



DE LA INVESTIGACIÓN A LA ACCIÓN

*Aportes para la reflexión de los
equipos que hacen Consejería en
Salud Sexual y Reproductiva*



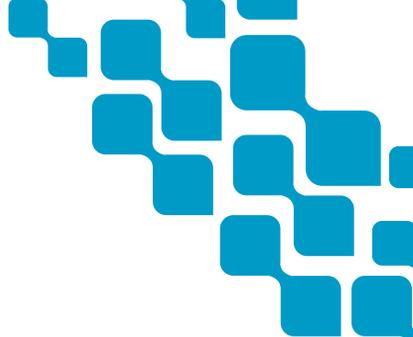
LÍNEA SALUD SEXUAL **0 800 222 3444**

En todo el país. La llamada **es gratis**. Tu pregunta **es confidencial**.

www.msal.gov.ar/saludsexual | saludsexual@msal.gov.ar

ARGENTINA
UN PAIS CON BUENA GENTE





Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria

Dr. Guillermo Pedro González Prieto

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Lic. Paula C. Ferro

Junio 2012

**Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR)
Ministerio de Salud de la Nación**

Av. Rivadavia 875, Piso 7 Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Teléfonos: (+54 11) 4342 3470 / 3484 / 3375

Correo electrónico: saludsexual@msal.gov.ar - Web: www.msal.gov.ar/saludsexual

Línea 0800 Salud Sexual: 0800 222 3444

Una invitación a reflexionar desde el hacer

El trabajo diario en atención primaria de la salud suele dejar poco tiempo para reflexionar sobre nuestras propias prácticas, incorporar nuevos elementos de análisis y reformular las estrategias de atención. **“De la investigación a la acción”** propone, precisamente, que quienes desarrollan o tienen en sus planes desarrollar Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva cuenten con insumos para generar un espacio de reflexión interna como equipo.

Estas Hojas de Trabajo, elaboradas a partir de investigaciones, artículos periodísticos e incluso posicionamientos de organizaciones sociales sobre temas vinculados a los derechos sexuales y reproductivos, constituyen un aporte para re trabajar temas clave al interior del equipo de salud y fortalecer los dispositivos de consejerías desde una perspectiva de género y cumplimiento efectivo de los derechos humanos.

El dispositivo de Consejerías en Salud Sexual y Salud Reproductiva se define como un proceso de acción educativa enmarcado en un amplio proyecto de promoción de la salud sexual (OPS/OMS; 2000).

Con estas Hojas, el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (PNSSyPR) busca incentivar, promover, impulsar a los equipos a incorporar prácticas más efectivas y equitativas. En este camino, se requiere sumar la articulación con organizaciones comunitarias y la generación de redes sociales en cada localidad, a fin de comprometernos en conjunto en mejorar el acceso y la atención de toda la población.

Organizadas en secciones, las Hojas abordan ocho temas: 1) Derechos sexuales y derechos reproductivos; 2) Modelo de atención de los equipos de salud; 3) La intervención con perspectiva de género; 4) Métodos anticonceptivos; 5) Prevención y atención de la violencia sexual; 6) Embarazos no deseados y situaciones post aborto; 7) Adolescencia y 8) Identidades de género.

Se trata en todos los casos de una primera aproximación, pantallazos para seguir indagando, para iniciar recorridos propios en función de las necesidades de cada equipo y teniendo en cuenta las inquietudes en común.

“De la investigación a la acción” tiene como objetivos facilitar a los equipos de salud:

- Contar con material informativo y de sensibilización sobre diferentes temas asociados al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.
- Promover el análisis crítico de la práctica diaria, evaluando la propia intervención.
- Comprender temores, desafíos y dificultades que enfrentan las personas al tomar decisiones sobre su salud sexual y salud reproductiva.
- Analizar en forma contextualizada los problemas socioeconómicos y culturales (formas de prejuicio y discriminación, violencia, sexismo, falta de oportunidades sociales, educacionales, de información, etc.) que afectan el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos.
- Afianzar comportamientos sostenidos en códigos de ética profesional y de conciencia personal.
- Abordar las consejerías en salud sexual y salud reproductiva desde una perspectiva integral.

Se trata, en síntesis, de continuar el camino iniciado para implementar Consejerías en Salud Sexual y Reproductiva con una perspectiva integral, con equipos de salud comprometidos, actualizados y capaces de revisarse a sí mismos; lo que combinado con los insumos necesarios en cada localidad nos permita alcanzar la meta que es obligación del Estado en todos los niveles: garantizar el cumplimiento efectivo de los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas que habitan nuestro pueblo.



Paula Ferro

Coordinadora Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable

Índice

Sección 1. Derechos sexuales y derechos reproductivos	
Con todo al aire. Derechos humanos y salud reproductiva.....	1
Ser migrante en los servicios de salud.....	5
Una historia de derechos vulnerados.....	8
(In)fertilidad y tecnologías reproductivas.....	9
Sección 2. Modelo de atención de los equipos de salud	
Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia.....	1
Un modelo de atención “usuario-centrado”.....	5
Diez ejes orientadores para la comunicación en Consejería.....	8
Sección 3. La intervención con perspectiva de género	
Decisiones anticonceptivas en pareja: ¿negociación o imposición?.....	1
La coerción sexual: como un juego.....	5
Sección 4. Métodos anticonceptivos	
Uso de métodos anticonceptivos.....	1
Conversaciones sobre sexualidad y anticoncepción.....	4
Campo semántico de la anticoncepción de emergencia.....	5
Sección 5. Prevención y atención de la violencia sexual	
El papel de la salud pública en la atención de víctimas de violación.....	1
Los mecanismos del secreto en el abuso sexual infantil.....	5
Sección 6. Embarazos no deseados y situaciones post aborto	
Consecuencias psicológicas del aborto inseguro.....	1
Atención post aborto inadecuada o inhumana.....	3
La reducción de riesgos y daños en embarazos no deseados.....	5
Proceso penal a médicos que se negaron a realizar un aborto no punible.....	7
Sección 7. Adolescencias	
Conocimientos sobre el embarazo y la anticoncepción en varones y mujeres jóvenes.....	1
Experiencias de las y los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva.....	3
El cuidado del cuerpo.....	5
Maternidad en la adolescencia.....	6
Sección 8. Identidades de género	
La heterosexualidad interpelada.....	1
Conceptos básicos sobre la diversidad sexual.....	3
Cambiamos las preguntas.....	5
Llamame por mi nombre.....	8
Visibilizando procesos de regulación de los cuerpos intersex.....	9

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Los derechos sexuales y reproductivos son reconocidos como parte de los derechos humanos. Son inherentes a todas las personas, sin distinción de edad, clase o etnia al igual que el derecho a la salud, a la vida, a la calidad de vida o a la libertad, derechos con los cuales están directamente relacionados.

¿Qué son los derechos sexuales? ¿Son algo diferente de los derechos reproductivos? Los derechos sexuales son aquellos derechos que involucran la capacidad de disfrutar una vida sexual libremente elegida, satisfactoria, sin violencia ni riesgos. Por otra parte, los derechos reproductivos se refieren a la posibilidad de decidir de forma autónoma si tener o no tener hijos, cuántos hijos tener y el espaciamiento entre sus nacimientos, para lo que se requiere disponer de información suficiente y acceso a los medios adecuados.

¿Qué tensiones encontramos entre derechos establecidos por ley y las creencias al interior del equipo de salud? ¿Cómo se materializa el derecho a la privacidad? ¿Y a brindar información clara y oportuna? ¿Qué imaginario tenemos sobre la población migrante? ¿Y sobre las tecnologías reproductivas? ¿Qué estrategias nos damos en la consejería con cada uno de estos temas?

La existencia de los derechos sexuales y reproductivos configura el reconocimiento del derecho de cada persona a tomar todas las decisiones sobre su vida. Sin embargo, persisten importantes barreras para su garantía efectiva en los servicios de salud.



Con todo al aire. Derechos humanos y salud reproductiva.....	1
Ser migrante en los servicios de salud.....	5
Una historia de derechos vulnerados.....	8
(In) fertilidad y tecnologías reproductivas.....	9



PARA SEGUIR FORMÁNDONOS



"Fuego" (1996), de la directora Deepa Mehta. Sobre cómo la sexualidad femenina es vista desde una concepción masculina del placer.
www.edualter.org/material/cineiddsrr/fuego.htm



"Políticas de salud sexual y salud reproductiva. Avances y Desafíos. Balance 2003-2011", PNSSyPR, MSAL 2011.



Consortio Nacional de Derechos Sexuales y Reproductivos:
www.conders.org.ar/

FOLLETOS Y PUBLICACIONES PARA TRABAJAR DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:

Estos materiales pueden descargarse de la sección Materiales en: www.msal.gov.ar/saludsexual o solicitarse a saludsexual@msal.gov.ar

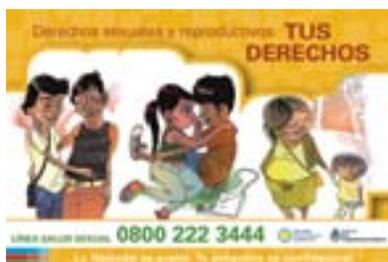
POSTALES:



Derechos sexuales y reproductivos de todas y todos



Derecho a la atención de personas con discapacidad

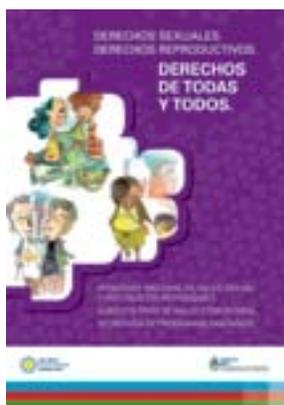


Derecho a la atención de la población migrante



Derecho a la atención de la población Lesbiana, Gay, Trans y Bisexual

FOLLETO:



Obligaciones del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable





Con todo al aire.

Derechos humanos y salud reproductiva

por M. García Jurado, A. Aucía, S. Arminchiardi y S. Chiarotti. (*)

Claves de lectura

- Reflexionar sobre las situaciones de vulneración de los derechos a la privacidad, al buen trato y a la información en las prácticas cotidianas en nuestros lugares de trabajo.
- Elaborar estrategias para evitar reproducir prácticas que vulneran derechos en nuestras instituciones.

La realidad abordada por la investigación tiene muchas aristas y la violación de los derechos humanos de las mujeres que aquí se muestra responde a circunstancias de índole cultural, social, económica, etc. No pensamos que las relaciones entre los/as trabajadores/as de la salud y las mujeres asistidas pone de manifiesto una relación de poder desde una concepción tradicional de víctima-victimario/a. Por el contrario, las entrevistas realizadas con los/as profesionales de la salud sumada a nuestra propia experiencia personal, dan cuenta de la **difícil trama que envuelve la cuestión de la prestación de los servicios públicos en salud**: el colapso del sistema sanitario por el incremento de la demanda de asistencia y la precariedad de las condiciones laborales, la falta de una política seria en materia de salud que se mantenga relativamente al margen de los vaivenes de la economía, la concentración de la asistencia de muchos servicios en los hospitales, etc.

No obstante toda esta compleja trama referida, entendemos que la violación de los derechos humanos de las personas, en este caso de las mujeres que concurren a los servicios públicos de salud reproductiva, es una cuestión de suma importancia que debe ser pensada como una realidad a ser transformada. Es cierto que las situaciones de violencia pueden atravesar a todos los sujetos, ya sea que demanden asistencia o que la brinden. Pero también es cierto que no se puede amparar o justificar una violencia por la existencia de otra.

Es nuestra intención hacer visible lo naturalizado; develar cómo en lo concreto se violan los derechos de las mujeres, fundamentalmente de aquellas que se encuentran en situación de pobreza y exclusión.

Esperamos que este análisis contribuya a reflexionar sobre la práctica asistencial en salud reproductiva, a analizar las causas más profundas de algunas conductas, y a poder emprender cambios superadores de esta situación.

1. Degradación y crueldad en el trato

Placer castigo

Una de las situaciones en las que aparece reiteradamente el maltrato y la agresión verbal o psicológica hacia la mujer es en el **momento del parto**.

-“Aguanten, aguanten, si les gusta coger, se tienen que aguantar esto porque es menos doloroso.” (t2).

-“Te gustó coger y ahora como gritás acá,” “mirá cómo te venís acá y no te acordás que te gustó la pija, y ahora te querés cerrar de piernas.” (t9)

-“Te gustó lo dulce, ahora aguantate lo amargo.” (t12)

Se develan aquí una serie de **prejuicios** fuertemente arraigados y naturalizados en nuestra sociedad, a los que el personal de salud no escapa. Prejuicios que provienen de ciertas concepciones y representaciones culturales acerca de la sexualidad de la mujer. Así circulan en el imaginario social, frases tales como “el sexo es para procrear,” “la mujer es madre ante todo,” o la frase bíblica “parirás con dolor.” Pareciera que el aguantar y **soportar el dolor es el costo que debe pagar la mujer por el placer**.

Podríamos pensar dos cuestiones a partir de esto: la anulación de la humanidad de la mujer, en el sentido de que primero y ante todo es madre, por lo que debe cargar con todo su cuerpo el dolor físico del parto sin quejarse (abnegación, sacrificio, etc.) y, por otro, que el placer sexual sería algo censurable para las mujeres y que no sería propio de la condición de mujer-madre, es decir, el sexo estaría pensado sólo para procrear.

Estas frases, que son agresivas, humillantes, degradantes, aparecen en un momento tan significativo como el del parto, donde la mujer se encuentra más necesitada de asistencia, contención y apoyo. Por otro lado, no sólo la ofenden y agravan sino que, paradójicamente, también **denigran en su**

(*) Autoras: M. García Jurado, A. Aucía, S. Arminchiardi y S. Chiarotti. “Reporte de derechos humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos. Con todo al Aire” INSGENAR, (Instituto de Género, Derecho y Desarrollo) y CLADEM. Santa Fe, 2003.

Con todo al aire. Derechos humanos y salud reproductiva.

humanidad a quien las dice, en la mayoría de los casos relevados, otras mujeres –parteras, enfermeras. Esto da cuenta de la fuerza que tienen los estigmas y mandatos culturales.

Las niñas con la almohada en la boca

-“Cuando estaba en pre parto me dejaron sola y no me atendían, decían que eran ñañas de primeriza, y yo estaba que no daba más... se reían y decían que era primeriza y que quería todo rápido, que ellos no podían hacer nada.” (t6)

-“No te hagás la nenita de mamá.” “La doctora me retaba, me decía que me hacía la estúpida” (t7).

-“No sé para qué te quejás si es chiquito.” Cuando estaba pariendo le dijeron que no gritara, que eso no era una cancha y que no había ningún gol.” (t11).

-“No grites, ponete una almohada.” (t13)

Aparecen aquí frases de descreimiento, subestimación y burla ante el sufrimiento manifestado por la mujer. Es tratada como “*nenita de mamá*”, se le dice “*aguantá nena*.” Emerge aquí otra concepción cultural naturalizada, la de **considerar a la mujer en una situación de “minoridad”**, anihándola.

Se subestima su dolor al plantear que son “*ñañas de primeriza*.” Se la piensa como quejosa y exagerada; su sufrimiento es visto como injustificado, descalificándolo y subestimándolo.

El carácter degradante de estos comentarios se expresa en el sentimiento de miedo, inferioridad y humillación que manifiestan las mujeres. Estas actitudes por parte del personal de salud implican violencia psicológica y emocional contra las mujeres.

2. Intromisión en la intimidad de la mujer

A partir del análisis de los diferentes relatos de las mujeres, podemos ver que la exposición del cuerpo y, en especial, de los órganos genitales, es una situación que se repite en diversas intervenciones: en el parto, en la consulta ginecológica y otras.

Esta modalidad pareciera deberse a varias circunstancias. Por un lado, hay condicionamientos que provienen del diseño y límites espaciales y de disponibilidad de recursos, por ejemplo, en algunas **salas de parto no hay privacidad**, ya que hay varias camas y se atiende simultáneamente a más de una mujer. Otra razón tiene que ver con el funcionamiento del sistema de formación de estudiantes de grado y postgrado de las carreras de medicina y enfermería. No obstante reconocer la existencia de estos factores que irían más allá de los posicionamientos individuales del personal de salud, consideramos que estas modalidades de funcionamiento sumadas a actitudes concretas de **desaprensión e indiferencia** hacia la intimidad del cuerpo de la mujer, son lesivas de los derechos humanos.

-“Me metieron mano, más o menos trece estudiantes,” “Sentí vergüenza, bronca,” “(Yo) me tapaba la cara con la sábana para que no me miraran.” (t9)

-“La revisa un tocoginecólogo conjuntamente con varios residentes. El especialista primero le hace tacto vaginal y luego se lo practican cuatro residentes más. Había también otro grupo de residentes que observaban... En el momento de la revisión del tocoginecólogo y los residentes se sintió sola, tratada como un instrumento...” (t4).

-“...Todos le metían el dedo en la herida y que unos, explicaban a otros, cómo hacer para cerrar la herida “parecía que me estudiaban como un fenómeno” (t8). (...)

-Una mujer de 75 años tuvo 6 hijos en su casa en el campo. Tenía molestias en la vagina pero se resistía a ir al hospital. Le diagnosticaron cáncer de vagina. Cuando la llevan a uno de los controles la atiende un médico junto con siete alumnos (t25.)

-“Dice haber sentido que ‘estaba en una vidriera’. Agrega que llegaron unos alumnos, aproximadamente tres por cama, según escuchó decir al profesor. ‘Yo estaba desnuda, me destapaban y ellos hablaban en grupo’.” (t 24) (...)

En estos testimonios advertimos un **avasallamiento del derecho a la intimidad** de las mujeres, quienes no recibieron ninguna explicación ni fueron consultadas sobre si estaban de acuerdo, por ejemplo, con ser revisadas por otras o varias personas.

Las mujeres que han atravesado algunas de estas situaciones expresan que se han sentido humilladas y avergonzadas. La intromisión y la revisión masiva, la exposición indiscriminada de su cuerpo y de sus órganos genitales, les genera sentimientos de bronca, angustia e incomodidad.

Algunas mujeres manifiestan **no encontrarse en la posibilidad de negarse a dichas prácticas**, dado que al no ser consultadas no tienen la posibilidad de elegir. Por otro lado, habría que pensar qué **posibilidades subjetivas** tendrían las mujeres de manifestar su desacuerdo, en caso que fueran informadas y consultadas, ya que, en general, se entabla una relación de poder más fuertemente asimétrica entre el personal de salud y quienes requieren de asistencia en un hospital público.

En todos los casos debería brindarse previamente la información sobre la práctica que se necesita realizar, en lenguaje claro y accesible, luego preguntar al o la paciente si está de acuerdo, es decir, si consiente la práctica. En caso de negativa, la misma debe respetarse. En caso de consentir, se deben adoptar todos los recaudos que garanticen la realización de la práctica con el menor avasallamiento e intromisión posible en el cuerpo e intimidad de las personas.

El derecho a la intimidad se considera desde dos aspectos: como un **límite a la injerencia externa** y como una libertad que permite tomar



Con todo al aire. Derechos humanos y salud reproductiva.

decisiones que conciernen a la vida privada. En los fragmentos transcritos se encuentran vulnerados ambos aspectos al verificarse una intromisión no consentida en el cuerpo de la mujer, quien ve coartada su posibilidad de decidir en un aspecto tan íntimo como lo es el exhibir su cuerpo, sus órganos genitales, someterse a tactos vaginales, etc. Aquí se ve claramente la vinculación existente entre el derecho a la intimidad y la integridad personal.

Actualmente en la ciudad de Rosario todos los hospitales, maternidades y muchos centros de salud tienen asignada la función formativa de estudiantes y residentes. En virtud de lo señalado, entendemos que es de vital importancia que, en la actividad formativa no deje de tenerse en cuenta que se deben garantizar plenamente el respeto de los derechos, fundamentalmente el de la intimidad o privacidad y la integridad personal, como así también su libre consentimiento informado.

3. Violación del derecho a la información y al libre consentimiento informado

Tenés que firmar acá

Otras de las situaciones que aparecen reiteradamente en los testimonios dan cuenta de una desvalorización o invalidación de la palabra de la mujer, de sus opiniones, de los saberes o creencias sobre su propia salud, así como de su derecho a ser informada y de elegir o consentir libremente las prácticas asistenciales que su situación demande.

-"La paciente le dijo que le tenían que poner coagulantes porque tenía problemas de coagulación, pero no le dieron importancia". (t2)

-"El médico decide, delante de la paciente y sin consultarla, fecha de operación y sin explicarle qué es lo que le estaba pasando y tampoco de informarla si había otras posibilidades distintas a la operación que consistió en una histerectomía". (t4)

-"Cuando la atienden dos cirujanos le dijeron que no podía tener más hijos... que si tenía más, le iban a nacer muertos. En esa situación, le proponen practicarle una ligadura de trompas... Antes de hacerle la cesárea, ella se sentía desvanecida, mal y un enfermero le hace firmar una planilla. Le dice "tenés que firmar acá".. por el estado en que se encontraba no pudo preguntar qué decía la planilla, así como tampoco si le habían ligado las trompas, tampoco le leyeron lo que le hicieron firmar, sólo le dijeron que tenía que firmar. (t8)

-"Posteriormente y luego de varios meses de ir a la pediatra, ésta le pregunta si era posible que le hubieran aplicado fórceps para sacar al bebé. La testificante dice que no lo recuerda porque estaba desvanecida en ese momento y que, además, nadie le dijo absolutamente nada... Entonces, va al hospital, y se informa a partir de la historia clínica que sí le habían hecho fórceps. Va a un neurólogo y luego de varios estudios se detecta que el bebé tenía la mollera cerrada y que esto puede ocasionar complicaciones con el crecimiento del niño y de la cabeza". (t9)

-"...Podés creer un aborto a las tres de la mañana", "escuchá lo que dice la Señorita, encima, es (RH) negativa". (t16)

-"En el primer embarazo, cuando estaba de 5 meses, comenzó con contracciones, fue a la guardia del HRSP. No la atendían. Sin revisarla, le decían que tenía que esperar, como no aguantaba y estaba muy asustada la llevaron sus familiares al Hospital de Villa Gobernador Gálvez, la internaron y perdió el embarazo. De allí la llevaron al Hospital Centenario para hacerle un legrado. En ningún lugar le dieron explicaciones claras sobre lo que le había ocurrido. "Hasta el día de hoy, no sé realmente qué me pasó". (t19)

-"Si se hace atender aquí es porque yo soy la doctora, pero si vos sabés, quedate en tu casa y atendete sola". (t9)

-"El primer día después de la operación vinieron unas enfermeras y me dijeron que me tenía que lavar sola la herida. Yo les dije que no me animaba, que me daba impresión, y me dijeron: 'Qué impresión ni impresión, nenita, andá y hacé caso, lavate, que acá no se está para pedir nada'. (t.20)

En varias situaciones se vislumbra con claridad que se realizan prácticas sin previa consulta, sin que sea brindada la información sobre el estado de salud ni de las intervenciones que serían necesarias realizar, así como tampoco, en consecuencia, se da la posibilidad de que la mujer pueda considerar cual es la alternativa que prefiere. Se ve con toda crudeza una relación desigual entre quien se pone en lugar de detentación del saber, casi absoluto, omnipotente y quien nada sabe y, en consecuencia, nada puede decir ni elegir.

Sobre las relaciones de poder y el saber médico ya mucho se ha dicho, por lo que en este contexto sólo nos interesa conectar estas experiencias de las mujeres con algunas ideas básicas sobre esa cuestión.

Nos sigue resultando paradójico que aún persistan estas actitudes de invalidar y desconocer el saber, las representaciones y las creencias que tienen las personas, en estos casos las mujeres, respecto de su salud, su cuerpo, su historia de vida y sus necesidades.

Esta particular forma de relación que se establece entre usuarias y personal de los servicios de salud reproductiva queda evidenciada con las situaciones mencionadas, por ejemplo, la mujer que se vio compelida en una situación crítica a firmar un documento para que se le realice, aparentemente, una ligadura tubaria, sin previa información y consulta; el caso de la decisión de intervención quirúrgica sin explicación ni consulta; situaciones en las que la opinión de las mujeres no es escuchada o es centro de burlas, como aquella que informó su situación de negativa y por ser sospechada de haberse practicado un aborto fue objeto de comentarios irónicos por parte de la profesional, etc.

Todo lo anteriormente referido, tiene estrecha vinculación con el goce del derecho a la salud, a la información, a un trato digno y humanizado y a ser escuchada y comprendida en sus opiniones.

Con todo al aire. Derechos humanos y salud reproductiva.

Como se analizó en profundidad en la parte anterior, los derechos reproductivos comprenden el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción, sin coerción, discriminación ni violencia de ningún tipo y a contar con la información gratuita para tomar estas decisiones, así como de disponer de los medios para implementarlas.●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** ¿Qué derechos sexuales y derechos reproductivos se avasallan según este informe?
- 2** ¿Qué situaciones cotidianas en nuestras instituciones pueden analizarse como situaciones de violencia naturalizadas?
- 3** ¿Cuáles creemos que son las causas más profundas de estas formas de maltrato?
- 4** ¿Existen espacios que nos permitan reflexionar como equipo sobre las situaciones en las que podemos estar incurriendo en violencia contra quienes asisten al sistema de salud?
- 5** ¿Qué estrategias podemos darnos como equipo para evitar situaciones de vulneración de derechos?



Ser migrante en los servicios de salud

por Patricia Cortés Castellanos^(*)

Claves de lectura

- Reflexionar de manera crítica acerca del imaginario que tenemos sobre la población migrante.
- Indagar, a partir de nuestra práctica, en posibles intervenciones y estrategias de promoción de derechos sexuales y reproductivos orientadas a este colectivo.

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994) la comunidad internacional llegó al importante consenso respecto de que la salud sexual y reproductiva es un derecho humano fundamental de las mujeres. Por lo tanto, la Conferencia recomienda reconocer su carácter universal, inalienable e inembargable, e insta a los Estados a encaminar sus esfuerzos para su protección, promoción y defensa, y a la sociedad y a los diferentes actores sociales para que participen activa y comprometidamente en este objetivo.

La Conferencia define a la salud sexual y reproductiva como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o inestabilidad, en todas las áreas relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos. Por ello, los derechos reproductivos implican garantizar una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y la capacidad de reproducirse sobre la base de la libertad plena para decidir sobre cuántos hijos procrear, cuándo y con qué frecuencia. También confiere a las personas el derecho a una información de calidad y pertinente sobre la salud sexual y reproductiva, y a recibir la asistencia necesaria para proteger su salud y la de su familia. Además, contempla el derecho de las personas a beneficiarse de los progresos científicos en asistencia sanitaria, especialmente en todo lo relacionado con su salud sexual y reproductiva.

Esta declaración es sumamente importante en términos de una reivindicación histórica de las mujeres y del movimiento feminista respecto a vivir en libertad y satisfacción la sexualidad, y el derecho a decidir libre e informadamente sobre las condiciones de su reproducción. La promoción y protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes, un gran desafío para la comunidad internacional, es crecientemente asumida como una razón de justicia social que favorece a quienes se encuentran en mayor situación de vulnerabilidad, no sólo frente a este derecho en particular, sino frente a un gran número de derechos que definen la dignidad humana.

4.1 Algunos comentarios sobre la fecundidad de las mujeres migrantes

Un estudio realizado por Pellegrino (1996) destaca que los trabajos sobre fecundidad de las mujeres migrantes muestran una tendencia a la asimilación con las pautas de las mujeres de los países de recepción. Según este estudio, en los países europeos los comportamientos reproductivos de las mujeres migrantes se mantienen relacionados con los del país de origen (...)

En este mismo sentido, un trabajo del UNFPA (Mora, 2003) admite que la migración tiende a disminuir la fecundidad, pero advierte que los estudios relevantes para las mujeres migrantes en la región no son concluyentes, y que existen además otras variables más determinantes como la edad, la educación y el acceso a medios económicos.

Interesante además es el hecho que destaca el estudio de Anderson (2001), respecto a que un número importante de migrantes internacionales enroladas en el servicio doméstico se ven ante la necesidad de dedicar su vida a cuidar los hijos ajenos, posponiendo o renunciando a la posibilidad de tener los propios e incluso a formar una familia o vivir en pareja.

Según la Organización Internacional de Migraciones (OIM, 2001), las investigaciones muestran que las mujeres reciben una pobre atención prenatal, y que un gran número de mujeres migrantes tienen a sus hijos sin asistencia médica. Además, es difícil encontrar servicios de salud que atiendan las diferencias culturales o que estén abiertos a un diálogo intercultural con los migrantes para optimizar la prestación. La DAW (2005) señala al respecto que, en general, los servicios de salud no tienen prevista la posibilidad de la interpretación, por lo cual las mujeres enfrentan dificultades para comunicarse y entender por sí mismas o simplemente tienen que recurrir a terceros para que les sirvan de intérpretes, lo que expone su intimidad y su vida privada.

Por otra parte, las evidencias indicarían que las adolescentes inmigrantes buscan apoyo médico

(*) Autora: Patricia Cortés Castellanos. "Mujeres migrantes de América Latina y el Caribe: Derechos humanos, mitos y duras realidades". Programa Regional de Población y Desarrollo, CELADE, UNFPA. SERIE Población y Desarrollo 61. Santiago de Chile, noviembre de 2005.

en el caso de contagio de ETS sólo cuando el dolor las afecta especialmente, o asistencia perinatal cuando se encuentran en un estado avanzado de gravidez (Haour-Knipe, 2003), lo que sin duda coloca en sumo riesgo la integridad de la salud tanto de la joven como del hijo que espera.

El estudio de la DAW señala que la mortalidad materna parece ser mayor entre las migrantes en comparación con las nativas. Este y otros indicadores de la salud de madres e hijos, son el efecto neto de un número de factores biológicos y sociales que colocan a las mujeres migrantes en un alto riesgo. La pobreza, la exclusión y la marginalidad terminan siendo mucho más determinantes que la misma migración, toda vez que son justamente estas variables las que operan en contra de garantizar la calidad de vida para las más vulnerables del sistema.

Las mujeres migrantes, y particularmente las de América Latina y el Caribe, enfrentan situaciones que atentan contra su derecho a decidir y ejercer libre e informadamente su reproducción. Las mismas condiciones que empujan a la gran mayoría de las mujeres más allá de sus fronteras son las que conspiran contra este derecho. Las mujeres pobres, jóvenes y con menores niveles de escolaridad son quienes, por efecto del propio perfil sociodemográfico que las define, tienen menores grados de libertad frente a su comportamiento reproductivo y a la vez son quienes se encuentran ante mayores riesgos respecto a la integridad de su salud sexual y reproductiva.

4.2 Vulnerabilidades de la salud sexual y reproductiva de las mujeres migrantes

Si bien se reconoce que los migrantes tienen la responsabilidad de proteger su salud, su comportamiento sexual es diferente cuando se encuentran lejos de sus comunidades, debido a la soledad, las presiones sociales u otros factores como la falta de recursos para la sobrevivencia, razones que en muchos casos contribuyen para conducir a las personas a asumir conductas de riesgo de embarazos no deseados o contraer una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), incluido el VIH/SIDA (Haour-Knipe, 2003; Phinney, 2002). (...)

Poco se dice del riesgo que significan los hombres provenientes de los países industrializados, personas de negocios, profesionales independientes, con conductas altamente promiscuas, demandantes de todo tipo de productos de la industria del sexo, el turismo sexual o directamente [...] las prácticas pedófilas. (...)

Las mujeres migrantes también enfrentan situaciones de riesgo que van más allá de su voluntad o de su capacidad de decisión libre e informada. Son vulnerables, por ejemplo, las mujeres que se desplazan en soledad y con escasos recursos, quienes pueden tener muy pocas opciones

para sobrevivir, por lo que se ven inducidas a la prostitución o a establecer relaciones de tránsito en búsqueda de protección y compañía (...)

Otro grupo de interés es el de las mujeres migrantes dependientes, quienes en general disponen de un acceso limitado a los programas de empleo o a los beneficios sociales, debido justamente a su condición de "persona a cargo". Su lugar de residencia depende de su relación con un ciudadano o con un primer migrante, y también son particularmente vulnerables en términos de salud reproductiva, sobre todo cuando el acceso a la atención sanitaria está vinculado a su situación jurídica (...)

Amnistía Internacional (2005) expresa su preocupación por la situación de las empleadas domésticas, quienes corren el riesgo de sufrir abusos sexuales por parte de sus empleadores, familiares y amigos del empleador. Esta situación es bien conocida en América Latina, pero el riesgo de las mujeres que viajan al extranjero para trabajar en el servicio doméstico es aún mayor. Aquellas que han entrado en un país sin documentación, o que ésta les ha sido retirada por sus empleadores, en muchos casos no pueden buscar resarcimiento legal por los abusos que han sufrido. Las empleadas domésticas suelen enfrentar restricciones legales si desean cambiar de trabajo, y experimentar dificultades con el idioma y miedo a la deportación si protestan por el maltrato. Los empleadores pueden servirse de este miedo para silenciar a la mujer. (...)

Sin duda, un grupo de suma vulnerabilidad es el de las personas víctimas de trata. En el caso de las mujeres, afrontan tres momentos en los cuales son claramente violentados sus derechos a la salud física, sexual, reproductiva y mental. Un primer momento se ubica en los países de origen. Dado que las víctimas son sobre todo personas que provienen de comunidades pobres, y que ellas mismas afrontan situaciones de dura pobreza, su acceso a los servicios de salud es escaso o inexistente (...)

El segundo momento es el de los desplazamientos propiamente dichos, por las características de inseguridad con que ocurren (ahogos, sofocamientos, quemaduras, hipotermia, deshidratación al interior de vehículos que no son para transporte humano). Las mujeres además afrontan riesgos de violación o abuso de parte de los tratantes, y se ven expuestas a violencia física en caso de rehusarse.

El tercer momento se presenta en el lugar de acogida, donde las víctimas de trata nuevamente están sujetas a varios tipos de riesgos. Es frecuente que, para las víctimas de trata con fines de explotación sexual, la violación sexual por parte de sus captores sea el mecanismo de inducción y coacción. En todos estos casos es inminente el riesgo de contraer una ETS, incluido el VIH/SIDA, además de los embarazos no deseados e incluso los



abortos forzosos y bajo condiciones de insalubridad (OIM, 2000; Phinney, 2002; Mora, 2003; Chiarotti, 2003; Martínez, 2003a; Haour-Knipe, 2003; DAW, 2005; Martin, 2004).

5. Algunos comentarios finales

Las mujeres migrantes de América Latina y el Caribe son vulnerables a violaciones múltiples e interrelacionadas de sus derechos humanos. Este es el caso del derecho a ejercer plena y satisfactoriamente la salud sexual y reproductiva, el cual está muy determinado por otras variables que condicionan o limitan su posibilidad de vivir la sexualidad con satisfacción y de decidir libre e informadamente sobre todos los aspectos referidos a la reproducción.

Las mujeres migrantes son vulnerables a la violación del derecho a la salud sexual y reproductiva de múltiples formas. Entre más derechos humanos se encuentren vulnerados, la violencia sexual o reproductiva aparece con más fuerza. Este es el caso de las mujeres jóvenes, pobres y sin educación, quienes además de afrontar una gran vulnerabilidad, tienen pocas posibilidades de reclamar por sus

derechos ante el Estado, las autoridades e incluso la comunidad en general.

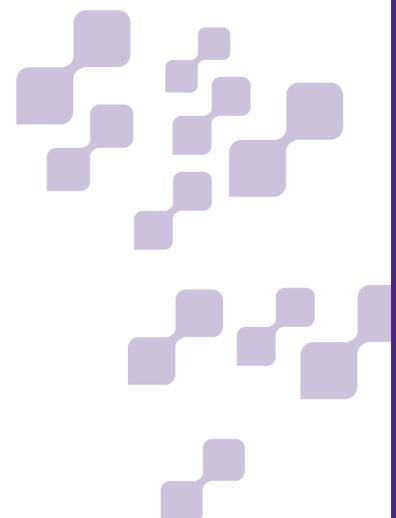
Además, persisten prácticas socioculturales que limitan el desarrollo de la sexualidad de las mujeres en las comunidades de origen, y que incluso legitiman la violencia sexual con connotaciones de género. Para las mujeres migrantes la situación es aún más compleja. Por ejemplo, en la OIM y en la Relatoría Especial para los Derechos de los Migrantes se tienen noticias que incluso las autoridades migratorias de los países violan los derechos sexuales de las mujeres (...)

La salida entonces es integral, no se puede mirar a la salud como una variable independiente, menos en el caso de la salud sexual y reproductiva (...) Dentro de las políticas migratorias es fundamental atender a las especificidades de género de las poblaciones migrantes y garantizar mecanismos para la protección y promoción de la salud sexual y reproductiva de las miles de mujeres que permanentemente se aventuran más allá de sus propias fronteras en búsqueda de un mayor bienestar para sí y para sus familias.●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 ¿Trabajamos con población migrante? ¿Qué sabemos de sus orígenes y condiciones de vida? ¿Qué lugar damos a sus experiencias previas en salud sexual y reproductiva? ¿Qué podemos hacer para conocer más?
- 2 ¿Qué obstáculos tienen por su condición de migrantes para el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos?
- 3 ¿Qué barreras tenemos para la comunicación?
- 4 ¿Qué estrategias darnos como equipo para favorecer el acceso a la consejería de las poblaciones migrantes?





Una historia de derechos vulnerados

por Mariana Carbajal^(*)

Claves de lectura

- Reflexionar sobre la tensión entre derechos establecidos por ley y las creencias de los profesionales de la salud.
- Analizar los efectos de la vulneración de derechos sexuales y reproductivos.

La historia clínica de Mónica muestra las huellas de la inequidad en el acceso a la salud. Según explicó Carolina Comaleras, del Consorcio Nacional por los Derechos Sexuales y Reproductivos (Conders), la mujer nació con una patología cardíaca congénita llamada tetralogía de Fallot, que ocasiona un cuadro de hipoxia crónica, entre otras complicaciones. “Es una enfermedad que se puede tratar con cirugía, pero Mónica nunca fue operada. Tuvo cinco abortos espontáneos, en 1997, 1999, 2001, 2002 y 2005. Este último cuando cursaba el sexto mes de embarazo y se había evaluado que había un ‘alto riesgo’ para su vida de continuar la gestación,” precisó la representante del Conders en Entre Ríos.

Al mes de ese aborto espontáneo, en el Hospital Materno Infantil San Roque, de Paraná, donde la mujer se atiende, le autorizaron una ligadura de trompas, dado que cada nuevo embarazo ponía su vida en peligro. Aunque en ese momento todavía no se había sancionado la Ley Nacional de Anticoncepción Quirúrgica –aprobada en 2006 por el Congreso–, la ligadura no requería de permiso especial, puesto que el propio cuadro de Mónica lo indicaba. En la historia clínica está registrado que Mónica llegó a internarse para que le realizaran la ligadura tubaria, pero se le dio el alta sin hacérsela porque el “quirófano no estaba en condiciones”.

Con un nuevo embarazo en curso, el 4 de agosto último se hizo en el San Roque un ateneo multidisciplinario en el cual se presentó su

caso clínico y se estableció luego de los estudios correspondientes:

- *Que la paciente “corre riesgo de vida debido a su extrema vulnerabilidad en el aspecto cardiológico.”*

- *“Que no podrá transitar el resto del embarazo sin riesgo, teniendo serias posibilidades de muerte.”*

- *“En aras de la protección de la vida de la paciente resulta apropiado aconsejar la interrupción del embarazo, aclarando que se encuadra en el artículo 86 inciso 1° del Código Penal.” Es decir, se le indicó un aborto terapéutico.*

Mónica dio su consentimiento informado: lo firmó y anotó su DNI. La intervención se acordó para el jueves 11 de agosto a las 7.30, en el Hospital San Martín, de Paraná. También le realizarían una ligadura tubaria. Pero, según denunció el Conders ante la Defensoría del Pueblo de Paraná y ante Página/12, “a las 7 de la mañana irrumpió abruptamente un médico cardiólogo, reconocido militante pro-vida, que sin tener relación alguna con la paciente, ni personal ni profesional, manifiesta que se va a cometer un crimen y amenaza con denunciar en los medios el asesinato que allí se va a cometer. Sin impedimento alguno, accede a hablar con Mónica y le dice enfáticamente que ‘eso no se hace’, que tiene que seguir para adelante. Nadie intervino para proteger o defender los derechos de Mónica,” subrayó Silvia Primo, también del Conders.●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 Identificamos la cadena de vulneración de derechos que padeció la protagonista de la historia. ¿Qué rol le cabe al equipo de salud en cada momento?
- 2 ¿Esta historia podría haber ocurrido en nuestra institución? ¿Por qué?
- 3 ¿Qué dilemas éticos atraviesan a nuestro equipo de Consejería? Ponemos en juego creencias y posiciones para intentar llegar a un camino de cómo actuar ante situaciones similares.

(*) Autora: Mariana Carbajal. “Una historia de derechos vulnerados” Diario Página 12, 9/12/11 <http://www.pagina12.com.ar/diario/sociedad/subnotas/3-56917-2011-12-09.html>



(In)fertilidad y tecnologías reproductivas

por Lucía Ariza^(*)

Claves de lectura

- Reflexionar de manera crítica acerca de nuestras creencias, saberes e imaginarios sobre la infertilidad y las tecnologías reproductivas.
- Analizar nuestras prácticas respecto a la infertilidad y las tecnologías reproductivas en el marco de la institución, comunidad y provincia a la que pertenecemos.
- Identificar intervenciones posibles a desarrollar para la promoción de los derechos reproductivos.

Los datos recogidos permiten caracterizar la fuerte disrupción identitaria que implica la infertilidad para una mujer, como un proceso que arranca durante el proceso de diagnóstico. Éste demuestra ser, según el testimonio de las entrevistadas, psicológica y socialmente doloroso, así como médicamente invasivo, especialmente para las mujeres.

De forma característica, la infertilidad es un estado sospechado por la pareja –y especialmente por la mujer– antes incluso de la primera consulta con el médico. Esta intuición anticipatoria funciona como un primer distanciamiento subjetivo respecto del proyecto de procreación, ya que constituye una primera frustración identitaria para la pareja y especialmente para la mujer.

Algunas mujeres testimonian la búsqueda vertiginosa de un diagnóstico respecto de la infertilidad, incluso en aquellos casos en que no ha pasado aún el tiempo considerado necesario para el inicio de los primeros estudios. De la misma manera, algunas asocian ciertos eventos de su salud reproductiva previos a la decisión de quedar embarazada con la condición actual o ya atravesada de infertilidad.

En estos casos, se ha propuesto que tales argumentaciones funcionan más como racionalizaciones y explicaciones subjetivas de la situación, que como causas reales de la infertilidad. Tales argumentos enfatizan la preocupación por la capacidad procreativa, y su consecuente habilitación de la maternidad, como una clave central de la construcción de género femenina. Por lo tanto, la infertilidad demuestra ser un obstáculo en el reconocimiento de la mujer, y afecta por ello de una manera fundamental la identidad femenina.

Frente a la sospecha de infertilidad, otros estudios, así como la información recopilada en este caso, permiten mostrar que son en la gran mayoría de los casos las mujeres quienes realizan las primeras consultas con el médico. A su vez,

las mujeres testimonian tener una experiencia personal o subjetiva del diagnóstico de infertilidad, lo que también reafirma que la frustración que ésta produce está necesariamente anclada en la constitución subjetiva de género femenino.

Se ha asociado, por otro lado, esta precedencia femenina en la consulta con el médico con la mayor medicalización del cuerpo femenino, abundantemente estudiada en las investigaciones sociales sobre salud y sexualidad. Debido a esto, las mujeres narran haber tenido un gran protagonismo en el proceso de decisión en cuanto a si optar o no por un tratamiento y, en caso de optar, al decidir sobre las modalidades concretas de realización del mismo (tiempos, tipos de tratamiento, etc.). A la vez, son las mujeres quienes, según sus testimonios, más insistieron en el seno de la pareja para la continuación de los tratamientos.

Pese a esta participación protagónica en el proceso, la mayoría de las mujeres no cuestionan críticamente el hecho de que los mayores costos físicos del diagnóstico y el tratamiento sean para ellas y no para sus maridos. Todo esto da cuenta de una fuerte asociación simbólica entre feminidad y maternidad, que la infertilidad viene seriamente a trastocar, y que resulta llamativa entre este grupo de mujeres, entre las que se encuentran varias profesionales.

Para las participantes de esta investigación, y especialmente para aquellas que tenían un proyecto personal donde la maternidad jugaba un rol central, la infertilidad significó en todos los casos una sorpresa, un acontecimiento inesperado que trastocó el natural desarrollo de los planes personales vinculados a la maternidad. De forma un tanto diferente, entre aquellas mujeres que consideraban la maternidad como una experiencia tan importante como otras, la sorpresa tuvo que ver en primer lugar con aceptar que la infertilidad era algo mucho más serio para sus identidades que lo que ellas podrían haber llegado a anticipar sin haberla experimentado.

(*) Autora: Lucía Ariza. "Tecnologías reproductivas en la Argentina contemporánea: la experiencia de la infertilidad en mujeres usuarias." En "Aportes a la Investigación Social en Salud Sexual y Reproductiva" de Elsa López y Edith Pantelides (compiladoras), publicado por CENEP, CEDES, AEPA y UNFPA en Buenos Aires, 2007.

(In)fertilidad y tecnologías reproductivas

Luego de un primer momento donde la noticia de la infertilidad es recibida como un acontecimiento disruptivo, las entrevistadas van narrando un progresivo acostumbamiento con la idea de ser una persona estéril o convivir con una pareja que detenta esta condición. Esta aceptación es la que les permite reconocerse nuevamente a sí mismas como mujeres, y en este proceso la esperanza de quedar embarazadas en un futuro funciona para muchas como un eje articulador entre la frustración y la aceptación del estatuto de persona infértil.

Muchas mujeres relataron también sentirse diferentes de su entorno cercano a causa de la infertilidad, y tener sentimientos de injusticia debido

a la capacidad de algunas mujeres de reproducirse sin problemas, mientras que para ellas mismas concebir parecía ser un proyecto momentáneamente inalcanzable.

La infertilidad es, en definitiva, una condición social que –ocasional o duradera– afecta seriamente la vida de las mujeres (incluso la de aquellas que no tenían la maternidad como un proyecto prioritario por encima de otros), y que constituye significativamente un estado que impacta en las decisiones futuras en materia reproductiva de las mujeres que la padecen, como es la elección a favor de un tratamiento de tecnologías reproductivas.●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** ¿Aparecen consultas ligadas a la infertilidad en nuestra práctica profesional? ¿De qué manera?
¿Cómo aparecen los roles de género en las consultas?
- 2** ¿Cuáles son nuestras intervenciones como equipo en estas situaciones en el marco de los derechos sexuales y reproductivos? ¿Qué elementos podríamos agregar o modificar para cualificar nuestras intervenciones en este tema?
- 3** ¿Con qué recursos cuenta nuestro equipo para facilitar el acceso a tecnologías reproductivas en el ámbito de la salud pública? ¿Qué legislación sobre la reproducción asistida existe en nuestra provincia?

MODELO DE ATENCIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD

¿Cómo lograr que las consejerías en salud sexual y reproductiva tengan mejor llegada, sean más efectivas y de mayor calidad? ¿Es posible implementar un dispositivo de consejerías en un modelo de atención “corporativo-céntrico”? ¿Qué debe modificarse del modelo de atención? ¿Cómo avanzar con recursos escasos y demanda creciente? ¿Qué incorporar en la dimensión comunicacional para lograr un verdadero diálogo con las usuarias?

Estas son algunas de las preguntas que disparan los artículos sobre modelo de atención de los equipos de salud que aquí se presentan. Se trata de reflexiones abiertas, propuestas y experiencias para revisar a la luz de la propia realidad de cada equipo, en su institución y en el contexto donde opera.



Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia.....	1
Un modelo de atención “usuario-centrado”.....	5
Diez ejes orientadores para la comunicación en Consejería.....	8



 **PARA SEGUIR FORMÁNDONOS**



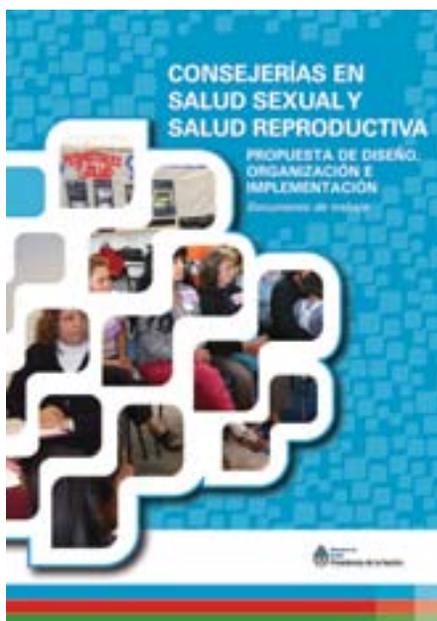
"Jerónima" (1986), del director Raúl Tosso. Sobre cómo es atendida una mujer aborigen cuando llega un equipo de salud que no conoce a la comunidad.



"Gestión en salud. En defensa de la vida" Gastao Wagner de Souza Campos, Lugar Editorial, Buenos Aires, 2001.

PUBLICACIONES PARA TRABAJAR MODELO DE ATENCIÓN DE LOS EQUIPOS DE SALUD:

Estos materiales pueden descargarse de la sección Materiales en: www.msal.gov.ar/saludsexual o solicitarse a saludsexual@msal.gov.ar



Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Propuesta de diseño, organización e implementación. Documento de trabajo





Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia

por Gastão Wagner Sousa Campos^(*)

Claves de lectura

- Reflexionar sobre el concepto de “transferencia” aplicado a la clínica.
- Reconocer estrategias para mejorar la atención de la salud en el ámbito comunitario.
- Identificar modalidades para concretar la prioridad de atención de las poblaciones más vulnerables.

La construcción de vínculo es un recurso terapéutico. *Therapeutike* es una palabra de origen griego y significa “yo curo.” La terapéutica es una parte esencial de la clínica que estudia y pone en práctica los medios adecuados para curar, rehabilitar, aliviar el sufrimiento y prevenir posibles daños en personas vulnerables o enfermas. No se trata, por lo tanto, de una preocupación tan solo humanizadora, sino también del establecimiento de una técnica que califique el trabajo en salud.

Uno de los medios adecuados para la práctica de una clínica con calidad es el fortalecimiento de vínculos entre paciente, familias y comunidad con el equipo y con algunos profesionales específicos que les sirvan de referencia.

Vínculo es un vocablo de origen latino, es algo que ata o liga a las personas, indica interdependencia, relaciones con líneas de doble sentido, compromisos de los profesionales con los pacientes y viceversa. La construcción del vínculo depende de que se movilicen tanto los usuarios como el equipo. Del lado del paciente, el vínculo sólo se constituirá cuando éste crea que el equipo puede contribuir, de algún modo, en la defensa de su salud. Del lado de los profesionales, la base del vínculo es el compromiso con la salud de aquellos que los buscan o son por ellos buscados. El vínculo comienza cuando estos dos movimientos se encuentran: unos demandando ayuda, otros encargándose de estos pedidos de socorro.

La construcción del vínculo depende, por lo tanto, del modo en que los equipos se responsabilizan por la salud del conjunto de personas que viven en una microrregión (...)

Este proceso no es simple, depende de disposición, pero también de conocimientos sobre la interrelación entre las personas que necesitan de ayuda y el equipo con recursos para intervenir. Es importante tanto discutir las dificultades en responsabilizarse por la salud de los otros, como

las de encargarse de la construcción de proyectos terapéuticos y del acompañamiento sistemático de casos singulares. Encargarse del seguimiento de personas concretas, con nombre y apellido, no es una tarea simple.

Un concepto útil para entender los diferentes tipos de vínculos que contraemos a lo largo de la vida es el de “transferencia.” Es un concepto originado en el psicoanálisis, pero se puede adaptar para el trabajo clínico en general. Cuando nos vinculamos con alguien o con alguna institución (un equipo, un centro de salud) acostumbramos transferir afectos hacia estas personas o instituciones.

Los afectos son sentimientos imaginarios, apuestas que hacemos apoyados en la historia personal de cada uno y en la imagen que el servicio y el profesional producen. Estos afectos pueden ser positivos o negativos. Cuando son positivos nos sirven de apoyo para realizar una travesía complicada. No importa mucho si la potencia del apoyo que transferimos al otro es real o no, lo que importa es si este otro consigue ayudarnos a enfrentar algún problema, en el caso de la clínica buscar un diagnóstico –un cierto esclarecimiento para el sufrimiento que nos aflige– y recursos terapéuticos – acciones que nos ayuden a enfrentar el problema de salud-. (...)

Al clínico le cabe identificar el tipo de apoyo que cada uno necesita; algunos necesitarán de estímulo para recordar que están enfermos o con alguna limitación; otros, al contrario, deberán ser ayudados a olvidar un poco el problema de salud, valorizando la vida que todavía tienen. Hay algunos a los que habrá que ofrecerles más atención, a otros habrá que estimularlos a una disminución en el consumismo de procedimientos. A algunos ayudarlos a cuidarse mejor, a mirar más hacia los hijos, familiares, comunidad; a otros, ayudarlos a escapar de la obsesión de controlar el mundo y de hacer todo perfecto. Y realizar todo esto durante la atención clínica normal: consultas, grupos, curaciones, visitas, caminatas, etc.

(*) Autor: Gastão Wagner Sousa Campos, capítulo “La construcción del vínculo, responsabilizarse por la salud de la población de una micro-región y encargarse de casos singulares” en “Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia”, Brasil, Noviembre de 2002.

Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia.

Prestar atención a los patrones de transferencia en curso siempre ayuda al profesional, tanto en la atención individual como grupal. Nótese que las transferencias serán siempre bilaterales: los pacientes, los grupos, también despiertan sentimientos positivos o negativos entre los profesionales que los atienden: voluntad de curar o antipatía, deseo de educar o de verse libre del otro. Nadie es de piedra, nadie es absolutamente racional y frío en el trabajo en salud, somos afectados por el modo de ser de nuestros pacientes. Cuando alguien se percibe desvalorizado, difícilmente adherirá al tratamiento sugerido (...)

Examinemos algunas dificultades para la construcción de patrones de vínculo adecuados entre los equipos y la población bajo su responsabilidad (800 a 1000 familias que viven en una micro-región de la ciudad), así como entre equipos y algunas personas específicas, seleccionadas entre las miles que habitan esa microregión.

El equipo de referencia debe responsabilizarse por la salud de una comunidad (entre tres y cuatro mil personas) y, al mismo tiempo, destacar de entre esta comunidad aquellos casos que necesitan de una atención individual, encargándose de su atención eventual o sistemática. No es fácil establecer criterios prácticos para operar esta selección, sin embargo, la clínica de calidad solamente será posible si se consigue evaluar riesgos y, en consecuencia, concentrar nuestra atención en familias y personas con mayor vulnerabilidad.

Siempre habrá recursos insuficientes en salud, la demanda tiende a ser infinita, la mayoría no quiere morir o siquiera sufrir, y la medicina y el Sistema Único de Salud (SUS) prometen cuidado y atención. Nuestra oferta estimula a las personas a que nos busquen.

La salud se transformó en un derecho, algo de este derecho es posible de ser precisado, la otra parte es ambigua, y el derecho a la salud es traducido, en la práctica, por el acceso a un examen complementario o a un medicamento y nunca tendremos todo lo que las personas demandan o lo que los profesionales consideran necesario. Por otro lado, siempre podremos construir un proyecto de intervención que tenga algún efecto terapéutico. Entre el que nos imaginamos como ideal –no siempre el más adecuado– y nada, hay una infinidad de posibilidades de intervención práctica. En nombre del ideal, muchas veces nos quedamos con la nada, y esto es un absurdo.

El **método PAIDEIA** sugiere un modo para atenuar esta pelea entre la demanda infinita y la finitud de los recursos (entre ellos, inclusive, la paciencia de los equipos que es también finita): involucrar a los pacientes, familias y comunidad en la producción de su propia salud. Estimular el auto-cuidado, valerse de la educación en salud para aumentar la capacidad de las personas a ser terapéutas de sí mismas.

Considerar cada grupo como agentes de salud de su propia familia y de su propia comunidad. Compartir conocimientos de salud con los pacientes y grupos, estimulando posturas saludables. Descubrir dentro de la propia comunidad personas o grupos de “cuidadores” que ayuden al equipo en el cuidado de casos complejos: voluntarios que apoyen ancianos, vecinas que ayuden madres sobrecargadas, etc.

Nótese que la eficacia de estos métodos de educación en salud depende del vínculo entre equipo y familias: solamente cuando alguien se siente apoyado es que se muestra seguro para arriesgar algunos pasos por cuenta propia. Cuanto **más impersonal y burocrático el sistema, más aumenta la dependencia de las personas**. A un niño librado a su propia suerte, le llevará años aprender a andar; otro sobreprotegido igualmente tendrá dificultad para caminar solo; lo mejor es conseguir el apoyo necesario para cada niño, en cada fase de su aprendizaje, en el comienzo con más atención y trabajo, con el tiempo con más autonomía y menos trabajo para el “apoyador”.

Otro recurso para enfrentar este dilema es definir prioridades, separar entre los millares de pacientes aquellos por los cuales el equipo tendrá un cuidado especial (...).

¿Cómo realizar esto en la práctica?

Primero: valerse de la propia atención cotidiana a la demanda para ir destacando los casos que merecen una atención especial. Separarlos, y comenzar un proyecto terapéutico, simple en el comienzo, retornos periódicos, acordar una visita, solicitar atención en grupo, o de apoyo matricial, después, algo más intenso o, quién sabe, en algunos casos, devolverlos al grupo que no requiere atención especial (alta del cuidado intensivo, pero no del Centro de Salud). Una embarazada joven y sin compañero, con problemas sociales, merece ser destacada, visitándola en su domicilio, atendiéndola más frecuentemente, intercalando las visitas entre el médico y la enfermera, priorizando conectarla con ONGs o con el servicio social, etc.

Un paciente de quien se sospecha cáncer no puede perderse en el flujo normal (y burocrático) del sistema, debe ser destacado, acompañado, con retorno garantizado y apoyo para que tenga asegurado, lo más rápidamente posible, el esclarecimiento de su diagnóstico.

Por este motivo, estamos alterando las reglas para derivar al especialista o para exámenes de media y alta complejidad: solamente serán aceptados casos con hipótesis diagnóstica y evaluación de riesgo: casos urgentes –atención inmediata, en el día-; casos con riesgo –atención en hasta tres días-; y casos normales – que entrarán en la lista de espera por orden de llegada. Exactamente porque tenemos recursos limitados tenemos que



Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia.

evaluar riesgos y garantizar el acceso primero a los que tienen mayor posibilidad de morir o enfermar gravemente.

Otro ejemplo: un pediatra identificó –gracias al vínculo– que una madre de gemelos tenía dificultad en aceptar a uno de los niños, amamantaba y cuidaba a una más que al otro, que presentaba signos de abandono y de desnutrición. ¿Qué hacer? Modo antiguo: llenar un formulario de derivaciones al equipo de salud mental, entrar en la fila, larga espera. Modo nuevo: solicitar apoyo matricial, comunicarse con el psicólogo o psiquiatra más próximo y explicitar una prioridad, explicando el riesgo. Con esto, este trío será visto antes que otros pacientes.

Segundo: analizar la fichas familiares de registro censal elaboradas por los Agentes de Salud, identificando aquellas familias, y dentro de ellas aquellos individuos, que merecen algún tipo de atención especial: consultas periódicas, grupos de apoyo, visitas, fisioterapia, etc. Para esto, es importante que el trabajo de registro no sea un mero formalismo burocrático (...) Leer, cada semana en equipo, el registro (censo) de algunas familias e identificar las más vulnerables.

Tercero: priorizar los llamados *grupos de riesgo*, para los cuales hay programas de salud estructurados: prenatal, puericultura, ancianos, hipertensos, diabéticos, epilépticos, tuberculosos, leprosos, entre otros. Es importante que el coordinador del Centro de Salud, el Núcleo de Salud Colectiva y los miembros del equipo tengan una evaluación del impacto de su actuación sobre estos grupos: conocer indicadores, cobertura de embarazadas, época de matrícula en el prenatal, edad de las embarazadas, porcentajes de parto normal, tasas de internaciones maternas, cobertura de hipertensos y diabéticos, etc., para planear acciones que mejoren la calidad de la intervención. Importante: dentro de cada uno de estos grupos es fundamental destacar aquellos con mayor vulnerabilidad –orgánica, subjetiva o social– operando de modo semejante al descrito en el primer párrafo.

Cuarto: es importante que los Equipos estén abiertos a las prioridades construidas por otros compañeros del sistema. Así, el trabajo de visita de los Agentes de Salud debe indicar prioridades para los equipos: esto implica capacitar a los agentes para evaluar riesgos de salud en la mujer, salud bucal, etc. Pacientes provenientes de otros servicios, o de otras instituciones – escuelas, asilos, presidios – pueden merecer ser destacados y acompañados de modo especial.

Con el tiempo, y conforme a los recursos disponibles, cada equipo irá construyendo cohortes de pacientes y de familias que merecen un acompañamiento especial. Una parte importante de la agenda de médicos, enfermeros, dentistas, debe ser reservada para estos usuarios especiales

(alrededor del 50% del tiempo disponible). El restante de la agenda será reservado para eventos imprevistos de estos mismos pacientes y para mantener una atención abierta a la demanda, siempre trabajando conforme a lo descrito en el primer párrafo.

Concluyendo: cada Equipo deberá identificar agrupamientos especiales de usuarios que merecen una atención destacada. La construcción de vínculo con estas personas será progresiva y variable, conforme el caso. En general, el trabajo de equipo es mejor aceptado por estos pacientes que por aquellos que tienen un contacto eventual con la Unidad de Salud. La exigencia del médico tiende a atenuarse, ya que estarán bajo el cuidado de un conjunto de trabajadores, inclusive del médico. Es principalmente en estos casos que la clínica del enfermero puede ser ejercida en su plenitud, tanto porque al haber protocolos específicos la capacitación es más tranquila, como porque hay mayor confianza de las familias con todo el equipo.

En caso de ausencia de uno de los miembros del equipo –vacaciones, licencias de salud, despidos– estos usuarios destacados no pueden ser dejados librados a su propia suerte. Son prioritarios, el abandono destruye el vínculo construido a duras penas. El equipo, junto con la coordinación y con los “apoyadores”, debe asumir el proyecto terapéutico y el seguimiento de estos pacientes en la medida de lo posible: reorganizando agendas, redistribuyendo la atención, contratando reemplazos, y, en el límite, disminuyendo el tiempo para la atención a la demanda (admisión), ya que estos pacientes son prioritarios.

En varias unidades, todavía existe la costumbre de no atender a aquellos pacientes agendados con un médico, enfermero, dentista, cuando éste se ausenta. Y esto sin una evaluación de riesgo, sin saber quién es o no prioritario. La recepción no es lugar para evaluación de riesgo, alguien del equipo técnico debe encargarse de realizar esta evaluación, manejando los casos conforme su gravedad. Si no, continuaremos con la burocracia, deshaciendo con una mano lo que construimos con tanta dificultad en meses y meses de pelea.

Por último, la construcción del vínculo permite avanzar en la tan anhelada “desmedicalización”, o mejor dicho, torna posible la ampliación de la clínica: valerse de otros recursos terapéuticos y no solamente de los medicamentos – educación en salud, prácticas de vida saludables, atención interdisciplinaria, construcción de “cuidadores” en la propia comunidad que ayuden al equipo en el cuidado de casos complejos, etc.-; y también valerse de métodos diagnósticos y no solamente de exámenes de laboratorio – calidad de vida, síntomas, vitalidad de los pacientes, etc.-.

Reflexiones sobre la clínica en equipos de salud de la familia.

Además de todo esto, toca todavía identificar aquellos problemas de salud que dependen del contexto sociocultural, articulando proyectos de intervención sobre el territorio o sobre instituciones específicas – escuelas, jardines de infantes, villas miserias, etc.-; pero esto merece ser profundizado en una discusión específica.●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** ¿Qué nos genera el concepto de “transferencia” aplicado a la clínica?
- 2** Analizamos los cuatro criterios del método PAIDEIA y debatimos sus posibilidades en el marco de nuestra institución.
- 3** ¿En qué casos de consejería de salud sexual y reproductiva nuestros criterios deberían ser similares a los que el autor plantea para el usuario con diagnóstico de cáncer? ¿Qué necesitamos modificar en nuestra institución para lograrlo?



Un modelo de atención “usuario-centrado”

por Emerson Elías Merthy^(*)

Claves de lectura

- Analizar el concepto de tecnologías aplicadas al modelo de atención de la salud.
- Reconocer las características del un modelo de atención centrado en los usuarios.
- Revisar las propias prácticas del equipo y la institución.

La necesidad de construir una nueva manera de producir salud en una amplia red de servicios públicos, que enfrentase el desamparo de los usuarios en los establecimientos de salud, intentando construir un accionar que provocase la complicidad del trabajador con la vida individual y colectiva, estimuló un conjunto de reflexiones teóricas que nos permitiesen constituir un modo competente de realizar el cambio de un modelo de atención “corporativo centrado” hacia un “usuario centrado.”

(...) Si miramos desde el punto de vista del usuario del sistema, podemos decir que el conjunto de los servicios de salud, públicos o privados, con raras excepciones no son adecuados para dar solución a sus problemas de salud, tanto en el plano individual como en el colectivo.

(...) El usuario, en general, no reclama en la atención por la falta de conocimiento tecnológico, sino por la falta de interés y responsabilidades de los diferentes servicios en torno de sí y de su problema. Los usuarios, como regla, se sienten inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, *desrespetados*, despreciados (...).

El trabajo en salud y sus tecnologías

La creencia generalizada de que “tecnología es una máquina moderna” ha dificultado bastante nuestra comprensión de que: cuando hablamos de trabajo en salud, no se hace referencia solamente al conjunto de máquinas que son utilizadas en las intervenciones sobre los “pacientes.” Mirando con atención a los procesos de trabajo realizados en el conjunto de las intervenciones asistenciales, constatamos que –además de las diversas herramientas o máquinas como rayos x, instrumentos para hacer exámenes de laboratorios, instrumentos para examinar al “paciente,” ficheros para anotar sus datos–, movilizamos intensamente saberes profesionales bien estructurados, como la clínica del médico, la clínica del dentista, la epidemiología del sanitarista, el saber de la enfermería, del psicólogo, etc.

Esto nos permite afirmar que existe una tecnología menos dura que los aparatos y

herramientas de trabajo, que está presente en las actividades de la salud, que llamamos de **blanda-dura**. Es *blanda* porque es un saber que las personas adquirieron, y está inscrita en su forma de pensar los casos de salud y en la manera de organizar una actuación sobre ellos; pero es *dura* en la medida que es un saber-hacer bien estructurado, bien organizado, bien protocolizado, normatizable y normatizado.

Cualquier abordaje asistencial de un trabajador de la salud junto a un usuario-paciente, se produce a través de un trabajo vivo en acto, en un proceso de relaciones, o sea, hay un encuentro entre dos personas que ejercen influencia una sobre la otra, donde se instaura un juego de expectativas y producciones, creando inter-subjetivamente algunos momentos interesantes, tales como: momentos en que se habla, se escucha y se interpreta, donde ocurre o no una producción de acogida, de amparo de las intenciones que estas personas depositan en este encuentro; momentos de complicidades, en los cuales existe una producción de una responsabilización alrededor del problema que ha de ser enfrentado; momentos de confiabilidad y esperanza, en los cuales se producen relaciones de vínculo y aceptación.

Todos los trabajadores de salud, de una forma o de otra, hacen clínica

Partiendo de esta visión que tenemos de tecnologías en salud, afirmamos que de una manera o de otra, todos los trabajadores de salud hacen clínica, siendo ésta el campo principal donde las tecnologías blandas operan como articuladoras de las demás configuraciones tecnológicas. Y, podemos afirmar esto, hasta mismo para aquellos que no son reconocidos tradicionalmente como propios integrantes del equipo de la salud, como es el caso de un portero del establecimiento de salud.

¿Por qué podemos hacer esta afirmación?

Primero, porque entendemos que los usuarios buscan en sus encuentros con los trabajadores de salud, particularmente en los establecimientos de salud, la producción de espacios

(*) Autor: Merthy, Emerson Elías. “La pérdida de la dimensión cuidadora en la producción de la salud: una discusión del modelo asistencial y de la intervención en su modo de trabajar la asistencia” (fragmento). Mimeo, DMPS/FCM/UNICAMP – S/F

Un modelo de atención "usuario-centrado"

de amparo, acogida, responsabilización y vínculo.

Segundo, porque entendemos que hacer clínica no es solamente saber diagnosticar, pronosticar y sanar los problemas de salud como si fuera una simple "disfunción biológica," sino que también es un proceso y un espacio de producción de relaciones e intervenciones, que se da de forma compartida en lo que existe un juego entre las necesidades y los modos tecnológicos de actuar.

Tercero, porque no existe una producción de espacios de trueques, de posibilidades de charlas, de escuchas, de complicidad y responsabilización, de vínculos y aceptaciones, si no existe un trabajo clínicamente implicado.

Sin embargo, entendemos que aunque todos hacen clínica, hay focos de acciones entre los profesionales que marcan en estos modos de trabajar las distintas conformaciones de las tecnologías en salud, demarcando sus competencias para responder a los problemas.

Así, no es suficiente que exista un servicio con excelente amparo, si no logra responder con los exámenes necesarios para elucidar un determinado problema de salud, o hasta mismo su gravedad. De esa forma, es necesario, pero no suficiente, que un médico esté totalmente comprometido e involucrado con la producción de un espacio acogedor, en sus relaciones y servicios, ya que no contribuirá plenamente para la conformación de una intervención eficaz si, al mismo tiempo, no usa toda su sabiduría clínica, al servicio del usuario-paciente y en defensa de su vida.

Además, creemos que esta idea sirve para cualquier profesional de salud en lo que se refiere a su núcleo central del saber estructurado.

Los usuarios desean un trabajo clínico centrado en ellos

Sabemos que cuando un usuario de un servicio procura "ayuda," él mismo no está sólo en búsqueda de un examen, sino de soluciones para su problema. Y, los usuarios de los servicios de salud, son suficientemente inteligentes para saber que, si los trabajadores se demuestran cómplices de ellos, buena parte de lo que procuran será logrado y, en este caso, no sienten la necesidad de buscar una seguridad ilusoria, en exámenes o procedimientos.

Los usuarios de servicios de salud buscan relaciones de confianza, la seguridad de que su problema será entendido, y el compromiso de que todo lo que pueda ser hecho para defender y mejorar su calidad de vida será objeto de acciones de los profesionales y de los servicios de salud.

Además, hasta nosotros, trabajadores de salud, cuando nos convertimos en usuarios

deseamos esto. O sea, deseamos que los servicios de salud sean "usuarios-centrados," pues como usuarios siempre representamos "necesidades de salud" como expresión de una utilidad deseada, la salud en cuanto autonomía en nuestro modo de andar la vida.

Acoger, responsabilizar, resolver, autonomizar

Al servicio de estas nuevas perspectivas, el paradigma clínico que permitirá la incorporación de tecnologías duras, será siempre marcado por el ritmo de la producción de las tecnologías blandas, por su gestión compartida y además pública de los procesos de trabajo, y por el compromiso efectivo con la defensa de la vida del usuario.

Los modelos asistenciales diseñados de esta forma serán cada vez más dependientes de una clínica mucho más profunda y rica. El trabajo médico es un poderoso arsenal de prácticas clínicas al servicio de los usuarios, comprometido con modalidades de asistencia blanda dependientes.

Por eso, entendemos que el enfrentamiento de la crisis actual pasa necesariamente por la ampliación del propio concepto de clínica, con implicaciones significativas en su modo de actuar. Y, de acuerdo con esta perspectiva, defendemos que el trabajo médico es uno de los instrumentos más poderosos para esta calificación, lo que nos impone un desafío enorme: el de transformar el principal instrumento de organización del modelo asistencial que queremos superar, en uno de los más efectivos dispositivos de su mudanza.

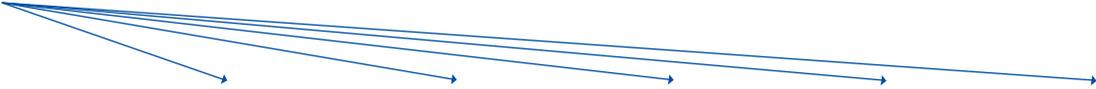
De acuerdo con la idea de que la calificación de un nuevo modelo asistencial, centrado en el usuario y en la defensa radical de la vida, pasa por el reordenamiento de las relaciones entre las tecnologías blandas y duras, mediadas por las blanda-duras, y considerando que el territorio de las tecnologías blandas no es un campo específico de ningún profesional, sino base para la actuación de todos, tenemos en la mediación que los saberes estructurados realizan para incorporar estrategias de intervenciones, como en el caso de profesiones típicamente de salud, un elemento vital para la acción de los diferentes profesionales de salud. En esta situación, el saber médico – subordinado a la lógica de las tecnologías blandas – se ha mostrado una fuente muy eficaz de acción sobre los sufrimientos humanos representados como enfermedades.



Un intervalo para un pequeño ejercicio reflexivo

En el cuadro abajo, deseamos provocar en el lector una reflexión dentro del universo conceptual que estamos adoptando, para pensar sobre los tipos de recursos movilizados de acuerdo con las tecnologías en salud y las directrices operacionales perseguidas por los servicios.

MODELO DE ATENCIÓN - MISIÓN DEL ESTABLECIMIENTO - DIRECTRICES OPERACIONALES



Modelo de atención /Tecnologías	4 Consultas médicas por hora	Inmunizar 80% de los menores de 1 año	Ser ágil en el diagnóstico	Amparar a todo usuario en el establecimiento	Responsabilizar al equipo por los usuarios
Blandas			Buena escucha	Escuchar, articular redes de conversaciones	Amparar, vincular redes de conversaciones
Blandas-Duras	Saberes tecnológicos de controles de procesos productivos	Saberes clínicos epidemiológicos y sociodemográficos	Saberes clínicos, epidemiológicos, sociales, psicológicos	Operar tecnologías de relaciones	Operar tecnologías de relaciones
Duras	Área física RH	Técnicas de vacunación. Insumos, áreas de trabajo	Red de apoyo diagnóstico RH	Puerta abierta, RH	RH

Sólo construyendo un modelo que explote positivamente la capacidad cuidadora del conjunto de los trabajadores de salud es que reformaremos el sistema de salud en defensa de la vida individual y colectiva. ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** A partir de los conceptos de tecnologías duras, blandas-duras y blandas, analizamos: 1) Qué componentes de cada una de ellas existen en nuestro servicio; 2) Qué peso tiene cada una en la atención y 3) Fortalezas y debilidades que esto implica.
- 2** ¿Qué significa que "todos los trabajadores de salud hacen clínica"? Listamos el total de integrantes de la institución y analizamos su rol desde el modelo de atención centrado en el usuario.
- 3** Buscamos en el texto todas las palabras entrecomilladas y analizamos: ¿Por qué están puestas de este modo? ¿Qué críticas subyacen detrás de este modo de destacarlas?



Diez ejes orientadores para la comunicación en Consejería

por Silvia Chera^(*)

Claves de lectura

- Reconocer las dificultades para poner en práctica el concepto “autonomía”
- Identificar los elementos clave para la comunicación en la consejería.
- Revisar las propias prácticas del equipo y la institución.

Introducción: Por qué de la consejería

El trabajo en salud sexual y reproductiva sitúa al equipo de salud frente a personas en su gran mayoría sanas que se encuentran en oportunidad de tomar decisiones sobre un aspecto que involucra varias esferas de su vida: lo vincular, la sexualidad, la construcción de relaciones de género, de relaciones familiares y generacionales, las rutinas cotidianas. Estas son elecciones que deben tomar en cuenta no sólo la situación de salud-enfermedad de la persona sino también sus ideas, sus creencias, sus preferencias y sus posibilidades según su historia y condiciones de vida.

Esto implica la necesidad de poder abordar la atención de cada persona como una **singularidad compleja**, donde la aplicación de protocolos estandarizados resulta frustrante para la labor profesional y lleva al equipo a la necesidad de desarrollar una práctica en contexto de incertidumbre donde debe desplegar diferentes herramientas de trabajo, mas allá de sus conocimientos en métodos anticonceptivos.

La consulta estructurada desde el modelo de trabajo basado en el interrogatorio (de la historia clínica médica clásica) como modo de construir información necesaria para que el profesional sea quien indique lo que el paciente “debe hacer”; resulta insuficiente a la hora de acompañar la toma de decisiones autónomas de la persona, y que a su vez pueda incluir los conocimientos y los aportes del equipo de salud. Esto es, que cada persona pueda a partir de sus conocimientos, creencias, valores, sumado a la información, opiniones, conocimientos y experiencia aportados por el equipo, elegir lo que considere más adecuado para su vida y posibilidades.

Tomar una decisión **autónoma** implica el ejercicio de los derechos por parte de las personas, que debería poder ser acompañada a partir del respeto por las preferencias, y opciones, tomando en cuenta sus condiciones de vida. Para que esta

decisión sea a su vez, una decisión **consciente**.

Es por esto que se hace necesario generar un modelo de trabajo específico para abordar este problema, donde el encuentro entre consultor y consultante de lugar a la conversación y apunte a compartir información y a la posibilidad de apuntalar el proceso de toma de decisión de las personas.

Ejes orientadores para la comunicación en Consejería:

1. Entablar una buena relación comunicativa

Para establecer una buena comunicación es necesario mostrar una actitud empática y positiva que aliente a la persona que consulta a hacer preguntas y compartir información; asegurar la privacidad y confidencialidad; escuchar y observar lo que dice y hace la persona que consulta; y usar un tono de voz amigable y una postura atenta para transmitir cordialidad, interés y respeto.

2. Enfocar la atención en el o la usuaria

No hay que perder de vista el hecho de que la consejería debe centrarse en el interés de quien está consultando. Para esto es recomendable responder primero a la necesidad, interés o pregunta expresados por la persona que consulta; conversar sobre su estilo de vida, etapa de vida, metas y preferencias para poder brindar la información adecuada; responder a sus inquietudes, incluyendo mitos y supuestos, en forma respetuosa y constructiva; averiguar, en el caso de una persona que regresa, cuál fue su experiencia y satisfacción con la información recibida o el método anticonceptivo (MAC) recomendado, incluyendo cualquier efecto secundario y cambios en su estilo de vida. A partir de este enfoque es que se podrá prestar atención a la singularidad de la situación misma, y poner en uso las herramientas que tenga el consultor para la intervención.

3. Comunicar claramente la información



Para que la información que brindamos pueda ser recibida y procesada por quien la escucha, es recomendable intentar ser breve, usar lenguaje adecuado a la singularidad de las personas y tratando de no emplear lenguaje excesivamente técnico, no dar información irrelevante ni demasiada información a la vez, alentar a las personas a hacer preguntas y dar tiempo suficiente para que procesen las respuestas, comprobar la comprensión de la o el usuario/a. También es importante permitir que las personas que consultan vean y toquen muestras y modelos de MAC, para que puedan familiarizarse con ellos y que además esto propicie que pregunten acerca de sus dudas. Para esto es útil referirse al material de apoyo

4. Brindar a las y los usuarios/os lo que eligieron

Debemos hacerles saber que tienen opciones y que la elección es de ellos/ellas. Les ofreceremos asesoramiento para considerar las opciones y les pediremos que confirmen su decisión. La elección informada va de la mano del **principio de autonomía**: la autonomía se define como la capacidad de tomar decisiones libres, informadas y responsables, en este caso, respecto a la sexualidad y la procreación que aseguren el desarrollo y la salud integral, así como la calidad de vida.

5. Prestar atención a juicios previos del equipo

Los prejuicios son juicios previos que tenemos todas las personas sobre las situaciones para enfrentarlas sin necesidad de repensar cada situación en profundidad. Se construyen a través de la experiencia vivida y de los valores del grupo social de pertenencia, de un modo inconciente, y se ponen en juego a diario. Se convierten en el cristal con el que se miran las cosas.

Si bien los prejuicios son operativos en la vida cotidiana, porque permiten desempeñarse sin la necesidad de análisis ante cada hecho de la cotidianidad, en la situación de consejería y en otras situaciones de la vida profesional, es fundamental poder revisar nuestros propios juicios previos sobre personas, prácticas, elecciones, y sobre toda la información involucrada en la toma de decisiones sobre sexualidad y reproducción. Así podremos distinguir entre nuestro saber profesional y nuestros prejuicios para no operar con éstos últimos en lo que deben ser libres decisiones de quienes participan de la consejería.

Es imposible no tener prejuicios; entonces, no es conveniente negarlos. Lo que es necesario es conocer más profundamente nuestras opiniones, ideas, creencias y poder distinguirlas de nuestro saber objetivo. Esto nos permite también tener intervenciones concientes, donde desplegar todas las herramientas

que poseemos para el trabajo con otros/as.

El trabajo a realizar con los juicios previos o prejuicios del equipo de salud, es el de hacerlos concientes para tenerlos en cuenta cuando se realiza el trabajo de acompañamiento, tanto para encontrar una posición abierta y receptora a la escucha de la situación del otro como para respetar las preferencias de las y los usuarios/as, aunque elijan un método menos eficaz, usen un método sólo esporádicamente, cambien de método con frecuencia o rechacen algunos de los servicios o todos ellos.

La consejería debe tomar en cuenta, en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de las y los usuarias/os deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo o de una actitud determinada en cualquier otro ámbito de la salud sexual y reproductiva.

6. Sentirse cómodo/a con el tema de la sexualidad

No siempre los profesionales de la salud están preparados para abordar temas referidos a la sexualidad con las personas que consultan. A veces se sienten inseguros o dudosos acerca de las cuestiones concernientes a la sexualidad y evitan discutirlos, y muchos suponen que las y los usuarios tampoco quieren tocar ese tema. Pero para muchas personas esa consulta es la única posibilidad que tienen de una buena elección informada para el ejercicio de su sexualidad de una manera placentera y saludable.

Para muchas de las personas que consultan, la consejería es la única oportunidad que tienen de hablar sobre cuestiones sexuales, por lo que estarán ansiosas de conversar sobre estos temas, aunque tal vez sólo puedan hacerlo si se les pregunta acerca de ello. Una manera de trabajar este eje es la capacitación del equipo de salud y la planificación de actividades que ayuden a los profesionales a vencer sus dificultades para tratar este tema, priorizando el trabajo con otros en el marco de un equipo.

7. Prestar atención a cómo se piensa acerca de las parejas sexuales y/o la orientación sexual de las y los usuarios¹

El formato de comunicación en salud tiene naturalizado el dirigirse a personas heterosexuales. Muchas veces se hacen preguntas o se da la información suponiendo a la heterosexualidad como única posibilidad. Esto habitualmente produce en las personas la predisposición a ocultar su identidad sexual por temor o vergüenza.

Trabajar este eje dentro del equipo de consejería lleva a mejorar la comunicación y la

¹ Para ampliar consultar: Cuadernillo "Diversidad sexual: Conceptos para pensar y trabajar en salud" Dirección de Sida y ETS. Ministerio de Salud de la Nación. Edición 2011 y documento "Cambiemos las preguntas" Campaña Nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud. Centro latinoamericano en sexualidad y derechos humanos. En www.clam.org.br/pdf/cambiemos.pdf

práctica en atención a personas con distintas orientaciones sexuales para disminuir situaciones violentas que comienzan desde lo gestual (como bajar la cabeza, acelerar la entrevista) cuando las personas comunican su identidad sexual hasta situaciones de maltrato, aunque no sea intencional.

Ampliar conocimientos sobre diversidades sexuales facilita desnaturalizar algunas opiniones como la de que las personas homosexuales no necesitan de los métodos anticonceptivos, suponiendo que mujeres lesbianas no pueden también tener relaciones sexuales con hombres. Por otro lado, permite ampliar la información sobre cómo evitar infecciones de transmisión sexual.

8. Abordar las cuestiones de género y con perspectiva de género

Es necesario tener en cuenta los condicionamientos de género en las relaciones entre las personas, especialmente en el ejercicio de la sexualidad y también a la hora de elegir un método anticonceptivo y frente a las posibilidades de utilizarlo correctamente. Una mujer puede, por ejemplo, decidir utilizar un método anticonceptivo hormonal oral (pastillas) pero luego no poder tomarlas porque su pareja no quiere que lo haga. O puede preferir utilizar preservativos para protegerse a la vez de un embarazo no buscado y de las ITS, pero su pareja negarse a usarlo y ella no estar en condiciones de negociar su uso. Otro ejemplo: un joven varón puede estar dubitativo en una consulta y recién al final plantear que necesita información sobre como utilizar el preservativo porque no se anima a preguntárselo a sus amigos...

Es importante generar un espacio y un clima propicio para que estas cuestiones puedan ser habladas entre el profesional y quien consulta, para brindar herramientas e intentar pensar en conjunto estrategias que favorezcan una elección lo más libre que sea posible.



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 ¿Cómo se plantea debería ser la consulta en la consejería según el texto?
- 2 ¿Qué nos pasa al interior del equipo con el planteo sobre "prejuicios" que se formula?
- 3 Analizamos las dimensiones de "autonomía" y "elección consciente" a partir de revisar nuestras propias prácticas.
- 4 ¿Qué nos aporta este texto revisar nuestro dispositivo de consejería?

9. Brindar particular atención a algunos grupos e individuos

- Las y los adolescentes, donde se debe enfatizar la participación protagónica de las y los propios adolescentes.
- Usuarías y usuarios que solicitan información con relación a: iniciación sexual, conductas sexuales de riesgo, embarazos no buscados y/o no deseados, métodos anticonceptivos, información sobre el VIH/sida y otras ITS.
- Mujeres que estén atravesando un post parto o un post aborto.

10. Trabajo en equipo

Se recomienda que la consejería sea ofrecida por integrantes de un equipo interdisciplinario que pueda incluir según las posibilidades locales a distintos profesionales (trabajadores sociales, enfermeros, educadores, psicólogos etc) así como a promotores debidamente capacitados en la temática y a los profesionales obstétricas y obstétricos, médicos y médicas que realizan la atención (éstos últimos independientemente que realicen o no consejerías).

Para sostener el trabajo de equipo es conveniente instalar un encuadre de encuentros y reuniones periódicas, donde participen todos los integrantes con el objetivo de reflexionar sobre las propias prácticas y experiencias, intercambiar opiniones sobre entrevistas y consultas y organizar actividades. El contar con un tiempo-espacio disponible del equipo para trabajar con el aporte de todas y todos los integrantes (desde su saber profesional hasta su experiencia personal) confiere a la práctica en este contexto de un soporte para los profesionales que se ven involucrados muchas veces en situaciones también complejas para ellos.●

LA INTERVENCIÓN CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

¿Cuáles son las desigualdades de género que se juegan en el momento de tomar decisiones sobre la salud sexual y reproductiva? ¿Qué estereotipos de género operan? ¿Qué miradas y acciones de los varones impactan y condicionan las posibilidades de autonomía de las mujeres?

Abordar estas preguntas y reconocer estos elementos se hace indispensable para incorporar una dimensión muchas veces silenciada en las consejerías en salud sexual y reproductiva: las desigualdades de género y las imposiciones masculinas con las cuales desde el equipo no nos relacionamos en forma directa, ya que quienes se acercan a la consulta son, la mayoría de las veces, mujeres.

En estas hojas encontraremos artículos que indagan sobre las representaciones e imaginarios masculinos en torno a la sexualidad y las decisiones anticonceptivas. La propuesta es que desde el equipo de salud se haga el ejercicio de incorporar cómo pueden estar jugando, en las consultas que realizan las usuarias, las presiones, formas de coerción, estereotipos y posibilidades de negociación con sus parejas.



Decisiones anticonceptivas en pareja: ¿negociación o imposición?.....	1
La coerción sexual: como un juego.....	5



+ PARA SEGUIR FORMÁNDONOS



"Memorias de Antonia" (1996), de la directora Marleen Gorris. Recrea la vida de cinco generaciones de mujeres que no se sujetan a los estereotipos de género.



"La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud". Thomas Laqueur, Ediciones Cátedra, España, 1994.

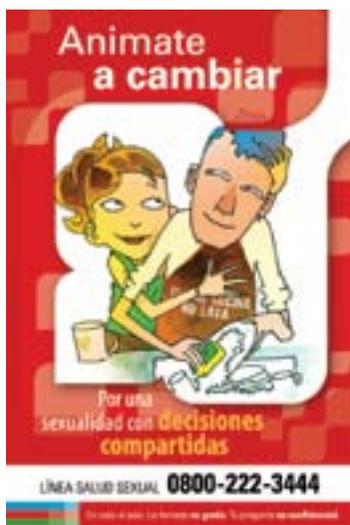


Colectivo de varones antipatriarcales:
<http://colectivovaronesantipatriarcales.blogspot.com.ar/>

FOLLETOS Y PUBLICACIONES PARA TRABAJAR IGUALDAD DE GÉNERO:

Estos materiales pueden descargarse de la sección *Materiales en:* www.msal.gov.ar/saludsexual o solicitarse a saludsexual@msal.gov.ar

POSTAL:



Por una sexualidad de decisiones compartidas





Decisiones anticonceptivas en pareja: ¿negociación o imposición?

por Graciela Infesta Domínguez (*)

Claves de lectura

- Analizar las miradas masculinas sobre las decisiones anticonceptivas.
- Reconocer cómo estas miradas pueden constituirse en condicionamientos para la autonomía de las mujeres en el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

[...] Las características que puede asumir el proceso de toma de decisiones anticonceptivas en cada pareja –y, obviamente, el resultado del mismo– dependen de múltiples factores (psicosociales, culturales, económicos). Uno de los factores que inciden notablemente es el relacionado con las representaciones que cada miembro de la pareja tiene sobre los derechos reproductivos de ambos.

Nos referimos a las responsabilidades y los derechos sexuales y reproductivos que cada miembro de la pareja sexual considera para sí y para el otro; el lugar de poder en el que cada uno se coloca a sí mismo y al otro respecto de la toma de decisiones anticonceptivas (...)

Para indagar las representaciones que los varones tienen respecto de los derechos reproductivos de hombres y mujeres, en los grupos focales se discutieron situaciones (que en algunos casos surgieron espontáneamente y en otros a propuesta del coordinador del grupo) vinculadas a la problemática de la salud reproductiva en las que se ponen en juego los mencionados derechos y en las cuales pueden surgir “conflictos de intereses” entre los géneros.

Los varones de 45 a 55 años

Al indagar respecto de las responsabilidades de cada miembro de la pareja en relación con el uso de métodos anticonceptivos, los varones del estrato medio-alto (Grupo 4) concordaron en señalar que la responsabilidad era de ambos miembros de la pareja, coincidiendo con la posición de la mayoría de los participantes del Grupo 5 del estrato bajo. En este último grupo, dos participantes opinaron que la responsabilidad debería recaer en aquel miembro de la pareja para cuya salud el uso de anticonceptivos constituya un “daño menor”. En cambio, entre los varones del estrato bajo que participaron del Grupo 3, la mayoría opinó que la responsabilidad del cuidado es del hombre, ya que es él quien tiene el poder de decisión en la materia –actitud que coincide con las representaciones tradicionales observadas en este

grupo con relación a los roles de género–.

“Para mí también. El eje del cuidado es el hombre. El hombre es el que lleva la batuta en todo, para decir “bueno, no quiero tener problemas” (Rubén, Grupo 3, 45-55 años, estrato bajo).

En los Grupos 3 y 4 se planteó una situación de conflicto de intereses en torno al encuentro sexual y el uso de anticonceptivos: el coordinador preguntó a los participantes cómo actuarían si se encontraran frente a la posibilidad de tener relaciones sexuales con una mujer que les atrajera mucho pero con la condición impuesta por ella de no utilizar preservativo.

En el caso de los participantes de 45 a 55 años del estrato bajo (Grupo 3), la mayoría opinó que tendría relaciones sexuales sin preservativo; es más, uno de los participantes reconoció que, en una situación similar a la planteada por el coordinador, efectivamente había tenido relaciones sin cuidarse. En este grupo, tras escuchar a los compañeros que tenían la opinión contraria, los pocos varones que inicialmente manifestaron que no tendrían relaciones sexuales en un caso como el planteado comenzaron a dudar y terminaron manifestando que tendrían relaciones sexuales pero “solo si la conocen [a la mujer]”.

Las posiciones de estos varones que aparecieron en la discusión verbal del primer encuentro con el grupo son coherentes con lo sucedido en la segunda reunión, en la cual se les pidió que dramatizaran una escena en la que se planteara un conflicto de intereses en una pareja. A pesar de la insistencia del coordinador, los participantes de este grupo no actuaron ninguna escena ya que, según manifestaron, “en el sexo no hay negociación. Tenés que preparar el terreno [que no haya nadie en el lugar para estar tranquilos y no ser interrumpidos]... manoteás... y listo”.

Así, en ambos casos se identifica una misma representación en estos hombres: en el encuentro

(*) Autora: Infesta Domínguez, Graciela. “Decisiones anticonceptivas en la pareja desde la perspectiva de varones adultos” en “Varones Latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción”, Pantelides, Edith A. y López, Elsa (compiladoras). Ed. Paidós, Tramas Sociales, Buenos Aires, 2005.

Decisiones anticonceptivas en pareja: ¿negociación o imposición?

sexual predomina la acción, el impulso: por lo tanto, no hay espacio para “pensar” en la prevención; tampoco se puede “pensar” en el otro porque no hay un “otro”; es decir, no hay un sujeto sino un objeto sexual que, como tal, puede ser tomado (“manoteado”) para satisfacer el propio placer. Al no haber un “otro” sujeto de derechos, se comprende que para estos hombres no haya negociación en cuestiones de sexo (esta última implica necesariamente un reconocimiento de un “otro”, un sujeto con derechos iguales a los propios) sino dominación.

Consideramos que esta dificultad del varón para relacionarse sexualmente con un “otro”, con un sujeto, es central para comprender buena parte de las características que asumen los procesos de toma de decisión en el interior de las parejas caracterizados, en muchos casos, por la dominación masculina. [...]

El tema del aborto frente a un embarazo no planeado sólo fue tratado por uno de los grupos de varones de 45 a 55 años, el de estrato bajo. Sin duda este tema puede plantear múltiples conflictos de intereses en una pareja y, por la cantidad de factores que intervienen en la decisión de un aborto, no llama la atención que los participantes del grupo focal no logaran consensuar una opinión al respecto. En tanto algunos varones consideraban que, si la mujer que dejan embarazada es su amante y ellos están casados, estarían a favor del aborto, otros sostenían que, en el caso de ser su hijo (duda que se planteó como preocupación en todos los grupos en los que surgió el tema), se tendrían que hacer cargo de él.

“¿Sabés lo que pasa? Que en este momento es algo muy relativo, porque vos salís con una mujer y vos no estás seguro de que esa mujer sale con vos solamente. Ése es el gran problema. Ojalá uno estuviera seguro de que es tuyo y vos lo hiciste. Entonces ahí tenés que poner los papeles como corresponde. Porque si vos le hiciste un hijo no lo vas a dejar tirado... Si yo sé que es mío, yo me lo enchufo, qué querés que haga. Yo no lo voy a tirar, ni lo voy a sacar, yo no soy de ésos.”(Ricardo, Grupo 3, 45-55 años, estrato bajo).

Los varones de 25 a 35 años

[...] En relación con la responsabilidad del cuidado, la mayoría de los varones del estrato bajo (Grupo 1) coincidió en señalar que, cuando se trata de prevenir el VIH/Sida, la responsabilidad del cuidado es de cada individuo, en tanto que, si se trata de evitar un embarazo no planeado, la responsabilidad en la prevención es de ambos miembros de la pareja.

Lo importante de esta posición es el motivo que lleva a estos hombres a hacer esta diferenciación en cuanto a la prevención: en tanto esté comprometida la salud del varón, la responsabilidad de la prevención es individual, ya que no se delega en la mujer el cuidado de la propia salud.

[...] Pero, en cambio, si se trata de una pareja estable, estos varones consideran que el cuidado es algo que se negocia en el interior de la

pareja teniendo en cuenta los gustos y necesidades de cada uno, aunque en general reconocen que con el tiempo el hombre intenta “convencer” a su pareja para dejar de usar preservativo. Si bien esta última idea no apareció explícitamente en los otros grupos analizados, implícitamente podía inferirse a partir de las narraciones que realizaron varios varones que participaron de los mismos. En contraste, llama la atención el grado de conciencia que tienen los hombres del Grupo 6 respecto de las características que asume el proceso de toma de decisiones anticonceptivas en la pareja, así como de las motivaciones que impulsan a los varones a actuar en uno u otro sentido.

“El hombre cuando ya tiene una relación estable, cree que no hay ningún problema... Eventualmente, se hacen los análisis, o sea que, sería recomendable, ¿no? Porque yo lo hice... El hombre lo primero que trata de hacer es convencer o tratar de convencer a la mujer de cambiar el sistema, porque al forro no lo banca más... Claro, después ahí viene la cuestión, ¿no? O sea, si uno puede... prefiere tolerar el profiláctico porque la mujer tiene problemas con la pastilla y el DIU tiene también sus riesgos y bueno... ahí viene la negociación.” (Federico, Grupo 6, 25-35 años, estrato medio-alto).

“[Descartado el preservativo] normalmente, los métodos anticonceptivos los toma o los asume la mujer. O sea que, lógicamente, sería ella la que decidiría un poquito más. Vos podés influir, decirle ‘mirá, me parece que este método es más efectivo que otro por este motivo’, pero en definitiva la que pone el cuerpo es ella.” (Gabriel, Grupo 6, 25-35 años, estrato medio-alto).

“[Si la mujer se resiste a usar algún método femenino porque no le gusta o le trae problemas] vos negociás, o me pongo el forro o empezás a ver la cuestión o alternás.” (Leonardo, Grupo 6, 25-35 años, estrato medio-alto).

Los participantes de este grupo –a diferencia de todos los varones que participaron en los restantes grupos focales– consideran que, además de los miembros de la pareja, existe otro responsable en la prevención del VIH/Sida y del embarazo no planeado: el Estado. Estos hombres consideran que el Estado tiene un papel fundamental en lo que hace a la prevención en sexualidad y salud reproductiva, en tanto “tiene que dar información, tiene que promover la educación... La educación es básica para el cuidado”.

Como ya adelantáramos, los jóvenes del estrato medio-alto que participaron del Grupo 2 no coinciden mucho con las apreciaciones de sus pares del Grupo 6 en este caso, no hay una opinión predominante. Algunos participantes sostuvieron que la responsabilidad del cuidado es de los dos “porque no le pueden decir a su señora que se cuide siempre ella con pastillas”. También reconocieron que no les gusta usar preservativo porque no disfrutaban de igual manera las relaciones sexuales. Estos mismos participantes sostienen, por un lado, que las mujeres tienen más posibilidades de cuidarse que el hombre porque cuentan con una gama mayor de métodos para elegir y, además, éstos “son más sencillos”.



Decisiones anticonceptivas en pareja: ¿negociación o imposición?

Por otro lado, consideran que el preservativo no es la única forma de prevenir el VIH/Sida; la otra forma de cuidado consiste “en saber con quién y dónde ponerla”. Asimismo, estos varones tienen una visión muy interesante sobre las campañas publicitarias a favor del uso del preservativo: creen que las mismas no apuntan únicamente a evitar el contagio del VIH/Sida sino que también persiguen otros objetivos, tales como “tratar de bajar la población”; para algunos varones o “bajar los abortos”; para otros. En el discurso de los varones este tipo de concepciones aparecen obturando la posibilidad de reflexionar sobre el problema de fondo (las dificultades para decidir o aceptar el uso del preservativo), respecto del cual dependen en gran medida la prevención del VIH/Sida y el aborto, así como el control de la natalidad.

[...] Los comentarios sobre las dificultades del hombre para usar preservativo manifestadas por los participantes durante la discusión sostenida en la primera reunión son absolutamente coherentes con los resultados de la dramatización en la segunda sesión. En esta última, la escena que los varones eligieron dramatizar tiene que ver con un chiste que cuenta cómo reacciona un gorila cuando una mujer, que se encontraba contemplándolo junto a su marido, le muestra –a instancias de su esposo- sus piernas y el pecho al desnudo. El gorila, descontrolado, rompe la jaula y salta sobre la sorprendida mujer. Ante esta situación el marido le dice a la mujer: “Ahora decíle que te duele la cabeza, como me decías a mí”.

En relación con esta dramatización, los participantes manifestaron que los hombres nunca saben qué hacer ante la negativa de la mujer, en tanto que ellos no pueden pensar cuando se excitan y menos aún negarse a tener relaciones, aun cuando puedan correr riesgos. Esto se debería, según los participantes de este grupo, a que, aunque hombres y mujeres tienen igual deseo sexual, los varones reaccionan frente al mismo más rápidamente que las mujeres.

Esta última interpretación masculina, sin embargo, nos despierta algunas sospechas: parece encubrir una versión nueva, reciclada, sobre la representación tradicional respecto de las diferencias “biológicas” existentes entre la sexualidad masculina y la femenina, según la cual los hombres tienen más deseo sexual que las mujeres. Nuestra sospecha se fundamenta, por un lado, en que dicha representación tradicional de las diferencias sexuales se observa en otros elementos que aparecen en el discurso de los varones: el conflicto mismo que plantea la dramatización elegida, la alusión al famoso “dolor de cabeza” femenino, la comparación del impulso sexual del animal con el del hombre. Por otro lado –y quizás sea el aspecto más importante-, si, como sostienen estos hombres, el deseo sexual de hombres y mujeres es “igual” (y responde a factores estrictamente biológicos, descartando así el peso de los factores socioculturales), ¿cómo se

entiende, entonces, que el mismo se manifieste de manera diferente en unos y otras (“los hombres reaccionan más rápido que las mujeres”)?

En relación con el segundo de los conflictos mencionados –la decisión de abortar o continuar con un embarazo no planeado-, las posiciones de los hombres jóvenes del estrato bajo (Grupo 1) son diferentes de las manifestadas por los del estrato medio-alto (Grupo 2). En el caso de estos últimos, la mayoría unánime opinó que estaba en contra del aborto y que, en caso de un embarazo no planeado, ellos ayudarían a la mujer a tener su hijo y se harían cargo del mismo, aún en el hipotético caso de que ellos ya estuvieran casados con otra mujer. Sin embargo, paralelamente a reconocer su responsabilidad en caso de un embarazo no planeado, estos hombres también plantean su desconfianza respecto de la conducta de algunas mujeres. Ante un caso así, expresan el temor a ser engañados por la mujer que, eventualmente, dice estar esperando un hijo suyo.

En cambio, en el grupo de los varones jóvenes de estrato medio alto (Grupo 1), entre los participantes existían diferentes tipos de posturas: a) algunos consideraban que ellos no podrían decirle a la mujer que se haga un aborto si ella no quiere porque la decisión de abortar, en tanto involucra el cuerpo de la mujer, le corresponde a ella; b) otros sostuvieron que su decisión dependería de la relación que tuvieran con la mujer; consideraron que el hecho de haber tenido relaciones sexuales no implica un compromiso frente a un posible embarazo no planeado; c) dos participantes se manifestaron a favor de que la mujer aborte. Más allá de las diferentes posiciones mencionadas, los participantes de este grupo –al igual que sucedió con los hombres de los Grupos 2 y 3- también señalaron sus temores en relación con la posibilidad de ser engañados por una mujer al atribuirles una falsa paternidad.

Yo creo que, en definitiva, es un tema que no se plantea, porque cuando vos te vas a fifar una mina no le decís: “Che, mirá que si quedás embarazada no me voy a hacer cargo...”: qué... ¿te ponés a plantear el tema?... Vos estás diciendo “lo asumieron los dos” pero... cuando estaba con la mina y se acostó, no es que estaba diciendo: “Bueno, yo estoy asumiendo que si queda embarazada lo voy a aceptar...” Pero vos pensás que la mina dijo: “Ah, yo lo hice con vos...” y vos y vos, porque pensá que si queda embarazada... (Daniel, Grupo 1, 25-35 años, estrato medio-alto).

En relación con el aborto, un varón del Grupo 1 aportó una interpretación interesante –que pareció gozar de la aprobación de sus compañeros de grupo- respecto del posicionamiento de varones y mujeres frente a un embarazo no planeado. Según este participante, el conflicto entre géneros suele plantearse de manera distinta según se trate de una pareja ocasional o de matrimonios (o parejas estables) que ya tienen hijos: en estas últimas, a la inversa de lo que se observa en las parejas ocasionales, es la mujer la que quiere abortar y el varón el que no está de acuerdo. Esto se debería

Decisiones anticonceptivas en pareja: ¿negociación o imposición?

-según la interpretación del participante en cuestión- a que, al ser la mujer la que recibe la mayor carga de trabajo por la crianza de los hijos, no estaría dispuesta a incrementarla y por eso es habitual que se manifieste a favor del aborto. ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** En la investigación, ¿qué prejuicios y formas de coerción aparecen?
- 2** ¿Cómo procesamos desde el equipo las miradas masculinas sobre el VIH/Sida y el aborto?
- 3** ¿Qué reflexiones nos despierta sobre las posibilidades de autonomía de las mujeres en las decisiones anticonceptivas?
- 4** En el marco de la Consejería: ¿Cómo podríamos trabajar con las mujeres los condicionamientos y desigualdades de género?



La coerción sexual: como un juego

por Hernán Manzelli (*)

Claves de lectura

- Reflexionar sobre cómo influyen los estereotipos de género en las relaciones sexuales de los adolescentes.
- Incorporar la “coerción sexual” como una categoría a poner en juego y problematizar en las intervenciones del equipo de salud.

Del análisis de las entrevistas surge claramente que, si bien la mayoría mantiene relaciones de común acuerdo con su compañera sexual, cierto grado de presión aparece como necesario para mantener relaciones sexuales con una mujer adolescente. Con el objetivo de identificar los diferentes tipos de coerción que estos adolescentes reconocían y las líneas argumentales por las cuales justificaban o reprobaban dicho comportamiento, trabajamos con cinco ítems que se correspondían con diferentes aspectos de nuestra definición de coerción¹.

La insistencia verbal

En el primer ítem de la entrevista se le presentó al joven un caso hipotético en el que él tenía ganas de tener relaciones sexuales con una chica y ella le decía que no, y se le preguntó qué haría frente a esa situación. En la misma línea, se indagó si pensaba que las mujeres necesitaban un poco de presión para que accedieran a tener relaciones sexuales. Con este ítem apuntábamos a detectar si los informantes identificaban la insistencia verbal como forma de coerción.

Salvo raras excepciones, ninguno de los entrevistados (independientemente del estrato socioeconómico) pensaba que la insistencia verbal fuera una forma de presión; más bien, la percibían como el punto de partida necesario e inevitable por el que tenían que pasar si querían tener relaciones sexuales. Esta presión era concebida como un “juego” dentro de la seducción entre los varones y mujeres dentro del cual se daba por sentado que el varón debía convencer a la mujer para que accediera a tener relaciones sexuales. (...)

No sé, porque no se animan a decirte: “vamos a hacer el amor” o... o “tengo ganas”, siempre esperan que el hombre le diga. (...). (Gastón)

Claro, puede ser que tengan miedo a ser catalogadas como fáciles, en algunos casos. Después cuando la mujer es virgen tiene miedo, para mí, de ser, digamos... privada de su virginidad y abandonada. Porque muchas tienen mucho miedo de perder la virginidad. No sé por qué... (Tomás, 17 años, estrato medio-alto)

El “no” es “sí”

En el segundo ítem de la entrevista se les pedía que reflexionaran sobre la frase que dice “cuando las mujeres dicen no quieren decir sí”. Aquí indagábamos si reconocían que la insistencia verbal frente a una negativa de la otra persona constituía una forma de coerción.

En general esto tampoco fue identificado como presión, ya que para estos adolescentes todas las chicas inicialmente dicen que no y, como vimos en la sección anterior, es función del varón revertir esa respuesta. Sin embargo, aquí sí encontramos algunas diferencias de razón social. Los adolescentes de estrato socioeconómico medio-alto parten de la idea de que la negación generalmente significa un rechazo, pero que depende del tono de voz de la chica que sea cierto o un consentimiento disimulado (...):

Luis: Y no... bah, depende el tono que lo diga, según el tono que lo diga, porque por ahí dicen que no para buscar el pie a... a que avance él. (Luis, 16 años, estrato medio-alto)

Entre los adolescentes de estrato socioeconómico bajo aparece más la idea de que la negación de una chica a tener relaciones tiene un doble sentido y la explicación de que ella está probando el interés que tiene el varón en esa relación. Depende del ingenio del varón, del “chamuyo” que tenga, que logre convencer o no a la chica (...).

“No me podés dejar así”

En el tercer ítem, se le presentaba al entrevistado el caso de un chico y una chica que se conocían en un baile, tenían un acercamiento íntimo y se excitaban mucho. Ante la negativa de ella para tener relaciones, el varón le decía que, habiéndolo “calentado”, no podía dejarlo “así”. Con este ítem explorábamos si los jóvenes identificaban como coercitivo el hecho de presionar a la chica una vez que, habiendo comenzado a tener alguna aproximación, ella no quisiera continuar.

1 Para este trabajo se ha adoptado la siguiente definición: Coerción sexual es el acto de forzar (o intentar forzar) a otro individuo, por medio de violencia, amenazas, insistencia verbal, engaño, expectativas culturales o circunstancias económicas, a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad (Heise, Moore y Toubia, 1995, pág. 8, traducción del autor).

(*) Autor: Manzelli, Hernán. “Como un juego: la coerción sexual vista por varones adolescentes” en “Varones Latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción”, Pantelides, Edith A. y López, Elsa (compiladoras). Ed. Paidós, Tramas Sociales, Buenos Aires, 2005.

La coerción sexual: como un juego

En general, todos los entrevistados reconocían que esta situación implicaba algún tipo de presión y que lo que correspondía era no insistir más en el tema (...)

Ahora bien, este deber ser se ve teñido por dos factores fundados en representaciones sobre los roles de género que crean intersticios de legitimidad para tomar conductas coercitivas.

Por un lado, subyace el supuesto de que el hombre es dueño de una "sexualidad indomable" y es incapaz de controlar sus impulsos. En cambio, la mujer puede manejar su sexualidad, "jugar" con el hombre. Aparece la visión de chicas que excitan a los hombres, como si ellas no fueran susceptibles de excitarse también:

"Y, siempre los chicos se calientan más cuando están transando con una chica, tienen más deseo de tener relaciones sexuales que las chicas. Y... si una chica dice que no, no la podés obligar a que tenga sexo con vos." (Francisco, 15 años, estrato bajo)

Y, el pibe se va a enojar... porque ¿para qué lo va a hacer calentar tanto...? Franeleo, franeleo y después no va a pasar nada, le agarra una bronca... como diciendo: "¿Dale... para qué te hace calentar?" (Gustavo, 16 años, estrato bajo)

Por otro lado, nuevamente aparece el tema de la reputación de la mujer como variable a tener en cuenta para descifrar el lenguaje: las características de la interlocutora ayudan a interpretar lo que está diciendo:

*-Yo de ese tipo no soy, si se da, se da; si no, no. Creo que está mal apurar a una piba a tener relaciones sexuales si la conocés esa noche y ya la querés apurar. Depende cómo sea la chica... Si la ves muy cara de... bueno, muy de atorranta... sería... pero depende...
Entrevistador: ¿Si tiene cara de atorranta es "apurable", digamos?
-Claro, si se da se da, si ella busca, también si vos buscás se da. Si no... depende la chica.* (Félix, 18 años, estrato bajo)

La prueba de amor

En el cuarto ítem se les daba un ejemplo en el que un chico quiere tener relaciones sexuales con su novia pero ella no se siente preparada y él le dice que, si no tiene relaciones con él, la deja. Aquí indagábamos si reconocían que la amenaza de terminar una relación por no acceder a tener relaciones sexuales en el marco de una pareja más o menos estable podía llegar a ser interpretada por el otro actor (en este caso la pareja) como forma de coerción.

En este caso, todos los entrevistados reconocen que se está presionando a la chica y lo reprueban moralmente (...)

Me parece que el chico está equivocado, si realmente la quiere... Ahora, si es una que conoció un día y al otro día... está bien; pero si la quiere realmente no, le tiene que dar un tiempo para esperarla. (Emiliano, 19 años, estrato bajo)

Entre los adolescentes de estrato medio-alto, aparece también esta idea pero en términos de "proyectos" a corto y largo plazo:

-Y me parece que el chico no quiere tener un proyecto a futuro con la novia, quiere hacer un... solamente quiere tener, bah... tener sexo, nada más. O sea, no le importa si la quiere o no. Yo le respetaría los tiempos, creo que uno tiene que respetar los tiempos.

Entrevistador: ¿Y en general cómo ves que es eso?

-No, creo que no, que no se respeta, se la presiona mucho a la novia... (Agustín, 17 años, estrato medio-alto)

Fantasías

El quinto ítem preguntaba si es placentero tener relaciones sexuales con una chica que se resiste. En este ítem indagábamos sobre la creencia en que las situaciones de presión constituían parte del deseo sexual masculino.

Encontramos bastantes diferencias según el estrato socioeconómico y las edades de los entrevistados. Mientras que los adolescentes de estrato socioeconómico medio-alto y los más jóvenes sostenían que no encontraban placentero tener relaciones sexuales con una chica que se resiste, los entrevistados de estrato bajo y más grandes veían en mayor medida esta situación como excitante.

-Porque le cuesta más, entendés... es más costoso que otras, que fueron más fáciles, que hubo menos chamuyo, entendés, fue más rápido. Con una que se resiste es mejor, porque sabés que te costó más chamuyarla, que es diferente... (Joaquín, 15 años, estrato bajo)

Entrevistador: ¿Te parece que es placentero tener relaciones sexuales con una chica que se resiste?

-Sí. Porque buscás... más difícil... no es todo regalado, no sé: te lo ganás vos... (Rodrigo, 18 años, estrato medio-alto)

-Sí, es más excitante. No sé, lo veo más excitante. Con la otra ya es muy común... Como el macho de la manada... (Gastón, 18 años, estrato bajo)

Este último término del "macho de la manada" remite a la demanda del grupo de pares que hay detrás de esta legitimación de su masculinidad, la "conquista" de su masculinidad. ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** ¿Aparecen en las situaciones de consejería relatos de situaciones de coerción o presión sexual? ¿Indagamos sobre ellas?
- 2** ¿Qué estrategias de trabajo nos damos para promover el trato igualitario y el derecho a decidir sobre la propia sexualidad?

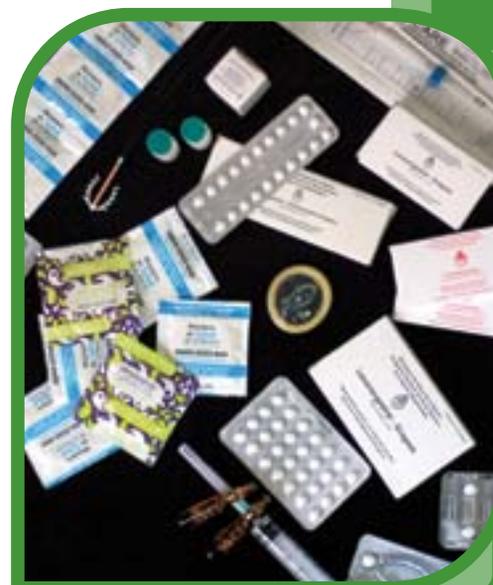
MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

¿Qué sabemos sobre el uso de métodos anticonceptivos en nuestra localidad? ¿Qué prácticas asociadas a la anticoncepción existen? ¿Por qué las mujeres y los varones se acercan o no a solicitarlos? ¿Qué barreras de acceso en los servicios de salud pueden estar dificultando su disponibilidad? ¿Qué pasa con la anticoncepción hormonal de emergencia? ¿Cómo podemos mejorar su distribución y acceso? ¿Persisten aún confusiones en torno a su modo de acción?

Para el cumplimiento efectivo del derecho básico a poder decidir si tener o no tener hijos, cuándo tenerlos y con qué espaciamiento entre nacimientos, es necesario que los métodos anticonceptivos estén disponibles, y las usuarias y usuarios del sistema de salud puedan elegir el mejor según sus necesidades. ¿Qué obstáculos pueden estar existiendo para garantizar este derecho en las consejerías? ¿Qué potencialidades y buenas prácticas desarrollamos?



Uso de métodos anticonceptivos	1
Conversaciones sobre sexualidad y anticoncepción.....	4
Campo semántico de la anticoncepción de emergencia.....	6



SECCIÓN 4 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

PARA SEGUIR FORMÁNDONOS



Lineamientos estratégicos para la garantía de prestaciones prioritarias en materia de salud sexual y reproductiva, de Ana Cristina González Vélez y Silvina Ramos. Ediciones CEDES, Buenos Aires, 2011.
www.cedes.org.ar/PUBLICACIONES/SALUD/2011/9997.pdf



Observatorio de la Salud Sexual y Reproductiva
www.ossyr.org.ar



Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES):
www.cedes.org

FOLLETOS Y PUBLICACIONES PARA TRABAJAR MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS:

Estos materiales pueden descargarse de la sección Materiales en: www.msal.gov.ar/saludsexual o solicitarse a saludsexual@msal.gov.ar

FOLLETO Y AFICHE:



El mejor método anticonceptivo es que vos elegís. Es tu derecho

FOLLETO, CALCO Y AFICHE:



¿Sabés qué es la Anticoncepción hormonal de emergencia?



INSTRUCTIVO PARA LA DISTRIBUCIÓN DE INSUMOS DEL PNSSYPR:
Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras



MANUAL PARA PROFESIONALES DE LA SALUD:
Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud



FOLLETO PARA USUARIOS/AS Y PARA PROFESIONALES:
Ligadura y vasectomía. Un derecho de todas y todos





Uso de métodos anticonceptivos

Por E. Pantéleides; G. Bionstock y G. Mario, G.,
con la colaboración de M. Romero. (*)

Claves de lectura

- Reflexionar de manera crítica acerca de nuestras creencias y saberes sobre el uso de métodos anticonceptivos de la población con la que trabajamos.
- Identificar estrategias posibles para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Este capítulo centra la atención en la situación actual de las mujeres en cuanto a la anticoncepción. Más precisamente se analiza el nivel de uso actual de planificación familiar, el tipo de método utilizado, quién decidió utilizarlo, dónde se obtiene el método, y si lo adquieren de forma gratuita. Así mismo, se examina en qué medida cada uno de estos aspectos varía entre mujeres residentes en distintas regiones y con distintas situaciones sociales y económicas.

El 78% de las mujeres sexualmente activas (y no embarazadas) declararon utilizar algún método anticonceptivo al momento de la encuesta. La Encuesta de Nutrición y Salud indagó por el uso actual de métodos anticonceptivos de una manera general sin especificar –a diferencia de como se hace en otras encuestas- si durante un período acotado (como por ejemplo el último mes) utilizó métodos anticonceptivos siempre, a veces sí y a veces no, o nunca. Dadas estas restricciones, es más cauto afirmar que tres de cada cuatro mujeres están utilizando anticonceptivos al menos de manera intermitente.

En cuanto al tipo de métodos, el 41% de las mujeres utiliza el preservativo, el 25% la píldora, y el

11% el DIU. Algo más de una de cada diez mujeres utiliza métodos poco eficaces (ya sea el ritmo, retiro, u otros métodos).

5.1 Uso de MAC según región de residencia

El nivel de utilización de MAC varía por región (cuadro 5.2). Las mujeres que viven en la región patagónica y pampeana tienen el nivel más alto de uso (84%), mientras que sus pares en el NOA el más bajo (68%).

En cuanto al tipo de métodos utilizados, en el GBA la mayoría de las mujeres utiliza el preservativo (54%) mientras que en las regiones restantes su utilización varía entre el 29 y 38%, si bien en alguna de ellas el preservativo es también la categoría modal.

La píldora es utilizada con casi igual frecuencia que el preservativo entre las mujeres residentes de la región pampeana y las del NEA y en menor medida las de la Patagonia. En las demás regiones el porcentaje de mujeres que utiliza esos métodos es francamente menor, especialmente en el GBA y el NOA.

Cuadro 5.2 Mujeres de 10-49 años sexualmente activas. Porcentaje que utiliza algún método anticonceptivo y distribución del método utilizado, según región.

Usa método y tipo de método	GBA	Cuyo	NEA	NOA	Pampeana	Patagonia
% que utiliza actualmente algún método	77,7%	72,4%	75,5%	68,8%	82,8%	83,9%
Nro.	1.808.075	274.124	334.060	368.973	1.650.086	272.467
Método usado						
Preservativo	54,5	38,0	29,4	32,4	33,4	30,8
Píldora	19,1	22,2	30,0	13,3	34,2	26,3
DIU	10,1	12,3	6,8	12,3	10,3	20,1
Ligadura	3,7	9,9	17,0	15,7	7,5	14,8
Billings o ritmo	5,3	10,6	6,6	12,9	5,9	3,1
Retiro	4,9	1,3	4,4	5,9	3,9	2,2
Inyección	1,9	4,6	4,3	5,9	3,0	2,3
Otros	0,6	1,0	1,4	1,6	1,8	0,5
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

(*) Autoras: Pantéleides, E.; Bionstock, G. y Mario, G., con la colaboración de Romero, M. "Capítulo 5: Uso Actual de Métodos Anticonceptivos", en "La salud reproductiva de las mujeres en la Argentina", 2005. Encuesta Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (2005-2006). Ministerio de Salud de la Nación Argentina, Buenos Aires, 2007.

La ligadura tubaria, que en promedio a nivel nacional es del 8%, alcanza valores muy superiores en algunas regiones. Es el caso del NEA, el NOA y la Patagonia, donde la proporción de mujeres esterilizadas duplica el valor promedio (15-17%). En el GBA, en cambio, sólo una minoría de las mujeres ha recurrido a la ligadura (4%).

Finalmente, cabe señalar que las mujeres residentes del NOA no sólo utilizan con menor frecuencia métodos anticonceptivos sino que, cuando los usan, recurren a métodos poco eficaces. En efecto, una de cada cinco mujeres residentes del NOA reporta utilizar el método del ritmo, retiro, u otros métodos mientras la correspondiente proporción entre sus pares residentes en otras regiones del país oscila entre el 6% (Patagonia) y el 12-13% (Pampeana, NEA, Cuyo).

5.2 Utilización de MAC según grupo de edad

La utilización de MAC oscila entre el 81 y 85% entre las mujeres sexualmente activas menores de 40 años, disminuyendo al 67% entre las más adultas (40-49 años).

El tipo de métodos utilizados difiere según la edad de la mujer (cuadro 5.3). Si bien el preservativo es el método más frecuentemente utilizado entre las mujeres cualquiera sea su edad, su uso disminuye significativamente a medida que aumenta la edad de la mujer, a expensas de un incremento en el uso de la píldora y el DIU.

Entre las adolescentes de 15-19 años, es entre quienes es más frecuente la utilización del preservativo; junto con las que usan la píldora prácticamente suman el total de las mujeres sexualmente activas de esa edad. Entre las mujeres entre 20 y 29 años, el uso del preservativo disminuye y la utilización de la píldora y del DIU aumenta.

Entre las mujeres de 30 y más años, además de observarse las mismas tendencias también cobran relevancia no sólo la ligadura sino también el retiro y el

ritmo. La ligadura comienza a tener alguna incidencia solamente a partir de los 30 años, alcanzando al 20% entre las mujeres de 40-49 años.

5.3 Utilización de MAC según nivel educativo

Consistentemente como lo que han mostrado otros estudios, tanto a nivel nacional como regional, se observa una asociación positiva entre el nivel educativo de la mujer y la utilización de MAC. Entre las mujeres con muy bajo nivel educativo (hasta primaria completa) el 71% utiliza algún método anticonceptivo, proporción que asciende sostenidamente a medida que aumenta el nivel educativo de la mujer, alcanzando un máximo de 84% entre aquellas que al menos han iniciado el nivel superior (terciario o universitario).

Si bien el preservativo y la píldora son, en ese orden, los métodos anticonceptivos más utilizados cualquiera sea el nivel educativo de la mujer, se observan algunas diferencias. Las mujeres del nivel educativo más bajo utilizan el preservativo y la píldora en iguales proporciones mientras que sus pares con mayor educación utilizan con más frecuencia el preservativo, en general en detrimento del uso de la píldora. Así, el uso del preservativo aumenta al 42-43% entre aquellas con nivel secundario (sea incompleto o completo) y 47% entre aquellas con educación superior mientras que el uso de la píldora disminuye al 22-25%. Es interesante destacar que las mujeres con nivel secundario no difieren tanto entre sí en cuanto al tipo de métodos utilizados según hayan o no completado dicho ciclo.

Las mujeres con bajo nivel educativo recurren con mayor frecuencia que sus pares más educadas tanto a la ligadura tubaria como al uso de la inyección, mientras que el uso del DIU es similar en todos los grupos de mujeres.

Finalmente, si se combina la utilización de métodos poco eficaces (ritmo, retiro, y otros) se observa que su utilización es también más frecuente entre las menos educadas (15%).

Cuadro 5.3 Mujeres de 10-49 años sexualmente activas. Porcentaje que utiliza algún método anticonceptivo y distribución del método utilizado, según grupo de edad.

Tipo de método anticonceptivo usado	10-14	15-19	20-29	30-39	40-49
% que utiliza actualmente algún método	85,3%	80,7%	83,5%	81,7%	67,3%
Nro.	7.064	408.147	1.678.284	1.449.556	1.074.733
Método usado					
Preservativo	93,3	68,7	43,5	37,6	32,7
Píldora	6,7	27,1	36,0	22,2	11,4
DIU	0,0	0,7	8,5	13,5	14,8
Ligadura	0,0	0,0	0,4	10,2	19,7
Billings o ritmo	0,0	0,5	3,3	6,3	13,5
Retiro	0,0	0,8	3,8	5,4	4,8
Inyección	0,0	2,0	3,8	3,5	1,3
Otros	0,0	0,2	0,6	1,4	2,0
TOTAL	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00



5.4 Uso de MAC según situación de pobreza

El uso de métodos anticonceptivos aumenta conforme aumentan los ingresos del hogar en el que residen las mujeres, pero siempre dentro de niveles altos. El preservativo y la píldora son, en ese orden, los métodos anticonceptivos más utilizados cualquiera sea la situación económica de la mujer. Aún así, cabe señalar que las mujeres que residen en hogares pobres indigentes utilizan con menor frecuencia el preservativo y recurren con más asiduidad a métodos poco eficaces (como el ritmo, retiro, u otros métodos).

También cabe destacar que las mujeres pobres no indigentes y las mujeres no pobres no difieren significativamente en cuanto a los métodos utilizados al momento de ser encuestadas.

Si se tiene en cuenta la situación de pobreza estructural (a través del indicador sobre material del piso de la vivienda), las diferencias son más marcadas. Por un lado, la frecuencia de uso de métodos anticonceptivos aumenta conforme a la calidad de la vivienda de manera más pronunciada a la observada al tener en cuenta los ingresos del hogar. En efecto, el 65% de las mujeres que residen en viviendas precarias (con piso de ladrillo suelto o tierra) utilizan algún método anticonceptivo, proporción que aumenta al 72% entre las que residen en viviendas de mejor calidad (piso de mosaico, madera o cerámico).

Por otro lado, las mujeres que residen en viviendas precarias utilizan mayormente la píldora y en segundo lugar el preservativo. Una ínfima

proporción de mujeres se realizó una ligadura de trompas. Entre estas mujeres la inyección es el tercer método en importancia, cosa que no sucede en las otras dos categorías. Entre las restantes mujeres, el preservativo es utilizado con mayor frecuencia y por ende, el uso de la píldora disminuye y cobra algo más de relevancia la ligadura, particularmente entre las mujeres que residen en viviendas de calidad intermedia.

Finalmente, cabe destacar que las mujeres que residen en viviendas precarias recurren con igual –o incluso algo menor– frecuencia a métodos poco eficaces como el ritmo o retiro que sus pares que residen en mejores condiciones habitacionales.

Para sintetizar, algo más de tres de cada cuatro mujeres sexualmente activas (y no embarazadas) declaran utilizar algún método de planificación familiar. Algo menos de la mitad de ellas (40%) utilizan el preservativo, un cuarto la píldora, y casi una de cada diez utiliza métodos poco eficaces (ya sea el ritmo, retiro, u otros métodos). Las mujeres del NOA no sólo son quienes tienen el nivel más bajo de uso de MAC sino que las que usan con más frecuencia métodos poco eficaces.

La educación y la situación de pobreza establecen diferencias no sólo en cuanto al nivel de uso de MAC sino también del tipo de método utilizado. En efecto, cuanto mayor es la educación y mejor la situación del hogar de residencia (sea tanto por ingresos como por calidad de la vivienda) mayor es el nivel de uso de MAC en general, y mayor el nivel de uso del preservativo –y de métodos más eficaces- en particular.●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 En nuestro equipo, ¿qué sabemos acerca del acceso de las mujeres de nuestra localidad a los diferentes métodos anticonceptivos?
- 2 ¿Cuáles son las posibilidades de las mujeres de elegir el método anticonceptivo? ¿Cómo influyen la edad, la condición socio económica y el nivel de escolaridad en las posibilidades de esta elección?
- 3 ¿Cómo se cumplen los roles de los diferentes actores que intervienen facilitando u obstaculizando el acceso real al método anticonceptivo?
- 4 ¿Qué acciones podemos realizar como equipo de salud para mejorar la accesibilidad?



Conversaciones sobre sexualidad y anticoncepción

Por Mario Pecheny (*)

Claves de lectura

- Identificar las dificultades que tienen las personas para conversar sobre sexualidad y anticoncepción.
- Analizar críticamente el desarrollo de nuestras consejerías para remover esta dificultad.

Cuando a las personas entrevistadas se les consultó si conversan seguido sobre su sexualidad y sus prácticas de anticoncepción, la mayoría respondió que no. Las mujeres de nivel socioeconómico medio-bajo, en particular, reconocen timidez y pudor para hablar sobre sexualidad, incluida la misma situación de la entrevista.

Se busca preservar la propia intimidad, aun dentro de la familia, en lo que se muestra la pervivencia de modelos tradicionales y cerrados de crianza.

Las dificultades para hablar sobre sexualidad se vinculan asimismo con los prejuicios que rodean a la anticoncepción, basados en creencias religiosas y concepciones ideológicas. Los entornos sociales conservadores, referidos en San Juan, y en menor medida en Mendoza, son identificados como un impedimento.

Las conversaciones sobre sexualidad y anticoncepción se dan con dificultad en el ámbito de las consultas de salud. Si bien se mencionan

situaciones concretas de diálogo, las mujeres de todos los estratos señalaron que resulta difícil conversar de temas personales durante las consultas. Para los varones, la consulta con un profesional de salud es un terreno desconocido. Muchos opinaron incluso que no les sería difícil ir a una consulta sobre sexualidad y anticoncepción, pero que ellos en particular no lo han hecho nunca, que no hubo necesidad; sí han ido a acompañar a sus parejas, situación que tampoco es relatada como común o corriente.

La más frecuente fuente de información suelen ser el autodidactismo, los grupos de pares y las redes familiares (madres e hijas, hermanas, cuñadas, vecinas, en el caso de las mujeres).

Cuando se procura indagar la fuente primaria de información sobre anticonceptivos, por ejemplo, pocas personas dan cuenta de la fuente de la que extrajeron el dato: lo leyeron, lo escucharon, alguien lo dijo. Origen incierto de una información que se retransmitirá. ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 Debatimos cuáles creemos que son las causas de que las mujeres no sientan confianza para conversar en la consulta. ¿Por qué los varones consideran que "no lo necesitan"?
- 2 ¿Cuáles son las confusiones más frecuentes sobre los métodos anticonceptivos?
- 3 ¿Qué acciones podemos llevar adelante desde el equipo para promover el acceso a información precisa, clara, validada científicamente y oportuna?



Campo semántico de la anticoncepción de emergencia

Por Mario Pecheny (*)

Claves de lectura

- Conocer la información y experiencias de usuarios/as y profesionales sobre la AHE.
- Identificar factores institucionales que obstaculizan el acceso a la AHE y debatir cómo removerlos.

Recientemente incluida en el vocabulario público, con escasa difusión y rodeada de polémica, la denominación “anticoncepción de emergencia” no remite todavía a un referente claro para la mayoría de las personas. En aproximadamente la mitad de los casos, las personas entrevistadas no asocian nada a esa noción. La otra mitad remite sencillamente a “pastilla del día después”, denominación que se popularizó.

Mencionada o conocida como “pastilla del día después”, el significante está más cubierto pero sin embargo permanece flexible bajo un conjunto heterogéneo y variable de términos, la mayoría de ellos con connotaciones negativas.

En las entrevistas cualitativas la expresión “pastilla del día después” aparece asociada a palabras y expresiones tales como: *relaciones sexuales, evitar un embarazo, inmediato, el último recurso, mujer, accidente, no previsión, falla en el uso de preservativo o anticonceptivo, algo de lo que no hay mucha información, duda.*

Más frecuentes son las asociaciones de tinte negativo: *desesperación, nervios, día después del moco que te echaste, algo poderoso para acabar con la vida, aborto, plan de emergencia, pastillas, prevención, susto, descuido, preocupación, cagazo, boludo, perseguir, plata, cuestión límite, violación, se rompió el preservativo, riesgo, despreocupación, embarazo no deseado, trastorno, no tener poder para controlar, bajón, tristeza, feo, daño corporal.*

También aparecen connotaciones positivas: *cuidado, compañerismo, está bueno para las mujeres, me evito un quilombo, salir del apuro, te va a salvar, una ayuda, seguro.*

Pese a esta enorme multiplicidad de asociaciones a las que remite “pastilla del día después”, las que más se repiten son embarazo, relación sexual, pastilla, cuestión límite, miedo y aborto. Estas asociaciones, especialmente las últimas, muestran que existe un amplio espacio de asociaciones semánticas donde las políticas públicas pueden y deben intervenir comunicacionalmente para resignificar en un sentido positivo la connotación de miedo y aborto: la anticoncepción de emergencia es, en los hechos, la última barrera para prevenir un aborto.

Anticoncepción... ¿después?

La anticoncepción post-coito es una noción contraria al sentido común para la mayoría de las personas entrevistadas y aparece la contradicción que genera un método anticonceptivo (asociado al “antes”, o en todo caso, al “durante” de la relación sexual) con algo que se toma después.

Ligado a la idea de un método anticonceptivo que se toma después de una relación sexual y que apunta a prevenir y no a interrumpir un embarazo, es preciso destacar el desconocimiento en relación con el hiato temporal que existe entre la relación sexual y la posibilidad de que se concrete el embarazo. La confusión que produce la denominación hace que para algunos quede sencillamente descartada del campo de sus posibilidades, pues no saben de qué se trata y “el día después” genera confusiones.

De las mujeres y los varones consultados, muy pocos pudieron decir acertadamente y sin dudar que esta pastilla o dosis de pastillas podía evitar la fecundación. Buena parte de la muestra no sabía cómo explicarlo aunque tenía noticias de que por alguna razón no se producía el embarazo, pero más de la mitad de las personas entrevistadas le adjudicaban carácter abortivo, ya fuera que la hubieran usado o estuvieran dispuestos a usarla de todas maneras.

Quienes pudieron procurar cierta clase de explicación sobre el modo de funcionamiento de la AHE, fueron casi todos entrevistados que la habían usado o estarían dispuestos a usarla. En el resto de la muestra, la idea acerca de qué era y cómo funciona era mucho más difusa e imprecisa, en caso de existir tal idea.

El hecho de asignarle a la AHE carácter abortivo o no depende de la posición que las personas tienen en relación con el aborto y con el momento a partir del cual se define la vida humana. Hay para quienes cualquier cosa que se realice después de una relación sexual implica aborto. Los hay también aquellos para quienes la vida comienza con la fecundación y suponiendo que la pastilla actúa en esa fase le adjudican carácter abortivo. Y, finalmente, están quienes sostienen que el aborto se produce cuando ya hay un feto y por lo tanto nada de lo que se realice antes de esa constatación,

(*) Autor: Pecheny, Mario (director). “Anticoncepción después de... Barreras a la accesibilidad a la anticoncepción de emergencia en la Argentina”. MSAL, UNFPA y Editorial Teseo, Buenos Aires, 2010.

o de la corroboración fehaciente de un embarazo, puede considerarse abortivo.

Confusiones entre la regularización de la menstruación y el aborto

Asociada a la palabra “pastilla”, la AHE pierde su singularidad para ser confundida con la pastilla Dosdías o con el Oxaprost, la conocida píldora usada para abortar. A esta última asociación contribuye la vinculación semántica que existe entre anticoncepción de emergencia y aborto.

El carácter abortivo que un sector de la sociedad le adjudicó a la AHE, ampliamente difundido sin suficiente contra-información, provoca esta asociación con el Oxaprost, y el hecho de que se tome después de la relación sexual remite al aborto.

Mucho se ha discutido a partir de las declaraciones acerca del carácter abortivo que la jerarquía católica le adjudica a la AHE. Como la voz de esta institución logró tener amplia difusión, la mayor parte de las noticias que las personas tienen en relación a la AHE provienen de esos momentos álgidos del debate público político en que han intervenido más voces que desde la medicina, ratifican la postura hostil a cualquier mecanismo de regulación de la fecundidad. En este marco, sin embargo, desde los servicios de salud no se han encarado en forma orgánica respuestas que instalen las diferencias de empleo entre los métodos anticonceptivos de uso regular, la AHE y los mecanismos de interrupción del embarazo.

La anticoncepción hormonal de emergencia, ¿es abortiva?

Aunque con dudas, varios entrevistados expresaron la opinión de que la AHE no es abortiva. Tal opinión estaba informada en la idea, a veces vagamente expresada, de que un aborto se produce “más adelante”, cuando el embarazo está finalmente en curso, sancionando implícitamente la idea de que tener relaciones sexuales no es sinónimo de iniciar un embarazo, o que el aborto se refiere más bien a un feto ya algo desarrollado.

No hay claridad en que la anticoncepción de emergencia apunta a impedir la fecundación, sino que hay una zona gris entre la ocurrencia de la relación sexual y la fecundación. Son pocos quienes asumen que se puede impedir la unión del óvulo y el espermatozoide después del coito.

Algunos usuarios afirman que el efecto de la pastilla del día después puede ser abortivo, pero en todo caso esto no les plantea problemas. Para otros, la AHE es abortiva sin duda, lo cual deriva de la creencia de que la relación sexual equivale a la fecundación, y el resultado de ésta es siempre una vida humana. Así, cualquier intervención en el proceso, tanto en la fecundación como en la anidación, resulta abortiva. A pesar de las diversas posturas en relación con la AHE y el aborto, en el momento de decidir tomar o no, la AHE, parece prevalecer más el miedo –o el terror– al embarazo no querido, que el hecho de pensar que el método pueda ser abortivo.

En otro extremo, pero abrevando con los mismos equívocos sobre el proceso de fecundación, hay quienes están convencidos de que la AHE es abortiva, e igual la usan sin manifestar conflictos al respecto (“claro que es abortiva, ¿y qué?”; dijo un entrevistado universitario de Buenos Aires).

El problema con la difusión

Uno de los principales obstáculos para acceder a la AHE es la falta de información precisa, lo cual puede revertirse con la difusión adecuada de los programas y servicios, tanto por medio de campañas de difusión masiva como por la circulación de boca en boca.

La mayor circulación de información sobre estos temas tiene a las personas de confianza como interlocutoras. Es preciso que los profesionales de la salud informen a la población sobre su disponibilidad para que se ponga en marcha el boca a boca. Esto no sucede en algunos contextos, como en San Juan o la provincia de Buenos Aires, debido a lo que una entrevistada llamó acertadamente “barreras ideológicas”; es decir, que no tienen que ver con la falta de insumos o problemas de abastecimiento, sino con profesionales que operan como barreas frente a quienes necesitan la información, o con que ésta se transmite con una carga de prejuicios que inhiben su demanda. ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** ¿Cómo son los procedimientos en nuestra institución para la provisión de AHE? ¿Se la menciona en la consejería? ¿Se la provee preventivamente? ¿Hay afiches que la promocionen en la sala de espera? ¿Está disponible durante todo el horario de atención del Centro de salud? ¿Quiénes tienen autorización de entregarla?
- 2** Este artículo releva una serie de confusiones vinculadas a la falta de conocimiento preciso sobre el modo de funcionamiento de la AHE. ¿Qué podemos hacer desde el equipo de salud para revertir estas dificultades?

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL

La atención de la violencia sexual en el ámbito de la salud sigue presentando importantes desafíos. Desde las limitaciones para dar a una situación crítica el espacio, tiempo e intimidad que necesita, hasta las dificultades para responder con inmediatez de atención para reducir los riesgos de embarazo y de infecciones de transmisión sexual, pasando por la indispensable remoción de prejuicios y estereotipos de género aún vigentes en centros de salud y hospitales.

Estos mismos factores, junto a otros específicos, condicionan también el cumplimiento efectivo del derecho de niñas, niños y adolescentes de ser protegidos ante situaciones de abuso sexual. En estas hojas, una primera aproximación a dos temas que requieren formación, compromiso y el desarrollo de circuitos específicos de detección y atención en las instituciones de salud.



El papel de la salud pública en la atención de víctimas de violación.....	1
Los mecanismos del secreto en el abuso sexual infantil.....	5



SECCIÓN 5 PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA VIOLENCIA SEXUAL

PARA SEGUIR FORMÁNDONOS



"Proteger, reparar, penalizar. Evaluación de las sospechas de abuso sexual infantil." Irene Intebi, Editorial Granica, Buenos Aires, 2011.



ASAPMI – Asociación Argentina de Prevención del Maltrato Infantojuvenil:
info@asapmi.org.ar / www.asapmi.org.ar

FOLLETOS Y PUBLICACIONES PARA TRABAJAR VIOLENCIA SEXUAL:

Estos materiales pueden descargarse de la sección Materiales en: www.msal.gov.ar/saludsexual o solicitarse a saludsexual@msal.gov.ar

FOLLETO:



¿Qué hacer ante la violencia sexual?

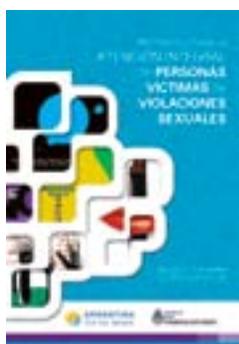
FOLLETO Y AFICHE



Tenemos derecho a una sexualidad libre de violencias

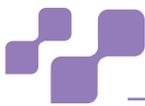


GUÍA:



Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales





El papel de la salud pública en la atención de víctimas de violación

por Silvia Chejter (*)

Claves de lectura

- Reconocer el rol del sistema de salud en la atención de víctimas de violencia sexual.
- Identificar fortalezas y debilidades de nuestra institución para dar respuesta a estas demandas.

Las violaciones sexuales son un problema social que plantea desafíos teóricos y prácticos tanto a las instituciones de salud como a otras instituciones, y a la sociedad en su conjunto. Dada la complejidad que presenta la situación de violación sexual, se requieren políticas y estrategias integrales y la complementariedad de los distintos sectores que tengan competencia y responsabilidad.

El sistema de salud cumple un rol esencial en el abordaje integral de las víctimas de violencia sexual y es quien puede desarrollar estrategias que reduzcan los daños asociados a las violaciones.

El rol estratégico del sistema de salud deriva de la constatación de que algunas de las consecuencias más frecuentes de las violaciones son los daños a la integridad física y, sobre todo, a la integridad y a la salud psíquica y sexual.

El sistema público de salud puede responder a un objetivo prioritario: la atención médica y psico-social de las víctimas de violaciones. Y, también, a un objetivo complementario no menos importante, de carácter político y estratégico: la legitimación del reconocimiento social e institucional, avalado por la salud pública, que merece la violencia sexual. Este reconocimiento facilita el pedido de ayuda y pone al alcance de las víctimas un dispositivo público conocido, gratuito e incorporado a los hábitos de consulta de grandes sectores de la comunidad.

Además hay otras razones que le confieren importancia al rol del sistema de salud, entre las cuales hay que destacar las siguientes:

- **Dispone de tratamientos preventivos para reducir riesgos específicos asociados a las violaciones**, sobre todo los riesgos de embarazo y de transmisión de VIH/Sida y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).
- **Cuenta con profesionales de las más diversas disciplinas** que, con la adecuada capacitación, pueden

contribuir al abordaje integral de la problemática.

- **Logra una amplia llegada a la comunidad**, incluso a sectores aislados, por su estructura descentralizada y en red, que –con particularidades en provincias y distritos- incluye hospitales zonales, generales, materno infantiles; áreas programáticas, centros de salud y salas de salud barriales. Esto permite llevar a cabo estrategias de atención primaria, como información, concientización, y detección precoz de problemas de violencia.

Este rol estratégico todavía tiene que enfrentar desafíos no del todo resueltos, entre ellos: protocolizar la atención; unificar los cuidados médicos y el examen médico forense, asegurar la disponibilidad de insumos e implementar registros.

Violación, violencia sexual y violencia de género

Las violaciones sexuales abarcan una multiplicidad de modalidades. Son prácticas sexuales impuestas a través de la fuerza física o del uso de armas u otras formas de intimidación (amenazas, chantaje emocional, abuso de poder o de confianza) o el aprovechamiento de situaciones en las cuales la víctima no ha podido consentir libremente.

Pueden ocurrir en el ámbito doméstico o en el ámbito público; el o los agresores pueden ser familiares, allegados o extraños. A veces se trata de episodios aislados y otras, de situaciones reiteradas.

Las violaciones son una de las formas de la violencia sexual, que incluye entre otras figuras, la explotación sexual, el acoso sexual, las violaciones incestuosas. A su vez todos estos conceptos deben ser incluidos dentro del concepto más amplio de violencia de género, que remite a “actos de fuerza o coerción, con una intención de perpetuar y promover relaciones jerárquicas de género”

En su gran mayoría, las víctimas de violación son mujeres y niñas. La violación es una de las formas

(*) Autora: Chejter, Silvia, con la colaboración de Díaz, M.L. y Beguiristain, V. “Protocolo para la atención integral de personas víctimas de violaciones sexuales Instructivo para equipos de salud”. PNSSyPR-DSyE, MSAL, Buenos Aires, agosto 2011.

El papel de la salud pública en la atención de víctimas

de violencia de género más extendidas e invisibilizadas.

Dimensión cuantitativa

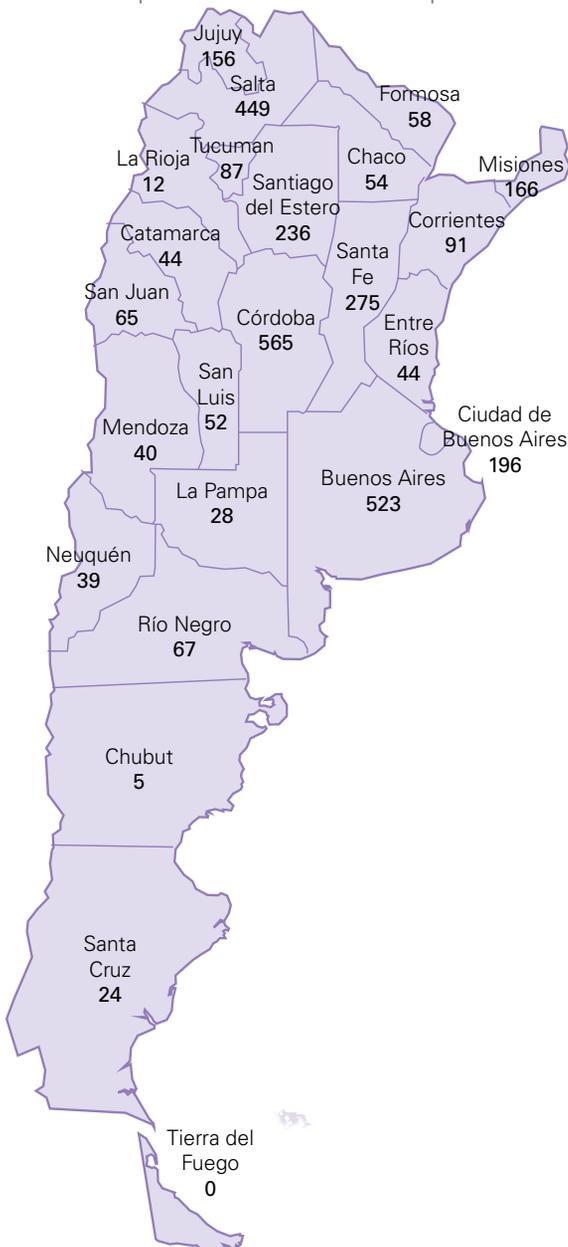
Si bien no se han realizado en el país estudios acerca de la incidencia y prevalencia del problema, las cifras de denuncias de delitos contra la integridad sexual son suficientemente elocuentes acerca de su magnitud.

Los datos correspondientes a todo el país¹, indican que en el año 2007² se realizaron un total de 11.181 denuncias por delitos contra la integridad sexual³, de las cuales 3276 son violaciones. Las cifras reales son más altas, ya que un número muy significativo de víctimas no denuncia.

El siguiente mapa presenta la distribución de denuncias por violaciones en todo el país para el año 2007.

Mapa:

Denuncias por violaciones. Total del país. Año 2007



Daños y consecuencias de las violaciones

Las consecuencias de las violaciones dependen de varios factores: la gravedad del hecho en sí mismo; la edad, características y experiencias previas de la víctima, las respuestas del entorno, la posibilidad de encontrar ayudas adecuadas, los factores de autoafirmación y resistencia que haya ejercido. Por tanto no existe un único patrón para evaluar las posibles consecuencias mediatas o inmediatas de las violaciones, aunque, más allá de las diferencias individuales, la violación es siempre una experiencia de fuerte impacto en la vida de una persona.

En cuanto al alcance y amplitud de sus efectos, la violación puede afectar todas las esferas de la vida de una persona: su integridad física y emocional, su integridad y libertad sexual, la armonía de su vida social, familiar y laboral, sus intereses patrimoniales, su sentido de dignidad, libertad personal y justicia.

Además, las consecuencias negativas de las violaciones se producen no sólo por efecto del episodio en sí mismo sino, también, a causa de la respuesta desfavorable del entorno.

Muchas mujeres, niñas y niños víctimas de abusos sexuales o violaciones sufren largamente no sólo por la agresión, sino también por la indiferencia, la culpabilización y el silenciamiento que el entorno les devuelve. Esto incluye la respuesta de la sociedad, de las/os funcionarios del sistema judicial y de las/os profesionales de la salud -tal vez aún más la de estos últimos- por la fuerza simbólica depositada en la "palabra profesional".

Revictimización: la responsabilidad profesional

En algunos casos, se produce por parte de las instituciones una auténtica re-victimización: interrogatorios abusivos, revisiones reiteradas de los médicos forenses sin el cuidado necesario, incredulidad de la policía; interpretaciones y opiniones inoportunas, etc.

Es importante, asimismo, tener en cuenta que las reacciones de las víctimas que expresan voluntad de supervivencia y de resistencia son factores decisivos en cuanto a los efectos que la violación pueda llegar a tener, en tanto expresan aspectos de la persona que se mantuvieron activos y que se enfrentaron a la agresión. No es lo mismo el "sometimiento sin resistencia", que la "resistencia posible" en situaciones adversas.

1 Fuente: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación. www.jus.gov.ar/areastematicas/estadisticas_en_materia_de_criminalidad/asp

2 Se presentan datos de 2007, porque son las últimas estadísticas publicadas

3 Una parte significativa de los "otros delitos" que las estadísticas no discriminan, se refieren a abusos, rapto con fines sexuales, corrupción y prostitución.



Marco legal

En abril de 1999 se sancionó la ley que modificó el capítulo del Código Penal concerniente a los delitos contra la integridad sexual de las personas, entre los que se incluyen las violaciones y los abusos sexuales. Un cambio relevante es la modificación del bien tutelado: antes de la modificación eran considerados “delitos contra la honestidad”; y ahora se los define como **delitos contra la integridad sexual de las personas**.

La nueva ley distingue:

- *La violación*: acceso carnal por cualquier vía; es decir, no sólo vaginal, sino también anal y el sexo oral.
- *El abuso sexual calificado*: prácticas que, aunque no sean de penetración, son gravemente ultrajantes para la víctima, como la penetración con objetos, la obligación de masturbarse o de masturbar al agresor y otros actos sádicos.
- *El abuso sexual*: que incluye actos más “leves”, como manoseos o contacto con los genitales.

La nueva formulación de la ley desplaza la idea anterior de “no haber podido ejercer suficiente resistencia” por la idea más cercana a **las situaciones reales de las violaciones de no haber**

podido consentir libremente. Esto refleja mejor la realidad de muchas violaciones o abusos, donde no necesariamente hay fuerza física que deja marcas, sino en las cuales existe un clima intimidatorio, abuso de poder o de confianza.

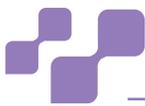
Tanto antes como después de la reforma se entiende que pueden ser denunciados agresores desconocidos, conocidos, allegados o familiares. La ley es más severa en cuanto a penas cuando existe relación de parentesco consanguíneo. Si bien la nueva normativa no menciona de modo expreso la violación marital, esta situación podría estar contemplada cuando se refiere a violaciones en el marco de la “relaciones de dependencia, de autoridad o de poder”.

En el año 2009 se sancionó la ley 26.485, *Ley de protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales*. Esta ley define como violencia hacia las mujeres a “toda conducta, acción u omisión que, de manera directa o indirecta, tanto en el ámbito público como en el privado, basada en una relación desigual de poder, afecte su vida, libertad, dignidad, integridad física, psicológica, sexual, económica, o patrimonial, como así también su seguridad personal” (Art.4). Esta normativa se enmarca en un enfoque de género y de derechos humanos. ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 ¿Con qué recursos contamos en nuestro equipo para la atención de personas víctimas de violaciones? Analizamos posibles estrategias de trabajo y actores con los cuales es necesario articular.



Los mecanismos del secreto en el abuso sexual infantil

por Irene Intebi (*)

Claves de lectura

- Comprender la complejidad de las conductas abusivas y su impacto en niñas, niños y adolescentes.
- Reconocer la importancia de creer en la palabra del niño o niña.
- Reflexionar sobre posibles estrategias de intervención.

Con respecto a las conductas abusivas en sí, los ofensores raramente abordan a los niños ejerciendo violencia física directa o intentando una penetración desde el comienzo. Más bien van ganando la confianza y el cariño de niños solitarios ávidos de afecto. Repiten a lo largo del tiempo las aproximaciones sexuales que se complejizan desde grados de menor intimidad hasta llegar a episodios francamente sexuales.

Es frecuente que los primeros acercamientos del adulto al niño puedan ser interpretados como manifestaciones juguetonas, quizá como demostraciones afectivas exageradas, muchas veces ambiguas, que no suelen provocar sospechas. Sin embargo, este comportamiento del ofensor puede interpretarse de diversas maneras. Por un lado, puede tratarse de intentos fallidos de mantener bajo control los impulsos sexuales hacia los niños, en donde el abusador se engaña a sí mismo pensando que, al satisfacer dichos impulsos de manera parcial, podrá evitar una escalada abusiva mayor. También pueden representar una estrategia deliberada para tantear la respuesta del niño: si cuenta, el adulto puede aventar las sospechas fácilmente aduciendo una mala interpretación infantil de sus juegos en común. Si no cuenta, podrá avanzar en los acercamientos sexuales sin temores.

No olvidemos, además, que al comienzo la víctima no desconfía del adulto o, si lo hace, no se anima a protestar por la vaguedad de la situación. No es inhabitual que el abusador juegue a hacerle cosquillas a la criatura y, como al pasar, focalice las mismas en los pechos o los genitales o que, a la hora del baño, con el pretexto de higienizar a la víctima, enjabone y manosee sus partes íntimas. (...)

Suzanne Sgroi –otra prestigiosa especialista americana en el tema– estableció un patrón predecible de la dinámica de los acercamientos sexuales entre adultos y niños, compuesto por cinco etapas separadas: 1) fase de captación; 2) fase de interacción sexual; 3) fase del secreto; 4) fase del develamiento y 5) fase de la supresión. La primera etapa –la captación–

se caracteriza por la creación de un vínculo con la criatura, generalmente desde una función de cuidado y protección, seguida por la inducción de conductas sexualizadas en las que la niña participa. La inducción suele ser sutil, aunque siempre encubra cierto matiz coercitivo como, por ejemplo, cuando se presenta la actividad propuesta como divertida o “especial”; o se ofrecen recompensas o sobornos para la participación. Cuando ninguna de estas artimañas dan resultado, el ofensor puede utilizar la fuerza o las amenazas para conseguir la complacencia de la niña para ser captada.

Varios autores coinciden en la descripción de las técnicas utilizadas por los perpetradores no violentos: “El perpetrador procura establecer una relación firme que incluya la actividad sexual pero que no se limite a ella. Es así que primero establece una relación no sexualizada desde una postura de familiaridad con la niña, a la que gradualmente adoctrina para involucrarla en los acercamientos sexuales, que se complejizan con el tiempo”

Resulta evidente, entonces, por qué es tan común que, cualquiera sea la edad del niño, éste admita que el abuso ocurrió una sola vez, condicionado por la vergüenza y el temor que experimenta frente a la posibilidad de que se descubra la “verdadera” situación: que el perpetrador era su “amigo” y que, por lo tanto, ambos tienen la misma responsabilidad en lo sucedido ya que el niño deseaba la compañía de esa persona, aceptaba sus regalos y no se resistía a los hechos. Es fundamental para el bienestar emocional de los niños que los adultos en quienes confiaron para develar este secreto, puedan cuestionar estas explicaciones elucubradas por el perpetrador para culpabilizar a la víctima y perpetuar la situación abusiva. El adulto verdaderamente preocupado por el niño debe investigar cuidadosamente los detalles de sus relatos para rastrear la manera en que se vinculó con el ofensor y cuáles fueron los mecanismos que garantizaron el silencio.

La duración del abuso puede inferirse por

(*) Autora: Intebi, Irene. “Abuso sexual infantil. En las mejores familias” Granica, Buenos Aires, agosto 2008.

Los mecanismos del secreto en el abuso sexual infantil

la descripción del tipo de contacto que relata el niño. Por ejemplo, un episodio de manoseo puede ser un hecho reciente. Sin embargo, las prácticas de masturbación, sexo oral o penetración hacen pensar en un proceso crónico, que viene ocurriendo entre seis meses a un año antes de ser develado.”●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** ¿Qué mecanismos permiten sostener el secreto en el abuso sexual infantil?
- 2** ¿Qué dudas y temores nos genera como equipo intervenir en situaciones de violencia sexual contra niños, niñas y adolescentes?
- 3** ¿Cuáles son las estrategias que necesitamos darnos como equipo para acompañar situaciones de abuso sexual?

EMBARAZOS NO DESEADOS Y SITUACIONES POST ABORTO

Cada vez más, en distintas partes del mundo con contextos de legalización restringida del aborto se avanza en dispositivos de consejería con el modelo de reducción de riesgos y daños. Esta alternativa, combinada con la realización efectiva de los abortos no punibles, permiten reducir de manera drástica la mortalidad materna, tal como viene ocurriendo en Uruguay en los últimos años.

¿Cuáles son los mitos y creencias que conocemos y de cuales participamos respecto del aborto y su impacto psicológico? ¿Cómo es la atención post aborto en las instituciones de nuestra localidad? ¿Qué conocemos del concepto de reducción de riesgos y daños aplicado a la salud reproductiva? ¿Qué elementos nos aporta para la intervención?

Estas hojas presentan algunos artículos, investigaciones y experiencias que pueden ayudarnos a revisar las estrategias que desplegamos y los obstáculos que encontramos como equipo de salud al abordar los derechos de las mujeres en la atención de embarazos no deseados y situaciones post aborto.



Consecuencias psicológicas del aborto inseguro.....	1
Atención post aborto inadecuada o inhumana.....	3
La reducción de riesgos y daños en embarazos no deseados.....	5
Proceso penal a médicos que se negaron a realizar un aborto no punible.....	7



PARA SEGUIR FORMÁNDONOS



4 meses, 3 semanas y 2 días (2007), del director Cristian Mungiu. Dos amigas recurren a un "Dr. Bebe" para que practique a una de ellas un aborto. El hombre aprovechará la condición de clandestinidad para imponer sus reglas.



"Aborto sin riesgos. Guía técnica y de políticas para Sistemas de Salud", OPS, Ginebra, 2003. www.who.int/reproductive-health



Línea más información, menos riesgos:
<http://informacionaborto.blogspot.com.ar/>

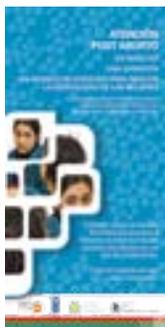


Fundación para la salud del adolescente (FUSA):
(011) 4814-2922. fusa2000@gmail.com

FOLLETOS Y PUBLICACIONES PARA TRABAJAR EMBARAZOS NO DESEADOS Y SITUACIONES POST ABORTO

Estos materiales pueden descargarse de la sección Materiales en: www.msal.gov.ar/saludsexual o solicitarse a saludsexual@msal.gov.ar

FOLLETOS:



Modelo de atención post aborto para profesionales

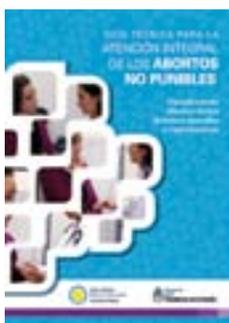


Consejería en salud sexual y salud reproductiva

GUÍAS:

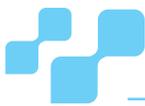


Guía para el mejoramiento de la atención post aborto



Guía técnica para la atención integral de los abortos no punibles





Consecuencias psicológicas del aborto inseguro

Por Aníbal Faúndes y José Barzelatto (*)

Claves de lectura

- Reflexionar de manera crítica acerca de nuestras creencias, saberes e imaginarios acerca del aborto inducido.
- Contar con información científica sobre el impacto emocional del aborto inseguro.

Durante los últimos veinte años, los grupos opuestos al derecho de las mujeres al aborto han insistido en la existencia de un llamado “*síndrome traumático del aborto*” (Speckhard y Rue, 1992), pero un cuidadoso análisis de los datos lleva a la conclusión de que esta afección es más un mito que una realidad (JAMA, 1992).

En décadas recientes se han publicado varias revisiones de la literatura sobre las consecuencias psicológicas del aborto inducido (David et al., 1978; Rogers et al., 1989). Aunque sus hallazgos muestran algunas variaciones, todas las publicaciones coinciden en que las secuelas psicológicas adversas sólo se producen en un pequeño porcentaje de las mujeres. En cambio, la frecuencia y gravedad de esas consecuencias son mucho más grandes entre las mujeres a quienes se niega un aborto, y los niños nacidos como resultado de esa imposibilidad de abortar también se ven afectados (David et al., 1978; Handy, 1982; Romans-Clarkson, 1989; Daga, 1991).

Por otra parte, estudiosos de este tema relatan que la mayor parte de las mujeres que exhibían síntomas psicológicos -depresión, entre ellos- a raíz de abortos inducidos eran las que habían sufrido el mismo problema antes de la intervención o aquellas que no habían tomado la decisión de abortar por propia iniciativa sino como resultado de presiones externas, sobre todo de sus parejas (Romans-Clarkson, 1989).

Los síntomas psicológicos también se presentan cuando un embarazo deseado se interrumpe tras el diagnóstico de una malformación fetal grave (Adler et al., 1990). Además, las presiones religiosas, sean de tipo cultural o confesional, que asignan una fuerte connotación negativa al aborto, también se asocian a una mayor posibilidad de complicaciones emocionales después de un aborto inducido (Zolese y Blacker, 1992; Russo y kabul, 1997; Major et al., 1998).

Un interesante estudio comparó, de manera prospectiva, la incidencia de la psicosis postparto y de la psicosis posterior al aborto inducido en una misma población, y comprobó que este problema era mucho más frecuente tras el nacimiento de un

bebé que después de un aborto. (Brewer, 1977). El autor sugiere que los cambios psicológicos por el nacimiento de un hijo son probablemente más profundos que después de un aborto, lo que puede explicar la mayor incidencia de la psicosis posterior al nacimiento de un bebé.

Si bien algunos estudios han señalado una incidencia más elevada de los síntomas psicológicos entre las mujeres más jóvenes (Zolese y Blacker, 1992), una investigación específicamente diseñada para evaluar esta cuestión, utilizando varias escalas psicológicas, encontró que el impacto psicológico del aborto inducido no era diferente en jóvenes de apenas 14 años que en mujeres mayores. (Pope et al., 2001).

También se constató un incremento de las emociones positivas luego del aborto, en comparación con el período anterior a la intervención. Por otra parte, no queda claro si las posibilidades de perturbaciones psicológicas son más grandes entre las mujeres que han tenido o no han tenido un hijo anteriormente, ya que diferentes estudios muestran resultados contradictorios (Payne et al., 1976; Zolese y Blacker, 1992).

La principal conclusión es que la interrupción del embarazo no tiene consecuencias psicológicas negativas para las mujeres que toman la decisión por cuenta propia y sin presiones externas. Tal fue la conclusión unánime de un panel de expertos convocados por la American Psychological Association para discutir el tema del aborto legal en Estados Unidos (Adler, 1989). Si bien hay descripciones anecdóticas de depresiones graves, e incluso de psicosis muchos años después del aborto (Butler, 1996), no resulta claro si las mismas mujeres no hubieran tenido las mismas perturbaciones psicológicas, u otras más graves, de no haber sufrido un aborto (Handy, 1982; Daga, 1991).

Los autores de una revisión transnacional efectuada en la década de 1970 concluyeron que la consecuencia psicológica más habitual del aborto “*era, con mucho, el alivio*” (Davis et al., 1978). Además, también deben considerarse las consecuencias psicológicas de negar el aborto, dado que la continuación de un embarazo no deseado hasta el nacimiento de un bebé puede

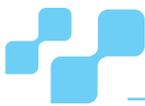
(*) Autores: Faúndes, Aníbal y Barzelatto, José. “El drama del aborto. En busca de un consenso.” Tercer Mundo Editores, Colombia, 2005.

tener repercusiones aún más graves para la mujer y el niño. Entre los niños nacidos como consecuencia de esos embarazos no deseados se describe un alto riesgo de sufrir diversas dificultades en sus relaciones sociales e interpersonales (Furstenberg et al., 1989; Daga, 1991).●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** ¿Cuáles son los mitos y creencias que conocemos y de cuales participamos respecto del aborto y su impacto psicológico?
- 2** ¿Con qué fuentes de información contamos para tener una mirada más precisa sobre el tema en nuestro lugar? ¿Cómo podríamos darnos una estrategia para aprovechar esas fuentes de información?
- 3** Debatimos acerca de la intervenciones y estrategias de promoción de los derechos sexuales y reproductivos referidos a la temática del aborto que podríamos diseñar como equipo.



Atención post aborto inadecuada o inhumana

Por Human Rights Watch (*)

Claves de lectura

- Reflexionar sobre cómo las creencias y prejuicios del equipo de salud impactan en la salud de las mujeres.
- Revisar las propias prácticas y las de la institución en la atención del post aborto y qué sería necesario modificar para garantizar una atención de calidad y con buen trato.

Una mujer [con la que trabajamos] llega al hospital en muy mal estado con un aborto que se había infectado y con hemorragia. La empezó a revisar un médico, cuando la empieza a ver y se da cuenta, tiró las herramientas al suelo. Dijo: **“Esto es un aborto, morite”** (Trabajadora Social, Santa Fe)

Human Rights Watch entrevistó a mujeres que no recurrieron a la atención post aborto necesaria, en perjuicio de su salud, por temor a que se las denuncie a la policía. Otras recibieron un cuidado inadecuado e incluso inhumano. Agustina Silveira, de 46 años explicó: *“Cuando [los médicos] ven que se han hecho algo [para abortar], no les importa tanto. Las dejan con fiebre.”* Cuando este informe estaba siendo finalizado, el gobierno había comenzado la implementación de reformas que, de ser efectivas, podrían superar muchos de los abusos reseñados en este rubro.

Una educadora social que trabaja en asuntos relacionados al acceso a los anticonceptivos en un vecindario de bajos ingresos de la provincia de Buenos Aires dijo a Human Rights Watch que el efecto disuasorio de la penalización del aborto puede ser, de hecho, mortal: *“(...) Algunas se mueren en la casa por no ir al médico... Deberían poner un cartel en todos los hospitales, que diga que una mujer que haya tenido un aborto puede ir al médico [sin tener miedo de ir presa].”*

Atención post aborto sin anestesia

Algunas mujeres que, superando su temor a un potencial enjuiciamiento, solicitaron atención post aborto en Argentina fueron objeto de un trato inhumano o inadecuado, que incluyó el ser sometidas a **legrados sin anestesia**. *“Los médicos mismos dicen que lo hacen [legrados post aborto] sin anestesia... Eso ya lo sabemos de los centros de salud,”* dijo a Human Rights Watch la directora de un hospital público que trabaja como consultora para el Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Un estudio dirigido por una ONG sobre atención médica reproductiva en la provincia de Santa Fe, publicado en el 2003, confirmó que algunos doctores realizan legrados post aborto -un procedimiento doloroso- sin anestesia.

Una psicóloga que trabaja de asistente social en un hospital de la provincia de Tucumán dijo a Human Rights Watch que, en ese hospital, los doctores llevaban a cabo legrados sin anestesia como una forma de castigo informal (...): *“Me fui a la dirección y les dije que sabía [que los médicos no administran anestesia antes de los legrados]. Se hacían los boludos, dijeron: “¡No me digas!” Y no pasó nada... Tuve que amenazarles con la Procuraduría (...).”*

En algunos casos, funcionarios de gobierno y doctores dijeron a Human Rights Watch que se les negaba la anestesia a las mujeres debido a la escasez de recursos. *“No hacemos anestesia, porque no tenemos personal ni insumos,”* dijo Luis Robles, jefe del programa de maternidad del Ministerio de Salud de la provincia de Formosa (...)

Denegación de atención post aborto

Angélica Grimau, de 31 años, dijo a Human Rights Watch que ella había sido testigo personalmente de la forma en que los doctores de un hospital público le negaron atención médica a una mujer (...): *“La dejaron para la última... La señora toda manchada de sangre, pero sólo la pusieron en la cama... No la atendieron.”* Julia Reina tuvo una experiencia similar cuando fue hospitalizada debido a un aborto autoinducido incompleto. Reina presenció el momento en que una enfermera le dijo a otra mujer: *“Te gustó matar a tu hijo, aquí vas a ver cómo vas a sufrir”*. Reina agregó: *“Yo tuve suerte. Les dije que había venido desde Buenos Aires en tren y creían que [mi condición se debía a] una interrupción natural del embarazo.”*

Varios tratados de la ONU han manifestado explícitamente preocupación por las consecuencias para la salud de los abortos ilegales, en especial cuando se contemplan penas para las mujeres, lo que las **desincentiva de buscar ayuda médica**. Además, la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), realizada en El Cairo en 1994, concluyó en un documento de consenso suscrito por 179 naciones que resalta la necesidad de otorgar atención post aborto.

(*) Autoras: Equipo Human Rights Watch. “Decisión Prohibida. Acceso de las mujeres a los anticonceptivos y al aborto en Argentina.” Human Rights Watch, junio 2005. Vol. 17, No 1(B)

Atención post aborto inadecuada o inhumana

El Programa de Acción de la CIPD exhortó a los gobiernos y organismos intergubernamentales y no gubernamentales a “ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos realizados en condiciones no adecuadas como un importante problema de salud pública,” y estableció que “[en] todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos. Se deberían ofrecer con prontitud servicios de planificación de la familia, educación y asesoramiento post aborto que ayuden también a evitar la repetición de los abortos” (...)

Excesivo escrutinio de abortos naturales

La investigación de Human Rights Watch indica que la penalización del aborto ha contribuido a crear un clima en los hospitales públicos en el cual cualquier comportamiento que se “desvía de la norma” con respecto al embarazo –por ejemplo, el dar a luz en casa- es tratado con sospecha o desdén. Paula Gómez, de 36 años, dijo que ella fue interrogada por la policía luego de un aborto natural y, en otra ocasión, después de haber dado a luz en su casa y no en el hospital: “Tuve un aborto, se me

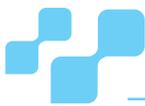
produjo solo. Estaba embarazada de seis meses... ha venido la policía, me han hecho un estudio... Vino la partera, vino el médico, vino la policía. Llamaron a mi esposo y él dijo que no, que el hijo que venía que era bienvenido. [Luego mi] hija nació en la casa. También me hicieron un estudio para ver si me había hecho algo. Creían que era un aborto porque había nacido en la casa”.

Todas las mujeres entrevistadas por Human Rights Watch que habían solicitado atención médica después de un aborto natural o de uno autoinducido enfrentaron interrogatorios hostiles. Norma Jiménez, de 35 años, quien tuvo un aborto natural, relató: “[Los médicos en el hospital público] me cuestionaron: “¿Te pusiste algo? ¿Te hiciste algún esfuerzo? Dinos la verdad”.” Gladis Morillo, de 32 años, quien tuvo dos abortos naturales debido a que su marido la golpeaba, dijo que no fue consultada sobre violencia doméstica, ni se le ofreció orientación o asistencia para enfrentar ese problema. En cambio, nos dijo, “lo primero que te preguntan es si vos hiciste algo, si tomaste algo.” ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** ¿Cómo es la atención post aborto en las instituciones de nuestra localidad?
- 2** ¿Qué necesitamos modificar en nuestro equipo para mejorar la atención?
- 3** Para elaborar una estrategia de atención post aborto, revisamos los contenidos del Protocolo de Atención post aborto del Ministerio de Salud de Nación.



La reducción de riesgos y daños en embarazos no deseados

Por Nina Zamberlin (*)

Claves de lectura

- Conocer los principios de la reducción de riesgos y daños aplicada a embarazos no deseados.
- Analizar las características de las consejerías pre y post aborto y evaluar sus posibilidades de implementación a nivel local.

La interrupción del embarazo es una práctica ancestral que ha existido siempre independientemente de la sanción social, moral o legal. Las cifras de mortalidad y morbilidad asociadas al aborto inseguro demuestran de manera dramática y contundente que la prohibición legal del aborto no lo previene sino que lo vuelve riesgoso, especialmente para las mujeres más pobres. La desesperación frente a un embarazo no deseado puede conducir a conductas de alto riesgo que provocan sufrimiento y daños así como la muerte de mujeres en todo el mundo (Grimes, 2006).

Según las últimas estimaciones de la OMS, anualmente ocurren 42 millones de abortos inducidos en todo el mundo; 22 millones son procedimientos seguros y 20 millones inseguros, 97% de estos últimos tiene lugar en países en desarrollo. Como consecuencia de los abortos inseguros fallecen 47.000 mujeres cada año en todo el mundo, lo que representa el 13% del total de muertes maternas, y millones de mujeres sufren complicaciones y secuelas de distinta gravedad (WHO, 2011).

La Organización Mundial de la Salud define como aborto inseguro “un procedimiento para finalizar un embarazo no planeado que realizan personas que carecen del entrenamiento necesario o que se lleva a cabo en un ambiente donde se carece de un estándar sanitario mínimo o ambos”. Por el contrario, cuando el aborto es llevado a cabo por profesionales de la salud capacitados con equipo apropiado, una técnica adecuada y estándares sanitarios, es uno de los procedimientos médicos de menor riesgo. En países donde las mujeres tienen acceso a servicios seguros, la probabilidad de muerte es de 1 cada 100.000 procedimientos. En Estados Unidos, por ejemplo, la tasa de muerte por aborto inducido es de 0.6 por 100.000 procedimientos, lo que lo hace un procedimiento más seguro que una inyección de penicilina (WHO, 2011).

En una publicación reciente, la OMS identifica ciertas características de un aborto inseguro que tienen que ver con circunstancias inapropiadas antes, durante y después de un aborto. Entre éstas se incluye la falta de consejería pre-aborto y la información incorrecta sobre aborto con medicamentos (WHO, 2011).

En los contextos legales restrictivos como

la Argentina, históricamente los servicios de salud han sido expulsivos y castigadores con las mujeres que expresan su voluntad de no proseguir con un embarazo no planificado, dejando que la mujer resuelva su situación sola. “Ya no se puede hacer nada”, “ya es tarde” o “lo hubieras pensado antes” han sido las respuestas típicas de los profesionales de la salud ante estas situaciones. Así, la clandestinidad, la falta de información, y la carencia de espacios de acompañamiento y contención se combinan para conformar riesgos que serán diferentes según los recursos cognitivos, sociales y materiales de cada mujer.

Históricamente también, los servicios de salud han recibido mujeres que presentan complicaciones después de practicarse abortos en condiciones inseguras. Seguramente no existe un solo profesional del campo de la tocoginecología que no haya visto cómo el aborto inseguro daña la salud de las mujeres, y en muchos casos les cuesta la vida. Secuelas, sufrimiento y muertes prevenibles e injustas que nos conmueven, frustran e indignan.

En otras palabras, los servicios de salud tradicionalmente han rechazado a las mujeres con embarazo no deseado y las han atendido en guardias de emergencia después de un aborto, muchas veces cuando ya era tarde. Frente a esta dramática realidad, profesionales comprometidos con la salud de las mujeres comenzaron a percibir que tienen en sus manos la posibilidad de incidir para evitar o minimizar los daños de un aborto inseguro.

En la última década comenzó a debatirse el rol de los equipos de salud en la prevención de los abortos inseguros y sus consecuencias. Un grupo de profesionales uruguayos fue pionero en adoptar una postura activa para aplicar el concepto de Reducción de Riesgos y Daños (RRyD) a la problemática del aborto y “dejar de ser parte del problema para ser parte de la solución”. Las voluntades individuales de profesionales del Centro Hospitalario Pereira Rossell condujeron a la conformación de “Iniciativas Sanitarias contra el Aborto Provocado en Condiciones de Riesgo” (ISCAPCR) con el objetivo de disminuir la posibilidad de que las mujeres que deciden interrumpir un embarazo lo hagan en condiciones de riesgo. Comprometidos con la salud de las mujeres, estos profesionales fueron

(*) Autoras: Zamberlin, N. (coordinación); Vázquez, S., Real, P.; Calandra, N.; Corral, A.; Medina, V.; Berner, E.; Jolly, M.; Tarzibachi, E. “Guía de procedimientos para la atención de mujeres en situación de embarazo no planificado”. CLACAI, IPPF, FUSA. Buenos Aires, 2012.

La reducción de riesgos y daños en embarazos no deseados

capaces de reconocer que, aún en contextos legales restrictivos, existe un margen de acción para que los equipos de salud intervengan en la prevención de abortos inseguros a partir de la oferta de información y la disponibilidad de espacios dispuestos a escuchar, contener y acompañar a las mujeres respetando sus decisiones autónomas. Así lo entendieron también las autoridades sanitarias que, a través de la ordenanza 369/2004 *“Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo,”* establecieron la consulta preaborto dentro de la política sanitaria nacional¹. De esta forma, brindar asesoramiento integral a las mujeres que cursan un embarazo no deseado/no aceptado es obligatorio en Uruguay (Briozzo et al., 2006)

El concepto de reducción de riesgos y daños apunta a disminuir las consecuencias negativas de una práctica que implica riesgos. No se centra en erradicar la conducta de riesgo, sino que presenta alternativas para “convivir” con ésta de la forma menos riesgosa y dañina posible. Las acciones educativas y socio sanitarias que se engloban bajo los programas de RRYD se realizan sin valoración moral previa acerca de la conducta específica sobre la que se pretende incidir (Vidiella, 2007).

Un ejemplo de RRYD, tal vez el más conocido, es la entrega de material descartable a usuarios de drogas inyectables para contribuir a prevenir la transmisión del VIH. Este es un elemento más de los varios que conforman el abordaje preventivo y no busca reemplazar los servicios dirigidos a desalentar el consumo sino más bien complementarlos. La experiencia internacional indica que los programas de intercambio de jeringas son eficaces para reducir la transmisión del VIH así como del virus de la Hepatitis B y C, motivan el ingreso al tratamiento de rehabilitación y no promueven el consumo de drogas.

El concepto de RRYD se aplica también en el campo de la salud sexual y reproductiva, específicamente en lo que se refiere a minimizar las consecuencias negativas del aborto inseguro en contextos legales restrictivos. Concretamente se trata de desalentar las maniobras riesgosas e informar sobre los métodos más seguros de interrupción del embarazo.



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** Debatisimos el concepto de reducción de riesgos y daños aplicado a la salud reproductiva. ¿Qué elementos nos aporta para la intervención?
- 2** ¿Cómo vemos la posibilidad de replicar el modelo de consejería pre y post aborto implementado en Uruguay en los servicios de salud de la Argentina? ¿Qué potencialidades y obstáculos identificamos en nuestra institución?

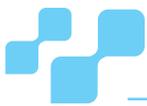
El abordaje de RRYD no fomenta la práctica del aborto ya que reconoce el riesgo involucrado y las consecuencias negativas que se derivan de éste en los contextos de ilegalidad. Se inscribe dentro del conjunto de elementos que conforman el abordaje preventivo y que se complementan entre sí. A la vez que se actúa en la prevención del embarazo no deseado, se actúa también en las situaciones en las que éste es un hecho concreto.

La estrategia de RRYD implica incluir a la mujer en situación de embarazo no deseado en el sistema de salud, abrirla las puertas, escucharla, cuidarla y no dejarla sola. Un elemento fundamental es aceptar y respetar la decisión de la mujer, por más que el profesional no la comparta. El equipo de salud no tiene ninguna participación directa o indirecta en la decisión de la mujer ni en el hecho puntual de la inducción de la interrupción del embarazo. No se indica, favorece o recomienda ninguna conducta.

Esta “ventana de oportunidad” para intervenir desde el sistema de salud se basa en la visión del aborto como un proceso que tiene un antes y un después del momento en el que tiene lugar la inducción de la interrupción del embarazo. El momento del aborto propiamente dicho será por fuera del sistema de salud, pero el tiempo antes y después es clave para determinar las consecuencias que el aborto puede causar en la mujer y es allí donde el equipo de salud tiene un rol fundamental.

Este abordaje implica una redefinición del rol del equipo de salud y una transformación en su relación con las usuarias que se basa en la inclusión, la integralidad, la calidad de la atención, la confidencialidad y el respeto por la autonomía. Dicho de otra forma, se trata de abandonar la postura de rechazo y condena o el “querer ayudar pero no poder” y adoptar una postura anclada en la responsabilidad y el deber del equipo de salud de actuar para prevenir el daño.

El aborto como hecho sanitario puede y debe ser atendido por el sistema de salud, incorporándose a las prestaciones hasta donde sea posible, apuntando siempre a salvaguardar el bienestar de la mujer por encima de cualquier otra consideración. Una mujer con un embarazo no deseado tiene derechos, entre ellos el derecho a la salud y a la atención médica (Briozzo et al., 2007).●



Proceso penal a médicos que se negaron a realizar un aborto no punible

Por Mariana Carbajal (*)

Claves de lectura

- Analizar las causales de aborto no punible y los riesgos que puede traer a la vida y/o la salud de las mujeres no cumplirlos.
- Revisar los dispositivos con que contamos como equipo para garantizar el cumplimiento de los abortos no punibles.

Un fallo santafesino que procesó penalmente a los médicos que se negaron a realizar un aborto no punible a Ana María Acevedo, una joven enferma de cáncer, recibió el premio “mallet” del público a la mejor decisión judicial del mundo relacionada con la equidad de género, en un concurso convocado por Women’s Link Worldwide, una organización internacional de defensa de los derechos humanos de las mujeres, que tiene sede en Bogotá y Madrid.

“Esperamos que este reconocimiento internacional visibilice el drama de tantas mujeres, fundamentalmente pobres, que mueren por inacción de los sistemas de salud estatales, y deseamos que sensibilice tanto a profesionales de la salud como a miembros del Poder Judicial y Legislativo acerca de la necesidad de políticas públicas que garanticen la equidad de género,” destacó la Multisectorial de Mujeres de Santa Fe, cuyas abogadas llevan adelante el caso en la Justicia. La semana próxima se cumplen tres años de la muerte de Acevedo.

La resolución premiada fue firmada por el juez de Santa Fe Eduardo Pocoví, que estaba a cargo de la investigación sobre la muerte la muchacha, que tenía 19 años cuando le diagnosticaron un cáncer de mandíbula y poco después quedó embarazada. Acevedo vivía en la localidad santafesina de Vera, tenía tres hijos y era muy pobre. Y aunque

estaba en peligro su vida, en el Hospital Iturraspe, dependiente del gobierno de la provincia de Santa Fe, se rehusaron a practicarle una interrupción de la gestación, que ella reclamó. Y también se negaron a iniciarle el tratamiento que requería su cuadro, para preservar la vida del feto. (...)

El caso de Acevedo es emblemático porque es la primera vez en el país que se procesan a médicos por los delitos de lesiones culposas e incumplimiento de los deberes de funcionarios públicos por negarse a realizar un aborto no punible. “El procesamiento de los médicos sienta el precedente de que no practicar un aborto legal puede constituir un delito,” destacó Puyol a Página/12. En total son seis [los procesados], del Iturraspe y del Samco, de la localidad de Vera.

A Acevedo la obligaron a seguir adelante con el embarazo y al mismo tiempo los médicos no le aplicaron el tratamiento de quimioterapia que su cáncer indicaba, para no afectar al feto. El 26 de abril de 2007, cuando llevaba 22 semanas de gestación, en el Iturraspe decidieron adelantar el parto y realizarle una cesárea. Por entonces, el estado de salud de Acevedo era dramático: su muerte se vislumbraba inminente. Su beba falleció a las 24 horas. Acevedo, menos de dos semanas después, el 17 de mayo de 2007.●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 Debatimos en equipo qué pensamos del fallo judicial que sanciona a los profesionales que intervinieron en el caso de Ana María Acevedo.
- 2 Buscamos el fallo de la Corte Suprema sobre Aborto No Punible del 13 de marzo de 2012 y lo contrastamos con la situación en nuestra comunidad. ¿Qué procedimientos necesitamos desarrollar para garantizar este derecho?

(*) Autores: Carbajal, Mariana. “La sentencia que hizo justicia por Ana María” Diario Página 12, 12 de Mayo de 2010.

ADOLESCENCIAS

En la **ley Nacional 25.673**, promulgada en el año 2003, las y los adolescentes son reconocidos como sujetos de **derechos con una sexualidad en desarrollo**: pueden dirigirse solos al centro de salud, consultar en forma privada y confidencial y elegir y recibir el método anticonceptivo que consideren más apropiado. Como grupo etéreo, no siempre tienen las mismas necesidades que los adultos ni su forma de acercarse es la misma, tampoco tienen los mismos tiempos: el cuerpo está cambiando y, surgen nuevos deseos y miedos. **La iniciación sexual genera presiones, ansiedades y expectativas.**

¿Qué representaciones y saberes tienen sobre los procesos de anticoncepción y embarazo? ¿De qué hablamos en los equipos de salud cuando hablamos de “cuidado” y con qué nociones de “cuidado” se manejan las y los adolescentes? ¿Qué recursos sociales y estrategias de vida despliegan las adolescentes ante un embarazo? ¿Qué espacio damos a todos estos temas en las consejerías? ¿Lo hacemos desde el ejercicio efectivo de los derechos a la intimidad, información y autonomía?

La consejería en salud sexual y reproductiva para adolescentes requiere: ambientes respetuosos y atentos de consulta y atención; donde se respeten sus particularidades y sus decisiones, donde se reconozca su autonomía progresiva y su capacidad para elegir y decidir; donde chicas y chicos se sientan convocados y cómodos; para que logren, así, la puesta en ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.



¿Qué conocimiento del cuerpo tienen varones y mujeres jóvenes?.....	1
Las voces de las/los adolescentes desde sus experiencias en salud sexual y reproductiva.....	3
El cuidado del cuerpo y el modo de vivir el tiempo.....	5
Maternidad en la adolescencia.....	6



SECCIÓN 7 ADOLESCENCIAS

+ PARA SEGUIR FORMÁNDONOS



"L'enfant," de los directores Jean-Pierre y Luc Dardenne. Bélgica, Duración 95 minutos. Esta es la historia de Bruno (20) y Sonia (18) que viven en un suburbio de Francia. Bruno vende al pequeño bebé recién nacido, pero luego a pedido de Sonia debe recuperarlo.



"¿Todo bien? Adolescencias y Servicios de Salud Sexual y Reproductiva". Gloria Schuster y otros. INSGENAR / UNFPA / International Women's Coalition. Rosario, 2010. www.insgenar.org



Servicio de Adolescencia del Hospital Argerich y la Fundación para la Salud Adolescente 2000 (FUSA 2000), premiado por la OPS/OMS en 2010.



Red Nacional de Jóvenes y Adolescentes para la Salud Sexual y Reproductiva: www.rednacadol.org.ar / red_nac_adol@yahoo.com.ar

FOLLETOS Y PUBLICACIONES PARA TRABAJAR ADOLESCENCIAS:

Estos materiales pueden descargarse de la sección Materiales en: www.msal.gov.ar/saludsexual o solicitarse a saludsexual@msal.gov.ar

POSTAL Y CALCO:

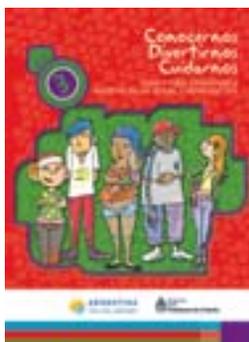


Conocernos, divertirnos cuidarnos

GUÍAS PARA TALLERES

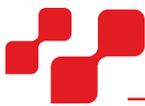


Jóvenes y sexualidad.
Una mirada sociocultural



3. Conocernos, divertirnos, cuidarnos.
Pibes y pibas promovemos nuestra
salud sexual y reproductiva





Conocimientos sobre el embarazo y la anticoncepción en varones y mujeres jóvenes

por Alejandro Villa (*)

Claves de lectura

- Conocer las explicaciones que jóvenes de diferentes sectores sociales dan a los procesos relacionados con el embarazo y la anticoncepción.
- Reflexionar sobre nuestras prácticas en la consejería al informar sobre anticoncepción y embarazo.
- Discutir otros abordajes posibles y el trabajo coordinado con otros actores.

La percepción de los sujetos sobre los momentos fértiles se indagó mediante dos preguntas: ¿cuándo puede quedar embarazada la mujer? Y ¿cuándo el varón puede embarazar a la mujer? Con posterioridad también se les solicitó que dibujaran y nombraran las partes de los aparatos reproductores femenino y masculino, así como que describieran las funciones de las partes nombradas.

Los conocimientos de varones y mujeres de estratos pobres son, en general, más fragmentarios que los de sus pares de estratos medios y, si bien se guían en general por representaciones culturales del cuerpo, no presentan una importante sistematización. En los estratos medios, en cambio, los conocimientos son más completos y se vinculan más al modelo biomédico¹, las respuestas están directamente vinculadas a las explicaciones de la anatomía y fisiología de la reproducción, sin que se adviertan diferencias por sexo.

Las respuestas de varones y mujeres de estos estratos son del tipo: *"en el momento de la ovulación, a los 14 días," "depende del ciclo de la mujer."* En la mayoría de los casos, la concepción es explicada por la *"fecundación en las trompas"* y la posterior *"implantación del huevo en el útero."* La mayor parte de las mujeres y los varones conoce y dibuja todos los órganos y funciones del aparato reproductor femenino (incluyendo además los genitales externos). Muchas mujeres señalan a los testículos como productores de espermatozoides y al pene como conducto de los mismos; algunas de ellas conocen las funciones del pene, los testículos, los conductos espermáticos y la próstata. A diferencia de ellas, muchos varones de los estratos medios conocen más de su propio aparato reproductor que del femenino. Sin embargo, hay varones de este estrato que sólo tienen conocimientos parciales y además ofrecen explicaciones que no coinciden con los conocimientos biomédicos, por ejemplo,

que el útero serviría para la concepción.

En cambio, en los estratos pobres la mayoría de las explicaciones parten de modelos culturales del cuerpo, que intentan incorporar las explicaciones biomédicas de diferentes formas. Las respuestas se pueden agrupar en tres grandes categorías según la ubicación del momento fértil en el tiempo y la concepción sobre el proceso que desencadena la fertilidad y la fecundación:

1.-Fertilidad en torno a días cercanos a la menstruación.

Es la principal categoría en la que coinciden muchos varones y mujeres. Se localiza una *"ovulación"* en un período que puede comprender entre dos y diez días antes y después de la finalización de la menstruación. También en algunos casos se incluye a la menstruación como momento fértil. Las trompas de Falopio y su función casi nunca son nombradas. La concepción se explicaría por el desarrollo de óvulos en el ovario que descenderían hasta el útero y se convertirían en sangre menstrual; antes de convertirse en sangre menstrual y ante la apertura del cuello del útero, los espermatozoides podrían ingresar fácilmente, encontrarse con el óvulo y dar lugar a un embarazo. Es importante destacar que en toda esta lógica los óvulos se convierten en sangre menstrual y que, por lo tanto, ésta es considerada un líquido fértil. De acuerdo con la lógica de los testimonios, se podría pensar que dicha sangre también puede ser homologada al semen como líquido fértil. Hallazgos similares fueron discutidos por Leal (1995) en Porto Alegre (Brasil) y por nosotros en la ciudad de Buenos Aires (Villa, 1997). Este sistema representacional del cuerpo coincide con lo que se ha denominado *"sistema de tuberías"*, en el cual fluyen o se obstruyen líquidos (Herman, 1994). Las explicaciones femeninas y masculinas son del siguiente tipo:

1 Con las nociones de "fragmentarios" y "sistemáticos" sólo queremos referirnos al grado de incorporación subjetiva de determinados conocimientos y a su grado de legitimidad para las mismas personas.

(*) Autor: Alejandro Villa. "Presencias masculinas en las decisiones reproductivas"; en "Relaciones de género, regulación de la fecundidad y recursos cognitivos en mujeres y varones jóvenes de Buenos Aires"; en "Varones Latinoamericanos. Estudios sobre sexualidad y reproducción"; Edith Pantelides y Elsa López (comps.), Ed. Paidós, Tramas Sociales, Buenos Aires, 2005.

Conocimientos sobre el embarazo y la anticoncepción en varones y mujeres jóvenes

"Cinco días antes y después de [terminada] la menstruación²... Los ovarios sirven para menstruar... cuando te está bajando la sangre, esa que no sirve, el espermatozoide se va al útero" (mujer).

"El espermatozoide penetra en un óvulo que viene cayendo. La concepción es en el útero.. Si no hay embarazo, cae y se llenó todo de sangre. La menstruación es la bajada de los óvulos muertos" (varón).

2.- Fertilidad vinculada al ciclo ovárico.

Es la segunda categoría en cuanto a la frecuencia en la que coinciden mujeres y varones. Alude a una ovulación que podría coincidir con el ciclo ovulatorio del modelo biomédico, ya que se la localiza cercana al día catorce del ciclo ovulatorio; pero al explicar la ocurrencia de un embarazo también se considera al óvulo como un líquido similar al esperma masculino. La concepción se podría producir en las trompas, en otros casos en el útero, e incluso algunos varones aluden a la vagina. También se pueden identificar combinaciones del modelo biomédico con el cultural descrito en la primera categoría. Al analizar las explicaciones de esta población se podría conservar la idea de que la sangre menstrual es el óvulo que se ha convertido en sangre. Estas representaciones del aparato reproductor que incorporan nociones del modelo biomédico han sido estudiadas como reapropiaciones de nociones biomédicas a partir de un estudio con poblaciones de Porto Alegre (Victoria, 1995). Veamos algunos ejemplos:

"En los días del medio, cuando está ovulando la mujer... cuando largó el óvulo y se junta con el esperma en la trompa" (testimonios coincidentes de mujeres y varones).

"Luego del día 10-15 se juntan las partes fértiles, los espermias de la mujer y del hombre" (varón).

"A partir de 10 días después de la menstruación hasta la próxima no puede quedar embarazada" (varón).

"No puede quedar embarazada hasta 15 días después de la menstruación, luego puede quedar embarazada hasta la próxima.

La mujer ovula en la vagina el día 15 y el espermatozoide se junta con el óvulo" (varón).

3.-Fertilidad como resultado del tipo de actividad sexual.

La tercera categoría en la que coinciden pocos varones y mujeres, considera que la fertilidad se podría producir en cualquier momento, cuando el varón y la mujer tienen orgasmos simultáneos en el acto sexual, "acaban juntos". Los varones tienden a declarar que el orgasmo femenino dependería de la capacidad de ellos de provocarle placer a la mujer. Estos entrevistados no conocen órganos internos femeninos y masculinos, pero dibujan y describen genitales externos femeninos y masculinos: vagina, clítoris, pene y testículos, a los que vinculan a la provocación del placer sexual entre varón y mujer. Algunas explicaciones, tanto de hombres como de mujeres, sostienen que la mujer podría ovular en dicho momento y la concepción se podría producir en el útero o en la vagina. Esta idea supondría la reapropiación de la noción de ovulación del modelo biomédico incorporada a una lógica de unión de líquidos fértiles femeninos y masculinos, de sangre femenina y semen masculino. Las ideas más reiteradas son del tipo:

"En cualquier momento, cuando la mujer y el hombre terminan juntos [en el acto sexual]" (mujer).

"La ovulación es durante las relaciones sexuales y se juntan los espermias de la mujer y el hombre" (varón).

También puede identificarse en algunos varones y mujeres la coexistencia de las tres categorizaciones ya analizadas y de diferentes reapropiaciones del modelo biomédico para explicar la fertilidad y la formación de embarazo. Por ejemplo:

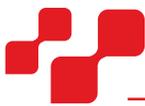
"Cinco días antes y después de la menstruación, cuando la mujer y el hombre terminan juntos (testimonios coincidentes de mujeres y varones)..."



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** ¿Cómo incluimos en las consejerías la información sobre órganos sexuales y su funcionamiento?
- 2** ¿Qué lugar damos en nuestras intervenciones (en la atención y en los talleres) a las ideas previas y representaciones sobre el cuerpo y el embarazo que tienen los y las adolescentes?
- 3** ¿Qué estrategias utilizamos para hacer más accesibles los conocimientos?
- 4** ¿Qué otras acciones podríamos desarrollar para profundizar la socialización de estos saberes?
¿Con qué otras instituciones o actores de la comunidad podríamos contar para esto?

² Es importante destacar que, cuando en el discurso de varones y mujeres se utiliza el término "días después de la menstruación", casi siempre se cuenta desde el momento de su finalización y no a partir del día de su inicio.



Experiencias de las y los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva

por G. Shuster; S. Arminichiari; S. Chiarotti; M.C. Ciarnello y V. Della Siega (*)

Claves de lectura

- Reconocer las barreras de acceso para las y los adolescentes en los servicios.
- Revisar las propias prácticas del equipo en la atención a adolescentes.
- Generar estrategias para garantizar los tres derechos que plantea el artículo.

El “*todo bien*” se escucha inmediatamente en las y los adolescentes para hacer referencia a experiencias de un parto, de un control, de una consulta. Pero también y como al pasar se dice “me da vergüenza”, “puso mala cara”, “te retan”. Y entonces el “*todo bien*” tendrá que ser puesto en clave de pregunta, para escuchar e interrogar una y otra vez desarrollando contextos que nos permitan desnaturalizar algunas situaciones.

Derecho a recibir un trato amigable y respetuoso

El registro de las condiciones en las que se desarrollaron las consultas, especialmente si se ha tenido oportunidad de abordar los motivos de la misma, si han podido contar con el tiempo necesario para ser escuchados, para contar con un espacio oportuno que posibilite expresar temores, dudas, interrogantes, nos acerca a las dificultades que hacíamos referencia al inicio:

- En este punto, la mayoría de los/las adolescentes con quienes se relevó la información manifestó que tuvo oportunidad de expresar los motivos de la consulta. Sin embargo, reconocen que en muchos casos no lo hicieron, “por vergüenza”, “por nervios”, “por temor a no ser escuchado” o “por temor a no ser comprendido”. Otros manifestaron que no lo hicieron, “porque el personal que los atendió no tenía mucha paciencia” o “porque eran brutos” (Equipo, Misiones). (...)

El equipo de Misiones recupera distintas situaciones de insultos, gritos, retos, comentarios humillantes, con doble sentido, chistes. Las/os adolescentes entrevistados/as manifestaron que son frecuentes escuchar frases como “a tu edad tendrías que dedicarte a estudiar”, “tendrías que haber aprendido a cuidarte”, “no tendrías que andar por ahí”. A una adolescente entrevistada una enfermera la dejó sola en la sala estando ya con fuertes dolores de parto y el comentario de la médica fue “no sé para qué tienen hijos si después no los saben cuidar”.

El poder de las palabras no radica en aquello que se dice sino en el poder de quien lo dice, así el reto, el silencio, la mirada que descalifica, juzga, no

es la misma si se trata de profesionales de la salud, familiares, pares. Pero tampoco es la misma en el contexto de escuela que en una sala emergencias, o en la experiencia de un parto. Desde aquí podemos dimensionar el impacto de estas situaciones en la vida de las/los adolescentes, que constituyen sin duda, experiencias de malos tratos.

Derecho a la intimidad y a la confidencialidad

Comprende el derecho a mantener los sentimientos, comportamientos, datos personales, libre de injerencias extrañas, con el mayor grado de privacidad visual y auditiva posible (...):

- “Siempre había mucha gente dando vuelta por los alrededores y escuchando lo que uno dice” (Misiones).

- “...Cuando estaba por tener a mi hijo, me hacían muchas veces tacto y creo que no se puede hacer eso. Había como 3 o 4 estudiantes varones y no me gustaba, no me preguntaron. Ellos cuentan como que vos no estás, ellos hablan entre ellos: ‘mirá, se hace así, tenés que poner así’. Hacen de cuenta que vos no estás” (Córdoba). (...)

Otra dimensión de la vulneración a este derecho es violar el ámbito de confidencialidad de la consulta y se plasma en el “contar” a los familiares conocidos los motivos de una consulta:

- “Entonces ella fue, sacó turno y le dieron los anticonceptivos, todo, pero cuando fue la mamá, que era conocida del dispensario, le comentaron que la hija había tenido su primera vez y que había venido a pedir anticonceptivos. Entonces fue una situación horrible para ella, que después tuvo que dar cuenta y contar todo en su casa... y a ella le afectó, ella no confía más en ir al médico, o sea después cualquier consulta que quería ir a hacer, no la quería porque ya se iban a enterar los padres. Ella tiene 16 años y no volvió más, así que cada vez que tiene que comprar algún anticonceptivo va a la farmacia y se lo automedica ella. No fue a retirar más al dispensario” (Córdoba).

En las situaciones en que los profesionales condicionan la atención a la participación de un adulto -justificada en la edad-, se limita la posibilidad de una consulta de carácter personal en un marco de intimidad. Considerando la edad no sólo como la

(*) Autoras: Shuster, G.; S. Arminichiari; S. Chiarotti; M.C. Ciarnello; V. Della Siega. “¿Todo bien? Adolescencias y servicios de salud sexual y reproductiva”. INSGENAR y CLADEM, Rosario, 2010.

Experiencias de las y los adolescentes en los servicios de salud sexual y reproductiva

barrera significativa frente al cuidado en salud sexual y reproductiva en la población joven sino además como vulnerabilización del respeto al derecho a la intimidad y a la confidencialidad. A partir de la EDAD se puede vulnerar el derecho a recibir un trato respetuoso, a la intimidad y también en el acceso a la información y toma de decisiones (...):

Bianca: *-Yo tengo una hija... Fui [al dispensario] a pedir anticonceptivos cuando ya la tuve y no me querían atender: Tenés que venir con un mayor me dijo. ¿Y qué hice?, ¡No fui más! Ahora me cuido con preservativos. ¡Los consigo por mi cuenta!*

Julietta: *-Yo me quise hacer el análisis del Sida, en el dispensario, y no me lo quisieron hacer, me decían que tenía que ir con un mayor. Fue el año pasado, tenía 16. ¿Y qué hice? No, no fui más y... nada. Porque yo me los quería hacer sin que supiera mi mamá (...)*

Paula: *-¡Yo digo que están locos, no le pueden prohibir a una poder cuidarse!*

(...) Las situaciones halladas afirman que el no respeto por el derecho a la intimidad genera un conjunto de *oportunidades perdidas* para su cuidado de salud, con las consecuencias que esto tiene especialmente en la prevención y cuidado de la salud sexual y reproductiva.

Derecho a la información y la toma de decisiones

La primera respuesta que escuchamos ha sido *"todo bien"* pero cuando se profundiza aparecen otras experiencias (...) Recuperando sus propias palabras, los agentes de salud que los atendieron *"pusieron caras feas ante las preguntas que queríamos hacer," "es como si quisieran despacharte cuanto antes," "la peor parte es cuando te quieren dar consejos sobre lo que tenías que haber hecho y no lo hiciste, por ejemplo estudiar o ser más grande para tener un hijo."*

A partir de la información obtenida de las entrevistas, *muy pocos adolescentes toman decisiones sobre anticonceptivos utilizando la información recibida en los centros de salud*, la mayoría actúa por su cuenta decidiendo solos o con sus parejas o asesorados por

sus familiares o amigos/ as. Otros directamente no usan anticonceptivos, por desconocimiento o por algún otro motivo (Equipo, Misiones).

Encuanto a los tiempos para recibir *información clara, precisa, oportuna*, con el espacio necesario para verificar que la misma se haya comprendido, los relatos que trae el equipo de Santa Fe, dan cuenta de cómo se restringe este derecho:

- Una adolescente de 16 años que fue sola a la consulta, mencionó su atraso y el médico le preguntó el nombre y apellido le hizo la receta y lo único que le dijo que vuelva cuando tenga la ecografía: "No me preguntó nada más, ni me dio tiempo para que pregunte."

(...) La vergüenza, en un punto se relaciona con la intimidad, con la información, con el respeto. Cuando la consulta se da en un ambiente "amigable", donde puedo hablar sin interrupciones, donde mi pregunta siempre es bien recibida, donde el otro me devuelve una mirada de respeto, de reconocimiento ésta (vergüenza) pierde fuerza y se diluye.

El derecho a la información tiene que estar acompañado del derecho a la toma de decisiones, tarea compleja que no siempre se advierte y respeta desde el personal de salud, especialmente cuando se trata de mujeres y más aún jóvenes.

La autonomía se construye progresivamente a partir de la posibilidad de formarse un juicio propio y poder decidir por sí y asumir las consecuencias de su decisión. La falta de consideración de esta perspectiva se hace visible en el acceso a la información. Se presupone que las causas de todas las acciones que llevan adelante las y los jóvenes son la consecuencia solo de "falta de información y acceso a los recursos". Si bien esto es clave, es necesario tener en cuenta -también- que las decisiones que se pueden tomar responden a multiplicidad de factores, entre ellos la propia historia personal. Al derecho de recibir información, veraz, oportuna, precisa, actualizada, completa y tener acceso a los recursos, le sigue el derecho a decidir y que se respete esta elección aunque puede que no se comparta.●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** A cada grupo nos toca un tema (1.- trato amigable y respetuoso; 2.-intimidad y confidencialidad y 3.-información y la toma de decisiones). ¿Qué pasa en nuestro servicio? ¿Qué nos aporta el artículo? ¿Qué fortalezas y debilidades tenemos para hacer efectivo este derecho en nuestro servicio?
- 2** Sobre la edad para atender solas/os a las y los adolescentes: ¿Qué miradas hay en nuestro equipo? ¿Y en la institución? ¿Son compatibles con las necesidades de las y los adolescentes?
- 3** ¿Qué estrategias podemos darnos para mejorar el acceso de las y los adolescentes a la consejería?



El cuidado del cuerpo

entrevista a Silvia Duschatzky^(*)

Claves de lectura

- Reflexionar sobre cómo entendemos el “cuidado” en el equipo de trabajo y los sentidos que tiene para los y las adolescentes.
- Proponer estrategias para acercar el equipo a las y los adolescentes y apoyarlas/os en que puedan tomar decisiones autónomas sobre su sexualidad.

“..Actualmente, hay una cantidad de problemas para intentar comprender e intervenir, entre ellos pensar porqué los pibes, teniendo información sobre el cuidado y sobre los preservativos experimentan prácticas alejadas de esas recomendaciones. Y, bueno... hipótesis sobre esto hay miles.

En primer lugar, **el modo de vivir el tiempo**. Para muchos pibes la muerte es parte de lo que puede acontecer, y no le temen. No tienen el entorno de la muerte ni el fatalismo ni el miedo ni el cuidado ni la idea que tenemos los adultos. Por lo tanto, en muchos casos viven en el momento y no piensan que ese momento puede traer ciertas consecuencias que suponen algo destructivo. En otros casos, la idea de tener un hijo o de tener una vida propia hace vislumbrar que se puede zafar de una vida tortuosa o difícil. Entonces, aparece allí una **expectativa vital que es el hijo...** Y todo eso tiene mucha más fuerza que el miedo al sida, que el miedo al contagio, que el miedo a lo que pueda acontecer. No porque no tenga información, sino porque el peligro del sida no tiene tanto impacto subjetivo para los jóvenes como si lo tiene la intensidad del momento que tienen que vivir sexualmente o la idea de un hijo como único proyecto (...)

E: ¿Qué le parece que ocurre con las campañas masivas hechas sobre prevención? ¿Por qué los adolescentes tienen información y sin embargo practican el descuido?

S: (...) Creo que hablamos de descuido desde la mirada del adulto. Tal vez ellos no lo vivan como un descuido, porque el cuidado lo ponen en otro lado. No digo que practiquen el descuido, porque eso sería pararse en un lugar muy moralista... Tal vez para ellos lo que hacen no es descuido (...) tal vez, no tienen esa idea de sí mismos ni de la vida que tenemos nosotros. Entonces, en esa lógica no es descuido. Para el joven, incluso, la vida tal vez es otra cosa. Es la vida del momento, la **intensidad**, y no es la **duración**. Y yo no estoy diciendo “qué bueno esto”. Estoy diciendo, simplemente, que si no podemos llegar a aproximarnos a eso, no vamos a poder entrar en comunicación con ellos, ni en diálogo con nada (...) Puede ser que los pibes estén más ligados a la intensidad que a la duración (...) el cuidado no es algo que los interpela. Entonces, si el cuidado no es algo que los interpela, habrá que buscar otro modo de acercarse a ellos, no con el cuidado. Porque el cuidado nos importa a nosotros, a ellos no. A nosotros nos importa durar, durar, durar jóvenes, durar lindos, durar. A ellos, tal vez, les importa más el momento, la intensidad (...)

Tal vez las preguntas sean: ¿En qué se cuidan? ¿De qué se cuidan? ¿Cómo se cuidan entre ellos? O sea, buscar al revés. No diciendo: ¿Por qué no se cuidan de esto?, sino: ¿Qué es el cuidado para ellos? ¿Por dónde pasa el cuidado? Tal vez el cuidado pasa por cuidar al otro... o por cosas que ni imaginamos (...) Creo que no hay indagar sobre lo que creemos que no hacen, sino ver qué cosas son las que si hacen...” ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 ¿Qué pensamos sobre las ideas de “intensidad”, “duración” y “cuidado” que plantea la autora?
- 2 ¿Qué entendemos como “cuidado” en el equipo de salud?
- 3 A partir de las preguntas del último párrafo del texto: ¿Qué sentidos tiene el “cuidado” para los y las adolescentes con los que trabajamos?
- 4 ¿Qué estrategias darnos para acercarnos a las y los adolescentes y acompañarlos en que puedan tomar decisiones autónomas sobre su sexualidad?

(*)Entrevista a Silvia Duschatzky : “A los pibes no les importa pensar en prevenir la muerte, les importa la vida” en “Diálogos sobre comunicación y juventud. Prevención del VIH/Sida” (sin año)



Maternidad en la adolescencia

por Graciela Climent^(*)

Claves de lectura

- Reconocer las estrategias de vida que despliegan las adolescentes ante la maternidad.
- Analizar cómo nuestro equipo de salud puede acompañar estas estrategias, fortalecerlas y favorecer el acceso a nuevos recursos.

El enfoque de riesgo psicosocial sostiene que ante las situaciones que los individuos deben enfrentar en su vida cotidiana, incluyendo las situaciones críticas, ciertas personas y familias cuentan con determinados factores “protectores” que pueden movilizar en su ayuda, permitiéndoles enfrentarlas con éxito, amortiguando los posibles impactos negativos. Esos factores son los recursos “personales” y “sociales” que se entrelazan con los recursos materiales que también se ponen en juego en dicho enfrentamiento.

Dentro de los **recursos personales** se encuentran las representaciones sociales, las creencias, valores, conocimientos y actitudes que se tienen respecto a distintos aspectos de la vida, interesando en este caso las relacionadas a la familia, la posición de la mujer, la sexualidad, etc.

Entre los recursos personales se encuentran también las características de personalidad que pueden incrementar o disminuir la capacidad para enfrentar las situaciones de la vida cotidiana y las situaciones críticas que conllevan un alto monto de estrés. Estas características se desarrollan en el contexto familiar, por lo que la estructura y dinámica de éste son de importancia en el desarrollo de la personalidad.

Los **recursos sociales** están formados por las redes familiares y comunitarias –constituidas por parientes, amigos, vecinos, grupos de autoayuda e instituciones que puedan brindar ayuda. De éstos se obtiene apoyo social de diferentes tipos:

- 1) Emocional: sentirse querido y tomado en cuenta, sentir confianza en que lo pueden ayudar.
- 2) Instrumental: ayuda económica, realización de trámites, cuidar a los chicos.
- 3) Informativa o cognitivo: recibir información sobre quién, dónde o cómo pueden ayudar a resolver el problema.

Las **estrategias de vida** se refieren a la forma en que las mujeres se organizan para satisfacer las necesidades cotidianas y las de sus familias. En este trabajo interesarán las estrategias desplegadas a partir del embarazo del primer hijo en relación a la formación de la pareja y los comportamientos reproductivos y la crianza de los hijos –aunque en la investigación se abordan otras. (Días Veiga 1987, Pearlin et. Al. 1981, Mc Cubbin y Paterson 1983, Climent et al. 1993, Torrado 1992). ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1) ¿Qué recursos sociales y estrategias de vida despliegan las adolescentes de las comunidades con las que trabajamos?
- 2) ¿Qué estrategias podemos darnos como equipo para identificar y fortalecer los recursos sociales y las estrategias de vida de las personas con las que trabajamos?
- 3) ¿Cómo influye la posibilidad de armar equipos interdisciplinarios para desarrollar dichas estrategias?

(*) Autora: Graciela Climent. “Maternidad adolescente: estrategias conyugales, reproductivas y de crianza de los hijos”, publicado en “Avances en la Investigación Social en Salud Reproductiva y Sexualidad” AEP/CEDES/CENEP. Buenos Aires, 1998.

IDENTIDADES DE GÉNERO

¿Son las consejerías inclusivas de todas las personas? ¿En qué actitudes y prácticas se nos cuela la heteronormatividad aprendida? ¿Cuáles son las barreras de acceso que generamos, a veces incluso sin saberlo, desde nuestro equipo de salud? ¿Qué nos pasa (o pasaría) si en la consejería una paciente se presenta como lesbiana? ¿Damos lugar a que esto ocurra o damos por sentada la heterosexualidad? ¿Qué conocimientos específicos tenemos sobre la salud sexual y reproductiva de lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex (LGBTI)?

En estas hojas se presentan algunos conceptos básicos sobre diversidad, proclamas de organizaciones sociales por mejor atención e investigaciones recientes sobre acceso a la salud de la población LGBTI. Dado que en la mayoría de los casos la formación como profesionales de grado no incluyó estos temas, o sólo lo ha hecho desde un paradigma patologizante, estas hojas son apenas un escalón en el largo recorrido que los equipos de salud requerimos transitar para garantizar una atención de calidad para todas las personas.



La heterosexualidad interpelada.....	1
Conceptos básicos sobre la diversidad sexual.....	3
Cambiamos las preguntas.....	5
Llamame por mi nombre.....	8
Visibilizando procesos de regulación de los cuerpos intersex.....	9



SECCIÓN 8 IDENTIDADES DE GÉNERO

+ PARA SEGUIR FORMÁNDONOS



“Los muchachos no lloran” (1999), de la directora Kimberly Peirce. Basada en un hecho real, la película relata la historia de una persona discriminada porque tiene cuerpo de mujer, pero se siente y aparenta ser un hombre.



“La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina.” Astraea, ALITT, Ediciones Madres Plaza de Mayo, Buenos Aires, 2005.



Normativas Municipales sobre Diversidad Sexual Derechos de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans en la Ciudad de Rosario.
www.rosario.gov.ar/sitio/desarrollo_social/diversidad4.jsp

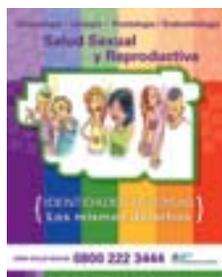


Mesa Participativa en Diversidad y Salud del Ministerio de Salud de la Nación. Para solicitar listado de organizaciones participantes escribir a: diversidadsaludsexual@gmail.com

FOLLETOS Y PUBLICACIONES PARA TRABAJAR IDENTIDADES DE GÉNERO:

Estos materiales pueden descargarse de la sección Materiales en: www.msal.gov.ar/saludsexual o solicitarse a saludsexual@msal.gov.ar

CALCO, POSTAL Y AFICHE:



“Identidades diversas, los mismos derechos”

FOLLETO Y AFICHE:



“Atención ginecológica de lesbianas y mujeres bisexuales”

SISTEMATIZACIÓN:



“Resultados del Primer diagnóstico participativo en Diversidad y Salud Sexual y Reproductiva”





La heterosexualidad interpelada

Por Mónica Opezzi (*)

Claves de lectura

- Revisar la heteronormatividad como supuesto de base en la atención de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres.
- Cuestionar al modelo de sexualidad que jerarquiza y clasifica en “normal, natural y sano”; y “anormal, no natural y patológico”.

La propuesta de esta hoja informativa es abordar la comprensión de las diversas formas en que los sujetos sexuales ejercen la sexualidad en el marco de las relaciones sociales en que se expresan. En este contexto es que la diversidad sexual emerge como un conjunto de prácticas, identidades y relaciones que no se acomodan y/o que desafían lo que llamamos *heteronormatividad*, principio que organiza las relaciones sociales, políticas, institucionales y culturales.

“Este principio hace de la heterosexualidad reproductiva el parámetro desde el cual juzgar, aceptar, y/o condenar la inmensa variedad de prácticas, identidades y relaciones sexuales, afectivas y amorosas existentes: lesbianas y gays que se apartan del patrón de heterosexualidad; los grupos trans cuya identidad y expresión de género cuestiona de hecho los cánones binarios (hombre/mujer), y últimamente las reivindicaciones intersex¹, que muestran hasta qué punto género y biología se entremezclan” (Pecheny, 2008).

El **modelo heteronormativo** se fundamenta en la discriminación de las diferencias. Los modelos rígidos y estáticos de género sirven para etiquetar y minusvalorar; en este contexto, la sexualidad se utiliza para estigmatizar y poner del lado de lo “anormal” a toda persona que se aparta de la norma heterosexual.

Una metáfora clara para graficar la heteronormatividad y sus efectos es la de “la línea”, creada por la antropóloga Gayle Rubin. Este gráfico permite reflexionar y analizar las conductas sexuales a partir de “la frontera” que la sociedad construye para separar el “*sexo bueno*” del “*malo*”. Los discursos sobre el ejercicio de la sexualidad se construyen en forma valorativa dependiendo de la cercanía o lejanía de la línea o frontera, la que en algún sentido se levanta entre el orden sexual normal y el caos.

Así, la homofobia, lesbofobia, bifobia, travestofobia y transfobia² siguen vigentes en la sociedad en general y en los sistemas de salud en particular, pese a la conquista de derechos que en materia legislativa –aún incipientemente– empieza a garantizarse en la Argentina.

Sexo “bueno”:
Normal, natural,
saludable, sagrado.

Heterosexual
En matrimonio
Monógamo
Procreador
En casa

La “línea”



Parejas heterosexuales no casadas
Heterosexuales promiscuas
Masturbación

Parejas estables de gays y lesbianas
Lesbianas en el bar
Gays promiscuos en saunas
o parques

Sexo “malo”:
Anormal, antinatural,
dañino, pecaminoso,
“extravagante”.

Trasvestidos
Transexuales
Fetichistas
Sadomasoquistas
Por dinero
Intergeneracional

LO MEJOR

LO PEOR

Fuente: Extraído de Gayle Rubin: “Reflexionando sobre el sexo. Notas para una teoría radical de la sexualidad”, EEUU, 1984.

1 N.de la editora: Se denomina Intersex a personas que nacen con genitales diferentes a lo que marca como estándar la ciencia y que reclaman no ser sometidas a cirugías y tratamientos de “readaptación de sexo” en la infancia, sino el derecho a construir su identidad de género a medida que van creciendo.

2 Estos términos refieren al odio y a las actitudes hostiles hacia personas gays, lesbianas, bisexuales, travestis y/o transexuales específicamente. La homo/lesbo/bi/transfobia puede considerarse, junto con la xenofobia, el racismo, el antisemitismo, etc., como una manifestación arbitraria que consiste en señalar al otro/otra como contrario/a, inferior, anormal. Y aunque hay similitudes entre la homofobia, y otras formas de discriminación, también hay diferencias claras: por ejemplo, las personas que sufren discriminación racial, cultural, de etnia o religiosa suelen tener respaldo de sus familias. Las personas no heterosexuales suelen sufrir la opresión de forma más aislada y ser discriminadas también en su ámbito familiar.

(*) Autora: Mónica Opezzi, capacitadora del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Artículo elaborado especialmente para esta publicación. Neuquén, 2012.

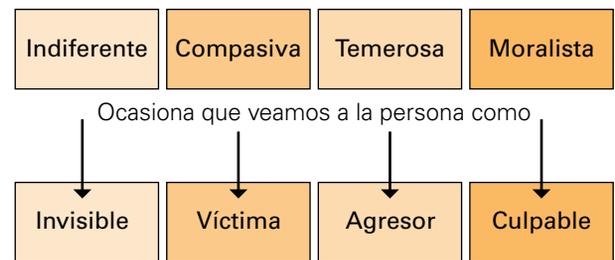
Y no se trata tan sólo de agresiones y manifestaciones violentas como pueden ser los insultos injuriosos: la simple invisibilización de la diferencia sexual, la presunción de la heterosexualidad, la vinculación indisoluble de la sexualidad a lo reproductivo, son también muestras de una discriminación muy arraigada, y pueden generar situaciones de acoso y violencia a las que muchas veces no se les presta debida atención.

Es necesario resaltar que las prácticas de la medicina occidental han cumplido un rol fundamental en los **procesos de normalización de los cuerpos y deseos**. Se han establecido clasificaciones de normalidad para ciertas prácticas, mientras que otras son relegadas al dominio de lo patológico. Estas taxonomías médicas que se imponen sobre los cuerpos tienen efectos sobre una amplia población que ve cercenado su acceso a los servicios de salud, ya sea por una atención inadecuada, por prácticas discriminatorias en la consulta, por intervenciones quirúrgicas sin consentimiento, por identidades que se convierten

en diagnósticos, y por presupuestos morales que subyacen en la relación equipos de salud/ pacientes.

Toda mirada tiene un efecto, cada presupuesto moral genera acciones específicas. ¿De qué manera miramos desde nuestro equipo de salud a las personas que, con su estar en el mundo, interpelan a la norma heterosexual?

Una mirada



Lo cual genera actitudes y acciones **discriminatoras**. ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 Debatimos en torno a las implicancias que “la mirada” que construimos sobre quienes concurren a nuestros servicios de salud portando una sexualidad no heterosexual, puede tener en el proceso salud/enfermedad/atención.



Conceptos básicos sobre la diversidad sexual

Por Carlos Iván García Suárez^(*)

Claves de lectura

- Conocer y poner en juego los conceptos básicos sobre la diversidad sexual.
- Problematizar el binarismo en las concepciones sobre sexualidad.

Entendemos que los procesos de transformación cultural y social desbordan el tiempo en el que nosotros, los y las activistas, quisiéramos ver plasmadas nuestras luchas.

Esta propuesta conceptual y metodológica reconoce que la lógica que subyace a la discriminación por homofobia en la escuela y en muchos otros ámbitos trasciende y es más compleja que el binario “buenos – malos”; involucra el **desconocimiento social** de conceptos básicos sobre la diversidad sexual y la carencia en general de herramientas concretas para enfrentar la discriminación. (...)

A pesar de una mayor visibilidad de las personas LGBT¹, especialmente en la producción cultural del país, siguen existiendo numerosos imaginarios sociales y culturales basados en prejuicios. Tales imaginarios afectan a las personas LGBT en su vida cotidiana y se ven reforzados por su pertenencia a un sexo, una clase social o un grupo de edad. Por tal razón, los grupos de lesbianas, transgeneristas y jóvenes enfrentan una situación particularmente adversa.

El abordaje de la sexualidad, en Colombia, mucho tiempo ha estado limitado a la descripción anatómico-fisiológica de los aparatos reproductivos femenino y masculino, y a la prescripción moral de comportamientos sobre la base de un ideal de constitución de pareja adulta heterosexual establecida con fines procreativos.

El **sexo** es una distinción entre hembras y machos basada en las grandes regularidades de correspondencia en los cuerpos humanos entre tres componentes del mismo: el sexo cromosómico o genético (alelos XX o XY), el sexo hormonal (carga diferenciada de hormonas femeninas y masculinas en todas las personas) y el sexo anatómico (pene o vulva al momento del nacimiento, y desarrollo de los caracteres sexuales secundarios a partir de la pubertad).

La primacía en Occidente de una lógica de pensamiento dicotómica hace que esta distinción se haga en las dos configuraciones corporales nombradas, pero la propia naturaleza exhibe casos de menor correspondencia entre los componentes referidos que hacen difícil la asignación social del sexo, es decir, en casos de **intersexualidad**.

Aunque la literatura médica altamente especializada presenta diversas variantes de la intersexualidad, la más conocida y evidente, es la de quienes desarrollan características físicas y genitales de los dos sexos. La ambigüedad genital, es decir, la copresencia de pene y vulva con un cierto grado de desarrollo dentro de un mismo cuerpo, es llamada por la medicina “*hermafroditismo verdadero*”. Las estadísticas sitúan en la actualidad uno por cada 2.000 o por cada 5.000 nacimientos los casos de intersexualidad en el ámbito mundial.

Género, por otro lado, supone pasar del campo de la biología al de la cultura. Desde mediados de los años 70, la definición que más se ha conservado es considerar el género como la construcción cultural de la diferencia sexual, en alusión al hecho de que, sobre la base de la distinción sexual, las sociedades humanas montan una gran cantidad de expectativas de comportamiento y oportunidades de actuación diferenciales entre hombres y mujeres.

En todo caso, la forma en la que se definen los modos apropiados de “*ser hombre*” o “*ser mujer*” obedece a una historicidad: están determinados por un aquí y un ahora, se construye en marcos espacio-temporales concretos. Aunque el contenido específico de las diferencias entre los géneros es dinámico de acuerdo con dicha historicidad, se debe reconocer que una constante histórica muy fuerte es el conjunto de las expectativas de todas las sociedades para que todas las hembras se conviertan en mujeres y los machos en hombres, y unas y otros no de cualquier modo, sino en consonancia con unos tipos regulados específicos.

Sin embargo, aquí se tensiona el pensamiento dicotómico, cuando se reconoce la existencia en todos los tiempos y culturas (lo que varían son los modos culturales de aceptación o de rechazo) de machos que desarrollan una identidad de género femenina y de hembras que desarrollan una identidad de género masculina. Ello corresponde al **transgenerismo**². Las personas transgeneristas o transgénero son aquellas que desarrollan una identidad de género contraria a la que se les demanda socialmente en razón de su sexo biológico de pertenencia o que se encuentran en tránsito entre los géneros. Por esa razón, con frecuencia se

1 LGBT: Lesbianas, Gays, Bisexuales y Trans.

2 N. de la editora: Transgenerismo es la categoría englobadora en Colombia. En Argentina se utiliza “trans” y engloba a las personas travestis, transexuales y transgénero.

(*) Autor: García Suárez, Carlos Iván. “Diversidad sexual en la escuela. Dinámicas pedagógicas para enfrentar la homofobia”. Bogotá, 2007. (Fragmento)

autodenominan como transgeneristas de hombre a mujer o de mujer a hombre, según sea el caso.

A menudo, las personas transgeneristas construyen una apariencia corporal y unas formas comunicativas correspondientes con el género construido (y no con el asignado), aunque éste no es su elemento definitorio, sino justamente su **identidad de género como percepción psicológica de sí mismo o misma**. Las personas transgeneristas pueden tener una orientación sexual heterosexual, homosexual o bisexual.

Finalmente, el esquema de género y de la sexualidad se completa con el componente de la **orientación afectivo-erótica**. Se usa tal término para reconocer que, aunque investigaciones en todo el espectro biologicista culturalista han ofrecido evidencias empíricas de sus hallazgos, no se ha llegado a un consenso científico de si se nace con una atracción afectiva y erótica hacia personas de uno u otro sexo, o si éste es un proceso que se hace,

se construye, en razón de procesos psicológicos y/o culturales. El término orientación sexual, que aparece con bastante frecuencia, puede leerse como circunscrito al ámbito puramente sexual.

Por otro lado, **heterosexualidad, homosexualidad y bisexualidad** son denominaciones absolutamente contemporáneas, se crearon tan sólo hacia la década de los setenta del siglo XIX por parte de médicos alemanes, por lo que esa idea social de que, en razón de su deseo, las personas construyen una identidad específica y se hacen distintas de otras, también es muy nueva. Lo visible antes (a veces aceptado, a veces penalizado) era la existencia de **prácticas sexuales específicas**.

Otro elemento crítico del **modelo de identidades fijas** es que deja por fuera a muchas personas que tienen prácticas ocasionales o permanentes, pero que no se narran desde lugares identitario asociados a las mismas.●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 ¿Qué recuerdos y/o experiencias, propias o cercanas, tenemos de nuestra infancia, en relación a las identidades de género que propone este artículo?
- 2 ¿Con qué asociamos el término “binarismo”? ¿Cuáles son los elementos que se introducen en este artículo para problematizarlo?
- 3 Analizamos con espíritu sincero y crítico cómo se nos juegan el pensamiento binario y el modelo de identidades fijas en la consejería.



Cambiamos las preguntas

Por Colectivo ESPARTILES^(*)

Claves de lectura

- Reconocer las barreras de acceso que la presunción de heterosexualidad genera en la atención ginecológica de las lesbianas.
- Problematizar las preguntas desde las cuales se aborda la atención en la Consejería.

Una de las primeras preguntas que hace una ginecóloga/o cuando se realiza la consulta, es: “¿Tenés relaciones?”; en caso de una respuesta afirmativa por parte de la paciente, en una línea de continuidad se formula la segunda pregunta: “¿Con qué te cuidás?”; de este modo, queda de manifiesto que estas preguntas están regidas por la presunción de que si somos mujeres tenemos relaciones sexuales exclusivamente con hombres¹. Iniciar la consulta ginecológica de esta manera, predispone a que las lesbianas y mujeres bisexuales oculten su identidad sexual, por temor o vergüenza, dado que el silencio del médico/a confirma la estigmatización social que sobre nosotras recae.

La consulta médica está mediada por una relación asimétrica de poder, producto de una construcción histórica en la que el discurso médico ha expropiado a las mujeres en general –y a las lesbianas en particular–, sus saberes sobre el cuerpo, imponiendo un tipo de conocimiento de carácter jerárquico. En este marco, es habitual encontrar situaciones o conductas en la atención a lesbianas por parte de médicos/as ginecólogas/os que entrañan una profunda violencia y sanción por la identidad sexual. Al respecto, podemos mencionar:

- Ante la respuesta de que “no nos cuidamos” –con métodos anticonceptivos, como se da por sobreentendido–, hay gesticulaciones o expresiones de la ginecóloga/o que demuestran adjudicarnos cierta irresponsabilidad por no cuidarnos. Acerca del cuidado es necesario aclarar que, prácticamente, no hay ginecólogos/as que brinden asesoramiento acerca del sexo seguro entre lesbianas.
- En ocasiones, cuando las lesbianas revelan su identidad sexual, las/os profesionales de salud ejercen estas conductas: bajan la cabeza y se instala un fuerte y hostil silencio; lanzan comentarios humillantes o desvalorizadores mientras transcurre la consulta; aceleran el ritmo de la consulta.
- En muchos casos, cuando quienes consultan son lesbianas y/o mujeres con atributos

considerados “masculinos”, o también cuando las lesbianas revelan su identidad sexual al profesional, se las somete a un tacto vaginal de manera brusca, invasiva y violenta, y a toqueteos absolutamente innecesarios.

- Falta de información de los/as profesionales sobre las formas de protección para evitar la transmisión de infecciones de transmisión sexual (ITS) en las relaciones lésbicas.
- Se dan casos en que los/as profesionales subestiman a las lesbianas que efectivamente saben acerca de los cuidados pertinentes al mantenimiento de sexo seguro, desestimando nuestros propios conocimientos acerca del contagio de enfermedades, tratándonos como seres incapaces de concebir ITS.

Todas estas situaciones se sostienen en supuestos tácitos de profundo carácter discriminatorio, y forman parte de la práctica diaria de quienes integran el sistema de salud.

Los prejuicios por parte de las/os profesionales de la medicina, particularmente notables en ginecología, pueden llevar a diagnósticos erróneos, tratamientos inadecuados, preguntas carentes de sensibilidad y tacto y comentarios sexistas y lesbofóbicos. Algunos de esos mitos y/o prejuicios suponen que:

- Las lesbianas no mantienen relaciones sexuales.
- Las lesbianas no tienen relaciones sexuales con hombres.
- Las lesbianas no corren riesgo de contraer ITS, incluyendo VIH.
- Las lesbianas no necesitan hacerse el Pap con la misma frecuencia que las heterosexuales porque no practican la penetración.
- La homosexualidad es una enfermedad².

1 Lo que llamamos “presunción heterosexista”. Se presume que todo el mundo es heterosexual, salvo que declare lo contrario. Así, se mantiene la invisibilidad y el desconocimiento hacia las lesbianas y toda identidad sexual disidente de la norma heterosexual y, a su vez, la heterosexualidad aparece como un hecho “natural”.

2 La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) retiró en 1973 la homosexualidad de su manual de diagnóstico y la Organización Mundial de la Salud (OMS) sostiene que la “la orientación sexual no puede ser considerada un trastorno mental” (OMS, 1992:367).

(*) Autoras: Colectivo ESPARTILES. Fragmento de “Campaña nacional por una atención digna de las lesbianas y mujeres bisexuales en los sistemas de salud”. ESPARTILES, 2006

(...) Estos prejuicios, sumados a la invisibilización de la que todavía somos objeto las lesbianas en gran parte de la literatura médica y de la academia, también influyen en la casi nula existencia de investigaciones científicas serias y exhaustivas sobre nuestra salud, lo que a su vez dificulta nuestra atención en los sistemas de salud, aún por parte de aquellas/os profesionales carentes de prejuicios.

A continuación, detallaremos algunos de los problemas relacionados con nuestra salud ginecológica que como lesbianas hemos relevado.

Cáncer cérvico-uterino y cáncer de mama

En cuanto al cáncer cérvico-uterino, los factores de riesgo son la portación del virus del papiloma humano (HPV), que puede transmitirse de mujer a mujer en la relación sexual, pero el factor de riesgo principal es no realizarse exámenes ginecológicos con frecuencia, lo que impide la detección temprana. (...) Otros de los factores primordiales y que más dependen de las políticas relacionadas con la salud son:

- El desconocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre las formas de protección para evitar la transmisión de infecciones de transmisión sexual entre lesbianas.
- Que estemos excluidas de una educación sexual libre de discriminación que nos brinde información eficaz acerca de cómo cuidarnos.
- Que no haya disponible en el mercado productos destinados específicamente a las lesbianas para mantener sexo seguro.

Infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA

Pese a que las lesbianas hemos sido consideradas tradicionalmente como un "grupo de bajo riesgo"³ frente al VIH/SIDA, las organizaciones de lesbianas que trabajan en el tema no concuerdan con esa definición. Entre otras razones, esgrimen las siguientes:

- El Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) de los EEUU, que sienta criterio en el tema, sólo considera lesbianas a las mujeres que han tenido relaciones sexuales sólo con otras mujeres desde el año 1977 a la fecha, lo que deja afuera a muchísimas (si no a una mayoría) de lesbianas.
- Mujeres que fueron usuarias de drogas inyectables son incluidas sólo en esa categoría, sin que se les pregunte su orientación sexual.
- Lesbianas que han estado o están casadas, o que se han practicado inseminación artificial

con espermatozoides no chequeado médicamente, o que tienen contactos sexuales esporádicos con varones, tampoco son registradas como una categoría especial cuando contraen el VIH.

- No existen investigaciones sobre prácticas sexuales entre mujeres y sus riesgos relativos de transmisión del VIH.

En cuanto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), el virus del papiloma humano (HPV), la gonorrea, la sífilis y las infecciones por hongos (vulvitis, vaginitis, cervicitis, candidiasis, moniliasis, etc.) aparentemente podrían transmitirse entre mujeres, pero tampoco existen investigaciones al respecto.

Derechos reproductivos

El mandato de la maternidad está estrechamente unido a la heterosexualidad obligatoria, ejerciendo una intensa presión para que todas las mujeres seamos madres. Las lesbianas hemos combatido esta relación opresiva que se establece entre ser mujer y ser madre. La maternidad es un derecho y, en tanto tal, se deben garantizar las circunstancias y los recursos para que así sea.

Sin embargo, en la mayoría de los países del mundo, las lesbianas que quieren ser madres sólo tienen como alternativa la relación sexual con un varón. En algunos países, entre ellos Argentina, Brasil y México (hasta donde sabemos), las que cuentan con dinero suficiente pueden acceder a tratamientos privados de fertilización asistida, utilizando donantes anónimos o conocidos. Para la mayoría que no dispone de dinero, esa opción resulta inaccesible. (...)

Campaña "Cambiamos las preguntas"

"*Estar en el closet*" es una expresión coloquial que designa el ocultamiento de la preferencia sexoafectiva, porque su revelación puede acarrear malos tratos, castigos y sanciones. Entonces, podemos afirmar que uno de los principales problemas de salud para las lesbianas y el que requiere de solución como paso fundamental para atender todos los otros, es el "*closet*"; es decir, la imposibilidad social de poder dar a conocer la identidad sexual y la imposición por parte de una cultura heterosexual normativa de vivir la sexualidad en secreto. El silenciamiento de los deseos y afectos por un régimen socio-sexual que instala un modelo como norma para vivir la sexualidad, tiene profundas consecuencias psíquicas, emocionales y corporales en las lesbianas.

La Organización Mundial de la Salud define a la salud sexual como: "*la ausencia de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la actividad*

3 El término "grupo de riesgo" tuvo como efecto estigmatizar a ciertos sectores de la población, especialmente a los gays; es por ello que no compartimos esta terminología en virtud de su carácter profundamente discriminatorio. En todo caso, podemos hablar de prácticas de riesgo, para las cuales hay formas seguras de realizarlas.



sexual o perturben las relaciones sexuales.” Cuando el “closet” deja de ser sólo un recurso eventual a utilizar frente a un medio hostil y se convierte en un modo de vida, en una barrera que no puede saltarse, sus consecuencias son precisamente las enunciadas por la definición precedente; constituyéndose, de este modo, en un problema de salud sexual.

Por esto mismo, la propuesta de la Campaña que llevamos adelante, destinada a todas aquellas instituciones, organismos y trabajadores/as

vinculados a los sistemas de salud⁴, se convierte en exigencia: “Cambiamos las preguntas”. Adhiriendo a dos ideas sostenidas en el Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos, “Con todo al Aire”⁵:

- El trato digno no depende de la calidad de recursos.
- Respetar no cuesta, no ser respetadas sí tiene altos costos.●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** ¿Qué experiencia tenemos en atención a mujeres lesbianas? ¿Cómo nos sentimos?
- 2** ¿Qué información novedosa sobre las necesidades de atención de la salud sexual y reproductiva de la población lesbiana brinda este artículo? ¿Qué inseguridades/dudas nos genera?
- 3** En la campaña “Cambiamos las preguntas” las autoras proponen comenzar la consulta con: “¿Mantiene relaciones sexuales con varones y/o mujeres?,” para predisponer a la usuaria a sentirse en un clima de confianza para expresar su identidad sexual y sus demandas de salud. Reconstruimos en el equipo la forma en que dialogamos con las mujeres durante la consulta ginecológica. ¿Qué otras preguntas necesitamos cambiar para incluir las diversas identidades sexuales?

4 Aquí se incluye: Subsecretarías o Ministerios de Salud, Programas Provinciales o Municipales de Salud Sexual y Reproductiva, Facultades de Medicina, Colegios Médicos, Hospitales y Clínicas, Sindicatos, Centros de Estudiantes, etc.

5 “Con todo al aire. Reporte de Derechos Humanos sobre atención en salud reproductiva en hospitales públicos”. Autoras: Susana Chiarotti, Mariana García Jurado, Analía Aucía, Susana Armichiardi. Insgenar (Instituto de Género y Desarrollo). Cladem (Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la Mujer). Rosario, 2003.



Llamame por mi nombre

Por María Alicia Gutiérrez (*)

Claves de lectura

- Reconocer cómo desde el sistema de salud generamos barreras de acceso a las personas travestis.
- Identificar qué necesidades de atención tienen y debatir cómo darles respuesta.

La violencia institucional y las discriminaciones de género atraviesan las prácticas de las instituciones hospitalarias tanto públicas como privadas. Las travestis son especialmente afectadas por estos modos de operar.

Entre las barreras más significativas de los servicios públicos de salud (hospitales y centros barriales de atención de la salud) que mencionan las compañeras travestis, se encuentran las dificultades burocráticas, por ejemplo, las dificultades para obtener turnos debido a la mala organización de los hospitales al respecto. También señalan como un obstáculo la espera el día de la consulta (...)

En el caso de las travestis hay obstáculos adicionales que se vinculan a la falta de respeto y las discriminaciones habituales por parte del personal de salud, tanto administrativos/as y trabajadores/as sociales como médicos/as y enfermeros/as.

El respeto a la intimidad y la confidencialidad son consideraciones difícilmente atendidas en el sistema de salud público (...). Tanto el dolor y la indignación que produce no ser llamadas por el nombre que eligen ser reconocidas como la experiencia de compartir salas de espera, o de internación, donde son burladas o maltratadas a causa de la identidad travesti resultan una razón adicional para concurrir tardíamente a las instituciones de salud. Así lo menciona un testimonio recogido por Barreda y sus colaboradores: "Odio cuando te atiende un empleado en la ventanilla (que te está viendo) y te dice con el nombre de varón, ¿acaso no ve que estoy vestida de mujer?" (...)

Las travestis transitan un ambiente social donde la discriminación y la travestofobia son registros permanentes de los espacios en los que

se desenvuelven. Una característica que diferencia al travestismo de otros grupos oprimidos es que muchas veces no encuentran contención en sus familias, ya que muchos/as de sus familiares se cuentan entre las personas que no respetan su identidad.

A menudo, las representaciones sociales asocian al travestismo con una ruptura del orden establecido y de las normas morales de la convivencia. Como se ha dicho en el capítulo sobre violencia, esta sanción social se expresa a través de las agresiones de particulares y de funcionarios/as del Estado (especialmente de los/as agentes de policía). También las condiciones de trabajo callejero implican, con frecuencia, la exposición a ambientes hostiles que inciden en el tipo de complicaciones de salud de las compañeras travestis. Juegan en contra –por mencionar algunos factores– las condiciones climáticas, la violencia social y el abuso policial. (...)

Una consideración aparte merecen las intervenciones de transformación del propio cuerpo que caracterizan la experiencia como travestis. (...) Entre ellas, el 82,2% se inyectó siliconas, el 66,6% realizó tratamientos hormonales y el 31,8% se implantó prótesis (...). El 97,7% de las compañeras que se inyectaron siliconas y el 92,2% de las que realizaron un tratamiento hormonal señalan que estas intervenciones se realizaron en un domicilio particular (...)

Los sistemas de salud de la Ciudad y la provincia de Buenos Aires no cuentan con profesionales ni programas que consideren las necesidades de atención de la salud, que derivan de las intervenciones corporales practicadas por las travestis. Más bien, la atención de complicaciones derivadas de estas intervenciones están signadas por el prejuicio acerca de la superficialidad de estas modificaciones y no por el debido respeto a la identidad. ●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1 ¿Con qué dificultades internas como equipo y generales como institución nos encontramos para atender a personas travestis?
- 2 ¿Qué estrategias necesitamos darnos para acercar a las personas travestis al servicio de salud?

(*) Autora: Gutiérrez, M. A. "La imagen del cuerpo. Una aproximación a las representaciones y prácticas en el cuidado y la atención de la salud," en "La gesta del nombre propio. Informe sobre la situación de la comunidad travesti en la Argentina." Ediciones Madres de Plaza de Mayo, ASTREA, ALITT, Buenos Aires, 2005.



Visibilizando procesos de regulación de los cuerpos intersex

Por Luciana Lavigne (*)

Claves de lectura

- Conocer los procesos de regulación de los cuerpos intersex.
- Dimensionar las preguntas que abre en la consejería el permitirnos incorporar esta categoría a los abordajes que realizamos en el equipo.

No importa en qué categorías queremos poner a la gente, siempre hay una gran variabilidad, tanto cultural como biológica dentro de esas categorías, por qué no admitir que las cosas son más complicadas.

Anne Fausto-Sterling

En medicina, al hablar de normalización se alude al reconocimiento de una media, considerada como parámetro para predicar la anormalidad de todo aquello que se distancie de ella. Es esta prerrogativa la que define, entre otras, la necesidad de intervenir en los casos en los cuales existen genitales que son considerados ambiguos o que por su forma se encuentran alejados de lo que es considerado normal. Es decir, las intervenciones normalizadoras no se realizan porque implican un riesgo para la vida, sino que se considera que conllevan dificultades para el desarrollo de una vida plena, “normal”.

Bajo este supuesto, Money sostiene que existen estigmatizaciones cuando no se normaliza lo que este médico entiende como “defectos de nacimiento”. Conrad y Schneider refieren a la noción de estigmatización producida por aquellas designaciones de atributos desacreditadores entre actores sociales, atravesados por relaciones de poder, generadas y elaboradas en un medio social específico, constituyendo una cuestión política. Tal es lo que ocurre con las representaciones biomédicas sobre la intersexualidad, en tanto que sostienen la anormalidad de la corporeidad de los y las “pacientes intersex”; estos son constituidos como portadores del estigma.

Las intervenciones quirúrgicas normalizadoras –sustento biotecnológico del proceso de *medicalización* de la intersexualidad–, se han convertido en una práctica esencial de su regulación contemporánea.

Y como tales constituyen una de las prácticas concretas involucradas en la concepción de la intersexualidad como “urgencia médica”. Al respecto, médicos entrevistados se han referido de la siguiente manera:

“No es una urgencia de vida, ni una urgencia en la cual se juega el porvenir del paciente, es una urgencia justamente para evitar todas las implicancias psicológicas que trae aparejado un intersexo. Además es una urgencia en sí mismo, por lo que hablábamos antes, por el tema de la asignación del sexo y para no perder tiempo y no perder tiempo en el diagnóstico porque nosotros tenemos detrás una familia y la familia estará pendiente de si el chico es varón o mujer. No se puede estar mucho tiempo dando vueltas, a veces puede darse la particularidad que el diagnóstico es difícil y lleva tiempo, hay veces que lleva más de un mes en algunos casos, eso ya estamos hablando de un tiempo prolongado donde el papá y la mamá tienen un chico y no se sabe todavía qué sexo tendrá el bebé, hay que ponerle nombre, de modo que esto se transforma en una urgencia.”

Ahora bien, es preciso profundizar en los debates acerca “urgencia médica”. La definición de un sexo u otro es una necesidad cultural designada con mucha relevancia y, según algunas autoras, es la que determina el carácter de “urgencia médica” que adquiere la intersexualidad en algunos casos, sobre todo en aquellas situaciones en las que el/la paciente presenta genitales considerados ambiguos. Autoras como Suzanne Kessler y Anne Fausto Sterling cuestionan esta representación de la “urgencia médica” indagando en qué es lo que verdaderamente implica. Este enunciado conlleva variables culturales que es preciso identificar para comprender los parámetros involucrados en los procesos de toma de decisiones.

La “urgencia médica” se vincula directamente con el tiempo contemplado como tolerable para poder definir la situación, tiempos que, como reconoce un médico entrevistado, sean “aceptables por la familia, la sociedad o el registro civil”. Este período es construido por la fuerza de las representaciones, por las normativas que regulan los plazos de inscripción de un/a recién nacido/a en

(*) Autora: Luciana Lavigne. “La regulación biomédica de la intersexualidad. Un abordaje de las representaciones socioculturales dominantes” en Cabral, Mauro: “Interdiciones, escrituras de la intersexualidad en castellano”. ASTRAEA, Anarrés, Mulabí, Córdoba, 2009

Visibilizando procesos de regulación de los cuerpos intersex

el registro civil, por aquel que nuestra sociedad es capaz de asumir sin demasiado ruido, si no interpela más de lo tolerable la norma por la cual un/a bebé se convierte en ciudadano/a: constituirse como un sujeto femenino o masculino. A la institución médica se le otorgan ciertos plazos para cumplimentar con ello y se suma también la tolerancia de la familia de aceptar que no hay una definición precisa acerca de este aspecto de la identidad del o de la bebé.

Actualmente existen algunos cambios en los paradigmas atencionales en los casos intersex, en tanto que esto se expresa en las prácticas y las reflexiones de los propios médicos y médicas que manifiestan dilemas, temores y contradicciones a los que se enfrentan. Así se manifiestan en el siguiente relato de uno de los médicos entrevistados:

“Entonces la otra postura sería dejarlo tal cual está, no asignarle ningún sexo, no anotarlo como nada, ningún sexo, cosa que es muy difícil, no se puede hacer y que decida el paciente por sí mismo cuando tenga conciencia de eso. (...) que es lo que genera muchos problemas de conciencia entre nosotros porque no sabemos si estamos haciendo realmente lo correcto, pero tampoco sabemos cuáles son las consecuencias de indefinir el sexo durante tanto tiempo desde el punto de vista civil (...) A mi, viste, dejar un chico sin ninguna definición me cuesta.(...) todas las decisiones están llenas de prejuicios, están llenas de presupuestos, tiene que ver con nuestras propias ideas acerca de la sexualidad, más que lo que realmente pase. Pero en realidad nuestra sociedad es igual, entonces uno no sabe qué es lo que va a pasar con esos pacientes si van a una escuela primaria y no sabemos si son varones o mujeres, ¿te das cuenta lo que digo? Es complicado. Yo tengo un montón de preguntas como vos.”●



REFLEXIONAMOS EN EQUIPO:

- 1** Reflexionamos sobre el concepto “intersex” y qué preguntas nos despierta.
¿Cuáles son los dilemas?
- 2** Cada dos mil bebés que nacen en el mundo, uno es intersex. Es probable que en la consejería atendamos personas con esta identidad con más frecuencia de la que suponemos. ¿Qué problemas y necesidades específicas pueden plantearnos personas intersex en la Consejería, producto de las intervenciones y de la hegemonía binaria?