

# **Los profesionales de salud mental y la perspectiva de género en el acceso de adolescentes a la salud sexual y reproductiva**

**Gabriela V. Perrotta**

Publicado en Trimboli, A. et al. (comp.), *Modernidad, Tecnología y Síntomas Contemporáneos. Perspectivas clínicas, políticas, sociales y filosóficas*, AASM, Serie Conexiones, Bs. As., Argentina, 2008, págs. 744/746.

## **Introducción**

Existen diferentes brechas de desigualdad en el acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva (SSyR) en las diferentes regiones de Argentina. Varios factores son determinantes en esa desigualdad: económicos, sociales pero también culturales, subjetivos y de género. Es necesario destacar el rol de los equipos de salud al hablar de posibilidades de acceso, especialmente si se trata de adolescentes. El propósito de este trabajo es, por un lado, mostrar las dificultades de los y las adolescentes en el acceso a la SSyR y, por otro, señalar particularmente la importancia de los profesionales de salud mental en los equipos interdisciplinarios para la atención de adolescentes. El trabajo combina hallazgos de una investigación realizada en un barrio de bajos recursos de la Ciudad de Buenos Aires (Villa 20, Lugano) con resultados de otros estudios realizados en diferentes provincias argentinas.

## **El embarazo adolescente como indicador de acceso a la SSyR**

El embarazo en la adolescencia suele concentrarse en las poblaciones más pobres, con condiciones inadecuadas de nutrición y salud de las embarazadas. En este sentido se constituye como indicador de acceso a la salud. Nuestra hipótesis, desarrollada en trabajos anteriores (Perrotta, 2007), es que los embarazos en la

adolescencia suelen estar influenciados por la definición de la identidad femenina asociada a la maternidad y a las tareas domésticas. Estos estereotipos sociales y culturales determinan el acceso a la SSyR. Dicho acceso es generalmente definido como accesibilidad a los servicios de salud, de acuerdo a los componentes de distancia, costo económico y tiempo; pero en este caso hacemos hincapié en los factores sociales y culturales que condicionan el acceso a la salud.

### **Autonomía de género**

La introducción del concepto de género permite instalar en el ámbito científico, académico y político la discusión acerca de la diferencia entre sexo y género, definiendo al sexo como aquello que está determinado por la naturaleza y designa las características biológicas de un ser humano al nacer y al género como la construcción social y cultural de lo femenino y lo masculino.

Tradicionalmente se atribuyen a las mujeres roles pasivos, de cuidado de los otros, de mayor sensibilidad y básicamente se espera que sean madres y esposas y se remitan al ámbito de lo privado. Mientras que a los hombres se les atribuye la actividad, el poder, la fuerza y el rol de proveedores y se les otorga el ámbito de lo público. Los roles que la sociedad atribuye a hombres y mujeres inevitablemente determinan las relaciones entre ellos y los comportamientos que pueden llevarlos/as a situaciones de riesgo con respecto a su salud, como las dificultades de las mujeres para negociar el uso del preservativo en una relación sexual.

Hablar de lo masculino y lo femenino desde una perspectiva de género implica sostener que cada cultura construye su forma de “ser mujer” y de “ser varón” y que además cada sujeto construye su manera particular de ser mujer u hombre.

En este marco podemos hablar de autonomía de género refiriéndonos a la posibilidad de hombres y mujeres de elegir y decidir sobre sus vidas, especialmente sobre su SSyR, más allá de los estereotipos de género que condicionan sus roles y comportamientos.

Si tomamos como ejemplo la situación de las adolescentes de Villa 20 nos encontramos con que estas chicas piensan que ser mujer es ser madre y sienten que son mujeres si son madres. También piensan que la sociedad las reconoce como mujeres y las respeta *sólo* si son madres. Para ellas es natural que los hombres quieran tener relaciones sexuales. Ellas sólo pueden decir “sí” o “no”, en caso de que sea una propuesta; pero en general sienten que son presionadas y no pueden elegir. Para estas chicas, la iniciación sexual aparece asociada al embarazo como una consecuencia inevitable, a pesar de los cuidados anticonceptivos.

Otro ejemplo es la situación de las mujeres del norte del país, donde gran parte de la población pertenece a comunidades aborígenes con costumbres culturales particulares. Una de ellas es no tomar remedios, especialmente pastillas. Esto se convierte en un obstáculo en el intento de mejorar la autonomía de género de las mujeres y el acceso a los métodos anticonceptivos. Cuando ellas reciben consejería acerca de sus derechos sexuales y reproductivos, algunas deciden usar un anticonceptivo. Pero se encuentran con otro impedimento: sus maridos no quieren que ellas los usen. Algunas igual sostienen su decisión y piden a los profesionales de la salud un método inyectable para poder utilizarlo sin que el marido lo sepa.

Abordar la SSyR desde el contexto sociocultural y la perspectiva de género implica reconocer que no se trata sólo de que las personas lleguen al Centro de Salud u Hospital sino que el equipo de salud puede favorecer la posibilidad de que esa persona regrese y sostenga su tratamiento o concurrencia, o no regrese porque no se sintió escuchada, comprendida o aceptada.

### **La Salud Reproductiva y la interdisciplina**

Podemos tomar el Programa de Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires como ejemplo. Estudios realizados en distintas etapas de su implementación concluyen en que en los últimos cinco años ha cambiado su orientación. Este cambio tendió a priorizar un abordaje basado en el género y los derechos sexuales y reproductivos para favorecer un nuevo paradigma que ayudara a modificar la actitud de los profesionales. El cambio de actitud mejoró el acceso de la población a la SSyR, particularmente la de los y las adolescentes.

¿Cómo logró el programa cambiar el paradigma de la SSyR? Implementando una estrategia de capacitación permanente basada en la perspectiva de género y derechos, incluyendo actualizaciones sobre temas específicos de salud sexual y reproductiva, tanto médicos como no médicos. Esto ayudó a mejorar la calidad en la atención. Mejoró el acceso de la población a la información y a los métodos anticonceptivos, gracias a una mejor receptividad de parte de los profesionales.

Por otro lado, algunos estudios sobre el Programa observaron también que la perspectiva de género fue incorporada más rápidamente y con mayor convicción

en los equipos interdisciplinarios, especialmente si los profesionales de salud mental formaban parte de ellos.

## **Conclusiones**

Esta experiencia de desarrollo del Programa de Salud Reproductiva de la Ciudad de Buenos Aires refuerza la idea de que la formación de los profesionales de la salud es básica para lograr una buena calidad de atención, especialmente en materia de salud sexual y reproductiva, donde se ponen en juego prejuicios y estereotipos de género, además de la tradicional relación médico paciente y el modelo médico hegemónico que sostiene que el médico es el que sabe y el paciente debe hacer lo que el profesional diga. La posibilidad de abordaje desde el equipo interdisciplinario facilita la incorporación de la perspectiva de género y derechos. Pero además, es fundamental el rol de los profesionales de salud mental en dichos equipos para tener en cuenta las diferentes características culturales de las poblaciones con las que los profesionales de la salud suelen trabajar, reconociendo cómo los estereotipos de género determinan decisiones sexuales y reproductivas en los distintos sectores.

Concluimos entonces que es necesario diseñar políticas públicas tendientes a mejorar la accesibilidad a la SSyR y reducir la inequidad de género. Para lograr implementarlas es indispensable formar a los profesionales en perspectiva de género y derechos (desde la formación universitaria de grado, tanto a los médicos como a todos los profesionales del equipo de salud), fomentar el trabajo interdisciplinario que incluya la participación de profesionales de la salud mental

que aporten con su posición, y generar espacios de discusión entre los profesionales para incorporar las perspectivas desarrolladas.

## **Bibliografía**

Daverio, A., 2006, El proceso de implementación de la política pública de salud reproductiva en la Ciudad de Buenos Aires: desafíos ideológicos e institucionales: El caso del Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich" y su área programática. En Petracci, M. y Ramos, S., comp., *La política pública de salud y derechos sexuales y reproductivos en la Argentina: aportes para comprender su historia*, CEDES, Buenos Aires.

Gogna, M., comp., 2005, Embarazo y maternidad en la adolescencia. Estereotipos, evidencias y propuestas para políticas públicas. CEDES. Buenos Aires.

Lamas, M., 1996, Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género", en Lamas, M. (Comp.), *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, Porrúa, México.

Pantelides, E. A., 2004, Aspectos sociales del embarazo y la fecundidad adolescente en América latina, in *Notas de Población Año XXXI N° 78*, Naciones Unidas, CEPAL, Santiago de Chile.

Perrotta, G., 2007, Sexualidad adolescente y condicionamientos de género. En Trimboli, A. et al. (comp.), *El Malestar en lo cotidiano: Diferentes miradas en salud mental*, AASM, Bs. As., Argentina, pags. 269/271.

Perrotta, G., 2007, Embarazos en la Adolescencia: ¿Accidente, deseo, destino?, en Memorias de XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores del MERCOSUR: "*La Investigación en Psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza*". Facultad de Psicología. UBA. Secretaría de Investigaciones. Argentina. ISSN: 1667-6750. Año 2007. Págs. 282 a 284.

Stern, C.; García, E., 1996, Hacia un nuevo enfoque en el campo del embarazo adolescente. In *Seminario Internacional sobre Avances en Salud Reproductiva*, México: El Colegio de México.