; enfermedades de transmisión sexual: 310, 316, 323, 325, 329, 330, 331, 340, 352; véase también control de la natalidad, planificación familiar
- niños, 479, 505 análisis comparativo, Brasil: 86, 88, 91, 98, 110, 111, 116, 122, 123, 125, 126, 127, 128, 133, 137, 138; Egipto: 144, 146, 147, 150, 154, 155, 162, 163, 164, 166, 178, 183, 184, 187, 191, 193, 194; Estados Unidos: 34, 423, 426, 433, 434, 437, 438, 441, 447, 448, 451, 452, 453, 462; Filipinas: 365, 366, 368, 376, 377, 379, 391, 394, 400, 404, 406; Malasia: 208, 214, 215, 225, 227, 230, 231, 232, 235, 236, 238; México: 263, 268, 276, 277, 286, 291; Nigeria: 33, 304, 309, 319, 320, 321, 338
- Nogales: 260, 272, 279
- Norplant: 456, 457, 465, 468, 477, 497
- Norte-Sur: 33, 41, 43, 44, 45, 50, 66, 74, 75, 288, 311, 413, 414, 415, 466
- Oaxaca: 256, 257, 258, 260, 272, 273, 274, 275, 277, 278, 280, 285, 286, 289, 291, 294, 299, 489
- Organización Evangélica Copta para Servicios Sociales (OECSS): 160

- Organización de Ayuda a las Mujeres (WAO): 208
- Organización de la Salud de las Mujeres de Nigeria (WHON): 316
- Organización Mundial de la Salud (OMS): 37, 93, 211, 266, 472; Carta de: 55
- Organizaciones no gubernamentales (ONG): 20, 33, 35, 43, 57, 75, 77, 81, 96, 98, 108, 137, 147, 149, 160, 206, 208, 211, 212, 255, 256, 314, 317, 373, 375, 508
- país del Treutlen, condado de Treutlen: 419, 435
- parteras (encargadas tradicionales de atender partos): 153, 167, 188, 210, 216, 308, 311, 312, 322, 342, 343, 353, 357, 369, 379, 402, 403, 496, 500, 503
- Partido de la Revolución Democrática (PRD): 25, 299
- Partido Revolucionario Institucional (PRI): 24, 25, 261, 299
- Partido de los Trabajadores (Brasil): 103, 120
- partos, nacimientos, procreación: 23, 41, 44, 80, 98, 114, 125, 126, 155, 167, 217, 235, 278, 279, 282, 290, 292, 309, 310, 312, 322, 328, 340, 341, 342, 343, 346, 347, 350, 552, 368, 369, 370, 387, 388, 401, 402, 404, 433, 450, 454, 455, 458, 465, 466, 472, 473, 475, 476, 478, 479, 482, 498
- patriarcalismo: 21, 22, 24, 30, 32, 47, 53, 64, 71, 122, 152, 153, 154, 171, 177, 183, 188, 190, 191, 195, 202, 203, 204, 206, 212, 220, 221, 228, 233, 244, 246, 248, 250, 301, 306, 308, 313, 314, 316, 319, 332, 344, 350, 351, 352, 354, 367, 393, 411, 431, 437, 465, 475, 482, 485, 491, 492
- Pekín: 15, 16, 44, 45, 47, 50, 77, 90, 178, 205, 207, 270, 316, 505, 507, 508
- Pernambuco: 62, 87, 99, 104, 105, 106, 107, 111, 114, 117, 118, 119, 121, 122, 125, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 138, 494
- planificación familiar: 18, 21, 24, 27, 30, 31, 37, 42, 43, 44, 51, 58, 63, 85, 91, 92, 94, 97, 128, 155, 156, 158, 159, 186, 209, 210, 213, 215, 217, 238, 241, 242, 243, 249, 251, 252, 268, 269, 270, 278, 281, 290, 291, 292, 312, 313, 345, 346, 367, 370, 371, 373, 374, 378, 379, 400, 401, 403, 404, 405, 406, 465, 475, 477, 479, 485, 495, 496, 497, 507, 508; véase también control de la natalidad
- pobreza: 57, 60, 72, 474, 483, 486, 495, 499, 501, 503; análisis comparativo, Brasil: 17, 85, 86, 88, 128, 131, 136; Egipto: 159, 172, 181, 195; Estados Unidos: 414, 416, 418, 419, 424, 425, 426, 427, 430, 431, 432, 434, 437, 442, 451, 456, 457, 462, 464, 465, 466, 467, 471; Filipinas: 30, 31, 359, 363, 364, 366, 367, 368, 372, 376, 377, 378, 379, 380, 384, 385, 398, 400, 402, 403, 405, 409; Malasia: 200, 201, 218; México: 26, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 261, 263, 265, 266, 270, 275, 288, 290, 292, 295, 298, 300; Nigeria: 31, 32, 303, 304, 309, 311, 316, 354
- poligamia: 150, 153, 184, 205, 213, 233, 235, 307, 308, 309, 313, 323, 330, 333, 335, 336, 350

- Primera Conferencia sobre Mujeres y Salud: 375
- privatización: 47, 49, 60, 92, 144, 180, 211, 262, 304, 361, 495
- producto nacional bruto: 87, 303, 304, 361, 470, 472
- Programa de Asistencia Integrada para la Salud de la Mujer (PAISM): 18, 92, 93
- Programa para el Desarrollo de Naciones Unidas (UNDP): 147, 199, 304, 366, 369
- programas de apoyo a la familia: 60, 315
- población, género y salud reproductiva: 2, 42, 44, 55, 127, 138, 151, 157, 160, 162, 164, 165, 182, 186, 193, 194, 208, 241, 249, 250, 255, 288, 300, 301, 308, 312, 313, 324, 370
- prostitución: 66, 114, 116, 211, 267, 402
- provincia de Sorsogon: 357
- Proyecto sobre Política de Población, Salud Reproductiva y Género (GRHPP): 51
- pueblo Bini: 319, 320, 339
- pueblo Edo: 318, 320
- pueblo Efik: 318
- pueblo Fulani: 307, 333
- pueblo Hausa: 307, 318, 319, 321, 326, 328, 333, 470, 485, 491
- pueblo Ibibio: 318
- pueblo Igala: 318
- pueblo Kataf: 318, 328
- Puerto Rico: 415, 422, 445
- purdah*: 307, 320, 332
- Rama: 357, 377, 378, 379, 384, 385, 389, 390, 391, 393, 398, 400, 403
- raza: 77, 87, 89, 90, 100, 104, 105, 111, 119-120, 205, 372, 416, 417, 419, 420, 422, 423, 428, 430, 434, 436, 452, 497
- Recife: 98, 494
- Red de Investigación, Acción e Información sobre la Integridad Corporal (RAINBO): 51
- Red de Mujeres que viven bajo Leyes Musulmanas: 42, 51, 316, 506
- Red Campesina Nacional: 254
- Red contra la Violencia hacia la Mujer: 254
- Red Nacional de Educadores Populares: 254
- Red Regional de la Salud y la Mujer y del Este y Sudeste de Asia-Pacífico (ESEA): 42, 375
- Red Global de las Mujeres pro Derechos Reproductivos (WGNRR): 42, 49
- Red de la Salud de la Mujer de América Latina y el Caribe: 42
- República Dominicana, dominicanos: 71, 414, 415, 416, 420, 421, 422, 423, 441, 442, 452, 453, 455, 459, 460, 470
- Río de Janeiro: 86, 87, 88, 89, 93, 94, 95, 98, 100, 101, 104, 105, 111, 118, 119, 128, 130, 131, 132, 133, 134, 474
- Sadat, Anwar: 147
- Sakakini: 159, 172, 179, 182, 196
- salud, servicios de: 59, 63, 75, 85, 91, 92, 95, 102, 125, 128, 131, 134, 135, 138, 143, 44, 155, 156, 157, 164, 196, 209, 211, 214, 216, 217, 241, 250, 254, 255, 256, 265, 294, 300, 312, 313, 340, 352, 363, 369, 373, 374, 375, 378, 403, 409, 429, 432, 439, 450, 456, 495, 496, 498, 507; educación: 22, 33, 36, 41, 43, 72, 136, 139, 144, 154, 164, 165, 188, 202, 209, 213, 217, 274, 275, 286, 295, 297, 299, 304, 309, 361, 363; y empoderamiento: 41, 46, 81,

- 82, 112, 316, 351, 394, 406, 408, 415, 439, 485, 495; cuidados materno-infantiles, obstetra y prenatal: 92, 94, 125, 126, 127, 144, 155, 158, 210, 213, 215, 216, 217, 241, 278, 292, 305, 309, 311, 312, 342, 343, 369, 370, 371, 432, 455, 456, 457; organismo y programa estatal de asistencia sanitaria a personas de bajos recursos-*ayuda médica*: 60, 102, 210; movimientos: 41, 47, 50, 53-54, 60, 92, 93, 95, 97, 99, 107, 109, 110, 111, 115, 117, 121, 125, 136, 138, 139, 206, 208, 250, 252, 253, 254, 255, 262, 275, 288, 297, 308, 314, 316, 372, 373, 391, 410, 416, 443, 446, 447, 448, 467, 470, 475, 476, 491, 501; cuidados postparto: 92, 94, 125, 126, 155, 213, 241, 369; cuidados prenatales: 54, 92, 94, 125, 155, 158, 210, 215, 216, 241, 278, 292, 309, 312, 342, 343, 369, 371, 432, 455, 456, 457; servicios de salud pública: 23, 27, 30, 31, 33, 46, 50, 54, 56, 59, 63, 88, 128, 216, 217, 238, 241, 242, 243, 252, 266, 271, 282, 283, 312, 340, 343, 352, 454, 506; análisis comparativo, Brasil: 18, 85, 86, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 102, 125, 127, 128, 131, 132, 138; Egipto: 143, 144, 155, 156, 159, 165, 189, 196; Estados Unidos: 450, 454; Filipinas: 363, 369, 374, 379; Malasia: 209, 210, 211, 214, 215, 216, 217, 241, 242; México: 27, 252, 266, 269, 271, 282; Nigeria: 312, 340, 343 Samar del Este: 357, 377 São Paulo: 86, 87, 88, 93, 95, 98, 99, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 120, 122, 125, 127, 128, 129, 130, 132, 134, 135, 137, 481, 489, 493, 499 sector informal: 26, 87, 89, 90, 108, 123, 219, 220, 263, 296, 322, 364, 369, 425, 443, 444, 486 seguridad alimenticia: 41, 180, 185, 233, 337 Sekmai: 213, 214, 215, 217, 219, 220, 235, 246 Sen, Amartya: 42, 46, 60 sertao: 87, 88, 126 servicios sociales: 47, 144, 211, 428, 504 Sexto Encuentro Internacional de Mujeres y Salud (IWHM): 77, 374 sexualidad: 26, 36, 37, 44, 65, 67, 77, 80, 85, 86, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 119, 122, 136, 137, 139, 160, 162, 165, 166, 197, 208, 213, 229, 252, 255, 267, 269, 273, 278, 287, 289, 291, 297, 300, 301, 308, 310, 316, 320, 322, 323, 326, 327, 329, 336, 350, 351, 353, 355, 374, 375, 392, 397, 405, 409, 418, 430, 456, 458, 459, 461, 464, 466, 471, 481, 483, 489, 503, 505, 508; e Iglesia católica: 27, 31, 43, 111, 134, 136, 139, 265, 266, 268, 269, 270; y colonialismo: 205, 206, 267, 268, 302, 320, 360; control sobre: 31, 50, 97, 113, 136, 137, 167, 173, 191, 203, 204, 205, 206, 208, 226, 243, 267, 277, 323, 346, 349, 373, 400, 430, 433, 434, 478; y análisis a través de las culturas: 58, 72, 81, 142, 154, 190, 226, 346; apropiación: 16, 59, 60, 71, 82, 112, 118, 135, 136, 137, 139, 142, 183, 186, 188, 191,

- 192, 193, 196, 208, 219, 225, 230, 235, 237, 238, 243, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 256, 261, 270, 273, 275, 278, 284, 289, 296, 297, 298, 300, 316, 322, 352, 358, 405, 409, 455, 462, 484, 495, 503, 504, 505; y familia: 26, 44, 47, 50, 52, 55, 116, 123, 125, 126, 137, 153, 175, 202, 204, 207, 209, 229, 286, 297, 310, 326, 388; y mutilación genital femenina: 19, 51, 68, 81, 82, 149, 166, 168, 192, 193, 310, 315, 319, 323, 326, 333, 482, 485, 504; y feminismo: 42, 46, 49, 50, 68, 97, 118, 119, 122, 133, 136, 149, 197, 206, 207, 208, 266, 269, 270, 316, 328, 372, 373, 374, 375, 410, 415, 418, 430, 431, 433, 494, 504, 506; y mujeres de base (mujeres comunes): 49, 71, 97, 103, 254, 255, 256, 406, 408, 409, 473, 505; información sobre: 35, 41, 44, 112, 113, 115, 116, 131, 136, 137, 139, 156, 164, 165, 166, 188, 192, 211, 243, 252, 255, 280, 281, 282, 309, 310, 320, 323, 324, 326, 351, 353, 410, 450, 459, 471, 482, 508; e islam: 43, 47, 149, 153, 154, 160, 165, 166, 167, 175, 182, 186, 206, 208, 209, 491; lesbica: 207, 374, 375, 431, 461, 466, 494; en los ciclos de la vida: 39, 54, 104, 302, 481, 505; y matrimonio: 55, 114, 118, 119, 122, 127, 139, 153, 161, 165, 173, 195, 205, 209, 212, 213, 226, 229, 250, 268, 286, 287, 289, 302, 310, 325, 326, 329, 330, 336, 338, 340, 473; no procreativa: 49, 281, 329; orientación: 40, 50, 90, 207, 261, 266, 504, 507; placer en: 16, 43, 67, 71, 114, 118, 139, 173, 290, 300, 323, 327, 331, 398, 400, 461, 462, 466, 482, 483, 485, 491, 493, 500, 504, 508; y socialización: 296, 310, 320, 423, 460, 464; y violencia: 15, 41, 44, 45, 54, 56, 85, 118, 120, 121, 132, 135, 138, 168, 174, 176, 177, 178, 179, 191, 192, 195, 196, 207, 208, 213, 266, 267, 273, 276, 288, 297, 315, 328, 365, 433, 436, 476, 477
- shari'a*, *shaira*, *syriah*: 32, 150, 205, 207, 232, 307, 336, 337, 492
- sida: 19, 31, 33, 36, 37, 50, 51, 54, 95, 115, 116, 117, 130, 136, 211, 212, 266, 267, 311, 323, 329, 354, 365, 432, 435, 436, 454, 460, 482, 491, 508
- Silihan: 357
- Sindicato de la Universidad Autónoma Metropolitana (Situam): 256, 272, 283, 290
- Sindicato dos Trabalhadores Domesticos do Município do Rio de Janeiro: 100, 101
- Sindicato Feminista Egipcio (Egyptian Feminist Union): 147
- sindicatos: 78, 86, 96, 101, 102, 103, 108, 109, 111, 118, 122, 123, 124, 146, 272, 273, 279, 288, 290, 295, 297, 414, 415, 416, 417, 425, 427, 428, 429, 430, 436-437, 438, 439, 442, 443, 444, 445, 447, 448, 449, 450, 452, 453, 454, 458, 459, 460, 461, 463, 464, 465, 486, 488, 489, 491, 492, 493, 501, 505
- Singapur: 23, 216, 365
- sociedad civil: 16, 19, 21, 33, 57, 80, 96, 162, 207, 262, 313, 505
- Sociedad Civil para el Bienestar de la Familia en Brasil: 92

- Sociedad para la Mujer y el Sida en África: 42
- Sonora: 256, 257, 259, 260, 262, 271, 272, 277, 279, 280, 282, 284, 285, 290, 479
- Soperton: 414, 417, 419, 420, 423, 424, 425, 427, 435, 437, 438, 439, 440, 441, 443, 444, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 460, 461, 463, 464, 465, 467-468, 489
- Sudamérica: 266, 421
- Tabi: 357, 377, 378, 386, 388, 389, 391, 393, 403
- Tailandia: 24, 370
- Taiwan: 362
- tercer mundo: 23, 355
- trabajo infantil: 88, 123, 144, 147
- tradición: 53, 54, 64, 69, 70, 74, 82, 473, 485, 491, 492, 499, 504; análisis comparativo, Brasil: 107, 110, 119, 126, 134, 136, 137, 139; Egipto: 70, 142, 144, 152, 153, 154, 158, 159, 162, 166, 168, 169, 170, 172, 175, 177, 179, 183, 190, 191, 193; Estados Unidos: 418, 431, 460; Filipinas: 366, 380, 387, 389, 394, 397, 408, 409; Malasia: 203, 204, 221, 225, 228, 229, 242, 247, 248, 249; México: 254, 256, 260, 264, 267, 270, 294; Nigeria: 301, 302, 303, 306, 307, 308, 309, 313, 315, 318, 326, 329, 335, 338, 339, 343, 344, 350, 353, 354
- transnacionales: 74, 215, 262, 362, 470
- Tratado de Libre Comercio de América del Norte (TLCAN): 262
- vida urbana: 65, 86, 88, 102, 103, 106, 117, 123, 129, 141, 145, 155, 161, 169, 170, 180, 197, 207, 209, 214, 217, 220, 222, 231, 233, 235, 254, 256, 269, 317, 335, 350, 360, 365, 389, 390, 479
- Viena: 43
- violencia: 15, 20, 26, 36, 44, 56, 68, 475, 482, 483, 487, 489, 490, 491, 499, 500, 501, 505; análisis comparativo, Brasil: 88, 114; Egipto: 20, 21, 174, 192, 194, 195, 196; Estados Unidos: 36, 419, 432, 433, 435, 436, 444, 449; Filipinas: 359, 365, 367, 375, 392, 394, 395, 396, 397, 406; Malasia: 207, 208, 213, 232, 233, 234, 248; México: 26, 252, 288, 289, 296, 297; Nigeria: 315, 328, 333, 350
- violación: 28, 45, 58, 92, 93, 173, 177, 208, 266, 267, 286, 289, 365, 367, 384, 386, 401, 433, 436, 449, 471, 473
- Virginia: 415, 419
- Visayas: 357, 360
- viudez: 68, 221, 274, 276, 285, 306, 315, 319, 332, 336, 338, 339, 340, 350, 475, 479, 484
- Washington Heights: 414, 415, 417, 420, 422, 424, 425, 426, 435, 439, 441, 442, 443, 444, 449, 454, 455, 456, 457, 461, 463, 465
- Xande: 256, 273
- zapoteco: 256
- Zaria: 318, 343
- Zonas de Libre Comercio (ZCL): 201

OFICINAS DE LAS COORDINADORAS NACIONALES E INTERNACIONAL DE IRRRAG

Brasil

Ana Paula Portella
SOS-CORPO Genero e Cidadania
Rua Major Codeceira, 37
07 Santo Amaro CEP 50.100
Recife, PE Brasil
Tel. 55 81 423 3044
Fax: 55 81 423 3180
E-mail: soscorpo@elogica.com.br

Egipto

Aida Seif El Dawla
5 Khan Yunis Street
Mohanesseen
El Cairo, Egipto
Tel. 20 2 570 1733
Fax: 20 2 344 4429
E-mail: hosams@intouch.com

Estados Unidos

Dianne Jntl Forte
Nationwide Women's Program
American Friends Service Committee
1501 Cherry Street
Philadelphia, PA 19102, USA
E-mail: dforte@igc.org

Filipinas

Mercy Fabros
Woman Health Philippines, Inc.
16. Cabanatuan Road
Philam Homes 1104
Quezon City, Philippines
Tel. y Fax: 632 928 3276
E-mail: womanhealth@phil.gn.apc.org

Malasia

Rashidah Abdullah
Asian Pacific Resource and Research
Centre for Women (Arrow)
2nd Floor, Block F, Anjung FELDA
Jalan Maktab 54000, Kuala Lumpur
Malaysia
Tel. 603 292 9913
Fax: 603 292 9958
E-mail: arrow@po.jaring.my

México

Adriana Ortiz Ortega
51%, Cincuenta y uno por ciento, A. C.
Convento núm. 34, Casa 37
Santa Úrsula Xitla,
14420, México, D. F.,
México
Tel. y Fax: 52 5 5734029
y 52 5 5732364
E-mail: adriortiz@laneta.apc.org

Nigeria

Grace Osakue
2 Hudson Lane
off Akpakpava Street
Benin City
Edo State, Nigeria
Tel. 234 52 245345
Fax: 234 52 250 668 o 252 497

International Coordinator

Rosalind P. Petchesky
Hunter College — c/o Women's Studies
695 Park Avenue, Room 1713 West
New York, NY 10021, USA
E-mail: rpetches@shiva.hunter.cuny.edu

Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo.
Una intersección entre culturas, política y religiones
se terminó de imprimir en enero de 2006

en los talleres de Formación Gráfica, S.A. de C.V.
Calle Matamoros 112, col. Raúl Romero,
57630 Cd. Nezahualcóyotl, Edo. de México.

Tipografía y formación: Solar, Servicios Editoriales, S.A. de C.V.

Portada de Irma Eugenia Alva Valencia.

Cuidó la edición la Dirección de Publicaciones de
El Colegio de México.

CENTRO DE ESTUDIOS DE ASIA Y ÁFRICA
PROGRAMA INTERDISCIPLINARIO DE ESTUDIOS DE LA MUJER
PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA Y SOCIEDAD

Cómo negocian las mujeres sus derechos en el mundo. Una intersección entre culturas, política y religiones es el resultado de varios años de colaboración entre investigadoras, investigadores, tomadores/as de decisión y feministas defensoras de los derechos sexuales y los derechos reproductivos de Brasil, Egipto, Estados Unidos, Filipinas, Malasia, México y Nigeria.

Para construir nuestros argumentos sobre *Cómo negocian las mujeres...* nos acercamos a la vida de cientos de hombres y mujeres a través de entrevistas que nos permitieron reconstruir el complejo entramado político, económico y cultural donde acontecen sus vidas, sus emociones y aspiraciones.

El libro ofrece algunos hallazgos sobre cómo, cuándo y dónde las mujeres de escasos recursos articulan un sentido de autorización respecto a cuestiones tan íntimas como la crianza, el matrimonio o la experiencia sexual.

Reconocer las estrategias que las mujeres usan para negociar no sólo con sus parejas, sino con proveedores de salud y familiares es el objetivo de esta obra que muestra el proceso de toma de decisiones como un complejo ejercicio de negociación y apropiación donde intervienen resistencias, acomodados y factores económicos, políticos y culturales.

ISBN 968-12-1192-8



9 789681 211929



EL COLEGIO
DE MÉXICO