

MINISTERIO DE
LAS MUJERES,
POLÍTICAS DE
GÉNERO Y
DIVERSIDAD
SEXUAL



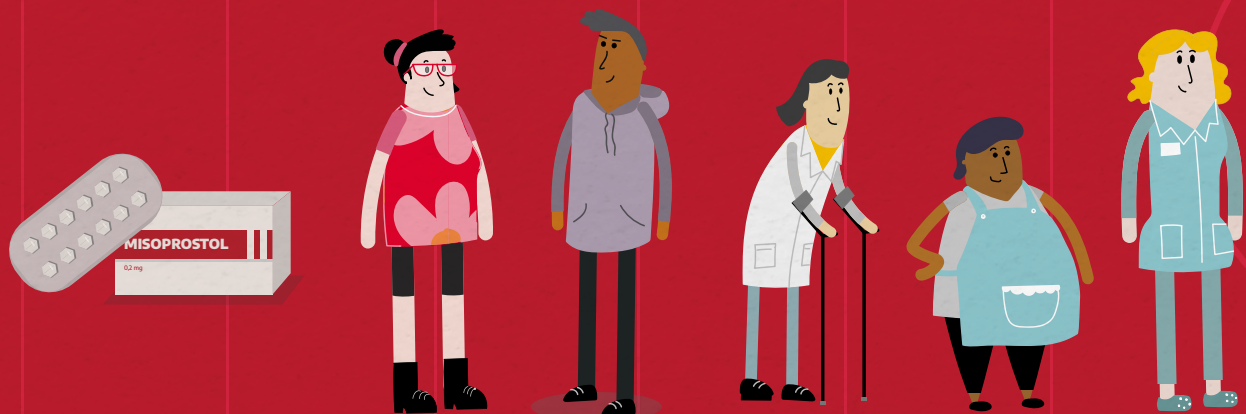
GOBIERNO DE LA
PROVINCIA DE
**BUENOS
AIRES**

Género y territorio

Herramientas feministas
para la gestión local

08

Acceso a la salud y género: una mirada integral



Género y territorio

Herramientas feministas
para la gestión local

08

Acceso a la salud y género: una mirada integral

Este material retoma los aportes de
Fundación Soberanía Sanitaria (2019)
y de Ministerio de Salud de la Provincia
de Buenos Aires (2020 y 2021).



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES

Axel Kicillof

Gobernador

Verónica Magario

Vicogobernadora

Estela Díaz

Ministra de las Mujeres, Políticas
de Género y Diversidad Sexual

Claudia Villamayor

Directora Provincial de Formación,
Investigación y Políticas Culturales
para la Igualdad

Natalia Laclau

Directora de Políticas
Culturales para la Igualdad

Género y territorio

Herramientas feministas
para la gestión local

Coordinación de proyecto

Josefina Itoiz

Coordinación de contenidos

Evangelina Trebisacce

Equipo de contenidos

Laura Carral y Bárbara Salum

Contenido

Carlota Ramírez

Diseño gráfico

Julián Balangero y Marianela Micoli

Ilustraciones

Fernanda Genobesio

Corrección de estilo

Brenda Axelrud

Coordinación de proyecto
por Iniciativa Spotlight

Victoria Vaccaro

ÍNDICE

6 Prefacio, Estela Díaz

8 Prólogo, Sabrina Balaña

11 Presentación

12 ¿Qué es el enfoque tradicional de la salud?

14 ¿Existen cuerpos normales?

16 ¿Qué es la salud feminista?

19 ¿Qué es la sexualidad?

23 ¿Qué son los derechos sexuales y (no) reproductivos?

24 ¿Cuáles son esos derechos?

**28 Políticas públicas y salud sexual y (no) reproductiva:
¿qué es la interrupción voluntaria del embarazo?**

30 Bibliografía

31 Propuesta pedagógica

Prefacio

Desde la gestión del gobernador Axel Kicillof, y con la decisión de crear el primer Ministerio de las Mujeres en la provincia de Buenos Aires, se ha puesto el acento en construir una política de cercanía que garantice la llegada de las iniciativas gubernamentales a cada uno de los municipios bonaerenses. Sabemos que es una tarea compleja en un territorio de más de 300.000 kilómetros cuadrados, casi diecisiete millones de habitantes, ciento treinta y cinco municipios, más de dos mil localidades, ámbitos urbanos, rurales, isleños, costeros, y podríamos seguir nombrando la larga lista de diversidad geográfica y humana que hace a la enorme riqueza y posibilidades de este ámbito que habitamos en conjunto.

Impulsar las políticas de género y diversidad como prioridad en nuestro gobierno supone, en muchos casos, acercar contenidos, definiciones, herramientas, recursos y cualquier iniciativa que pueda ayudar a fortalecer la incorporación de la perspectiva de género en las gestiones locales. Para nosotras, esto además supone un recorrido de ida y vuelta, ya que los planes, programas, proyectos e iniciativas que impulsamos se retroalimentan todo el tiempo en contacto con cada municipio, que es donde aprendemos y enriquecemos nuestros enfoques y propuestas.

El material que aquí se presenta es una realización conjunta con la Iniciativa Spotlight, una alianza global de la Unión Europea y las Naciones Unidas que busca eliminar la violencia contra las mujeres y niñas en todo el mundo. Esta caja de herramientas que acercamos a las áreas de género municipales se inscribe en el proceso de dotarlas de materiales teóricos, prácticos y didácticos con contenidos simples que sean de utilidad para sus tareas cotidianas. En estos diez cuadernillos, además, entre otros temas se abordan algunas ideas fuerza sobre género, diversidad, identidad, el trabajo, el deporte, las violencias, la salud y educación, esto es, un abanico de cuestiones básicas que evidencien que la perspectiva de género es un enfoque, una lente, fundamental para mirar la gestión que abarca todas las cuestiones de gobierno.

Estela Díaz

Ministra de las Mujeres,
Políticas de Género y
Diversidad Sexual de la
Provincia de Buenos Aires

Hemos convivido mucho tiempo con la idea de que existían “temas de mujeres”. Afortunadamente, hoy sabemos que el enfoque de género es mucho más que eso, que la desigualdad de género es estructural en nuestras sociedades y, por lo tanto, que las relaciones sociales han sido organizadas a partir de estas relaciones de poder jerarquías, opresivas, discriminatorias y violentas. El movimiento de mujeres y los feminismos posibilitaron el reconocimiento de esta realidad, lo que ha supuesto un paso fundamental para profundizar las transformaciones necesarias para lograr una sociedad más justa.

Esta comprensión histórica, además, abarca los principales espacios del Estado, como la salud, la educación, el trabajo y la seguridad, entre otros, y en este sentido contar con ministerios de mujeres (tanto a nivel nacional como provincial) y con áreas de género creadas y/o jerarquizadas en los municipios resulta central.

Para nosotras la prioridad es seguir construyendo herramientas de gestión que permitan que esa tarea se funde en conocimientos teórica metodológica y pedagógicamente rigurosos, pero sobre todo en el compromiso, la pasión y la ternura. La perspectiva de género nos recuerda que quienes trabajamos en gestión somos personas con historia, con identidad, con amores y desamores, y que el trabajo es para nosotras fundamental dado que organiza nuestras vidas y apunta a cubrir las necesidades de nuestro pueblo.

Esperamos que disfruten, usen y critiquen estas herramientas que aquí presentamos y que compartan con nosotras sus experiencias y visiones porque nuestro trabajo es dinámico, sigue creciendo y se nutre con el recorrido que haga cada uno de los ciento treinta y cinco municipios de nuestra querida provincia.

Prólogo

El campo de la salud es un terreno de disputa de sentidos permanente. ¿Quién define nuestra salud? ¿Quién dice qué es estar sanas y sanos y qué estar enfermas o enfermos? Estas preguntas ponen en jaque la estructura organizacional del sistema de salud y demandan su constante redefinición. El pensamiento crítico latinoamericano y, más recientemente, los feminismos han demostrado la naturaleza patriarcal de la organización del sistema de salud y su funcionalidad al capitalismo. En los últimos años, con el debate sobre el aborto, que ocupó gran parte de la opinión pública en nuestro país, las organizaciones feministas instalaron la salud pública en el centro de la escena política. El aborto, de alguna manera, fue el disparador que nos permitió cuestionar de manera colectiva quiénes tienen el poder sobre nuestros cuerpos y comenzar a dismantelar la hipocresía de un cuidado de la salud atravesado por la lógica del mercado. El activismo arrollador ocupó las calles, los medios de comunicación, los almuerzos familiares, las conversaciones de oficina. Que el eje de la disputa fuera aborto legal o clandestino hizo que la sociedad reflexionara sobre la clandestinidad de las decisiones en materia de salud. Nos obligó a pensar la salud pública en clave feminista y, al mismo tiempo, visibilizó estrategias de cuidado, de escucha y de acompañamiento colectivos propios de una nueva forma de gestionar la salud. El año pasado el impacto sanitario y social de la pandemia puso de relieve aún con mayor intensidad que el sistema sanitario necesita redefinirse y que los nuevos escenarios no pueden prescindir de la organización comunitaria de la atención y del cuidado de la salud ni de un Estado protector y garante de derechos.

El sistema de salud es un dispositivo dentro del capitalismo que reproduce el patriarcado al infinito. Asigna a los varones el rol de decisores, proveedores y protectores, y a las mujeres el de cuidadoras, sostenido en el mito de que se trata de amor y no de trabajo. Todo lo que queda por fuera de esta organización es invisibilizado, patologizado y criminalizado; en suma, expulsado. Los modelos de atención vigentes producen inequidad de género al

Sabrina Balaña

Directora de Equidad
de Género en Salud,
MMPGyDS de la Provincia
de Buenos Aires

considerar que lo normal es que los hombres, seres trabajadores y asexuados, acudan al sistema de salud cuando están enfermos siempre o casi siempre acompañados por mujeres (madres, esposas, hijas); que sean ellas quienes están a cargo de las tareas de cuidado de la familia y las responsables de lo que salga mal o no se gestiona adecuadamente; que a priori no existan otras identidades de género posibles por fuera de los varones y las mujeres y en todo caso, si esa situación se presenta, se procurará que encaje en el binarismo considerado normal. De este modo el sistema de salud legitima las desigualdades y después asiste las consecuencias que estas generan.

Para transformar el sistema de salud y su cultura organizacional resulta central analizar las prácticas y las relaciones de cuidado dentro de los servicios –entre trabajadoras y trabajadores y entre estas y estos y quienes los utilizan– a través de la perspectiva de género, que visibiliza el impacto que tienen las diferencias de género en el ámbito laboral y de cuidado. No es meramente un asunto de roles sino de relaciones sociales de poder en un campo en disputa permanente en el que la violencia no es una excepción. Gran parte de los logros en los programas de atención primaria de la salud (en nutrición, reducción de la mortalidad materno infantil, cuidado de niñas y niños, etc.) aún hoy dependen del trabajo no remunerado de las mujeres. En nuestra sociedad, además, la mujer es no solo responsable de la salud de su propia familia sino también gestora no remunerada de la salud comunitaria: son esas mujeres organizadas quienes garantizan la alimentación de niñas y niños en barrios populares o desarrollan estrategias de abordaje colectivo de la violencia de género a las que el sistema de salud decide ignorar o subestimar en su potencia de acción.

Construir una salud pública feminista requiere revisar los modelos de producción de salud, evaluar su eficacia en función de la satisfacción colectiva y no limitarla a indicadores sanitarios. Lo que necesitamos transformar es la forma en que las personas nos vinculamos según los patrones de género dominantes o hegemónicos, porque eso también incide en la manera de enfermar y de morir. Se trata entonces de pensar la salud como un proceso realmente colectivo, vincular y no individual, pero sin dejar de defender y sostener la soberanía de los cuerpos en un mundo en el que nadie es total ni absolutamente autónomo, dado que somos sujetos situados e interdependientes. Para esto también resulta fundamental que haya materiales como este cuadernillo y otros recursos que acerquen las políticas del Estado a los territorios y las convierten en verdaderos dispositivos de transformación social y comunitaria.



Presentación

En este cuadernillo recorreremos críticamente el enfoque tradicional sobre la salud para posicionarnos en una perspectiva feminista que entiende la salud como una producción colectiva y relacional anclada en lo local y orientada por las contingencias.

Consideramos además que la salud es un derecho y que la interseccionalidad es fundamental para poder garantizarlo. También trabajamos diferentes enfoques sobre la sexualidad y describimos los derechos sexuales y (no) reproductivos.

¿Qué es el enfoque tradicional de la salud?

¿Qué es lo primero en lo que pensamos cuando hablamos de salud? ¿En un hospital? ¿En médicas y médicos? ¿En vacunas? Seguramente muchas de esas imágenes vengan a nuestra mente y, si bien son parte de la salud, no es esa la única manera de abordarla.

Es probable que alguna vez hayamos salido de una consulta médica con una receta en la mano y sin haber entendido el diagnóstico ni por qué nos indicaron esa medicación. Esto tiene que ver con una mirada muy instalada en el sistema sanitario: el modelo biomédico. Se trata de una forma de atención que se caracteriza por centrarse principalmente en la enfermedad y, al poner el foco en las patologías, deja de lado el contexto y las vivencias de quien consulta. Cada sujeto es reducido a su cuerpo (más específicamente, a la parte “enferma” del cuerpo) y la salud se piensa en términos meramente fisiológicos e individuales como “ausencia de enfermedad”.

Este modelo apunta a restituir lo más rápido posible la “salud” del individuo que se estableció como “enfermo” y, para ello, se ocupa exclusivamente de la zona enferma y realiza un tratamiento que consiste en suministrar **medicamentos**. En lugar de esperar los tiempos que necesita el cuerpo para sanar, los acelera mediante la medicalización, por lo que muchas veces se medican casos que no necesitan ese tipo de intervención. Por ejemplo, cuando se usa anestesia epidural en el parto sin haber asesorado o consultado previamente a la persona gestante, o las cesáreas innecesarias que se practican solo porque resultan cómodas para el equipo médico. En este esquema el cuidado se reduce al momento de la enfermedad y, una vez restituida su salud, la persona deja de estar al cargo del sistema sanitario, ya que este solo se ocupa de aquellas personas a las que considera enfermas.

La **medicalización** se extiende a otras áreas de la vida. Esto quiere decir que el saber y la palabra médica cobran un valor tan significativo que se ocupan de otras temáticas vinculadas al bienestar humano; por ejemplo, de problemas asociados a características intrínsecas de la vida y a la condición humana misma, como la sexualidad, la infelicidad, el deterioro biológico, el envejecimiento, la soledad o la muerte. Así, ciertas situaciones son consideradas problemas médicos y tratadas como enfermedades.

Otra de las características de este enfoque es que se le adjudica al personal de salud todo el conocimiento sobre qué hacer en cada caso. Esto quiere decir que la palabra del o de la profesional no tiene el mismo valor que la de quien consulta y muchas veces se desestima el saber que cada persona tiene sobre su propio cuerpo. Se considera que el conocimiento científico es superior y esto refuerza el carácter asimétrico de las prácticas dominantes en salud. Esa diferencia jerárquica lleva muchas veces a prácticas autoritarias en las que el médico o la médica dice lo que la persona debe hacer sin escucharla o sin llegar a un acuerdo con ella.

Esto se ve, por ejemplo, cuando nos prescriben un método anticonceptivo sin consultarnos cuál preferimos utilizar.

Estos saberes científicos han sido legitimados en procesos de los cuales las mujeres, las lesbianas y las personas trans o no binarias históricamente han quedado excluidas.



¿Existen cuerpos normales?

A pesar de que no existen cuerpos normales sino diversidades corporales, la reducción que realiza el modelo biomédico al definir la salud como lo contrario a la enfermedad hace que se caiga en una falsa dicotomía que separa los cuerpos en sanos y normales, que constituyen un ideal al que aspirar, y en cuerpos anormales y enfermos, a los que se debe corregir. Como ya dijimos, este enfoque se centra una parte del cuerpo, la enferma o la que se considerada anormal. Sin embargo, muchas veces esas supuestas anomalías no implican que nuestra salud esté dañada. En esos casos, el tratamiento busca alcanzar una “normalidad” que, en realidad, oculta que existen diversos modelos corporales.

Un ejemplo de normalización del cuerpo es el control del peso o el índice de masa corporal. Existe un modelo socialmente establecido que asocia la delgadez con lo saludable que, además de no tener en cuenta las diversidades corporales, tampoco surge de estudios científicos. Así, se postula un ideal de cuerpo saludable como norma que se debe seguir y que hay que restablecer cuando nos alejamos de ella.

Muchas veces, el concepto de salud funciona como un instrumento legitimado para ejercer distintas formas de violencia sobre los cuerpos “anormales” en pos de su normalización.

Por ejemplo, son muy comunes las cirugías estéticas, médicamente innecesarias, que se realizan a las personas intersex para adaptar sus genitales a los socialmente esperados. Así, a las personas con hiperplasia suprarrenal que nacen con vulva pero que tienen un clítoris más largo de lo estándar se las somete a cirugías para reducirlo. Es decir, para garantizar una vulva estéticamente aceptable, el sistema médico realiza una mutilación genital.

¿SABÍAS QUÉ...



hasta 1990 el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-I; II y III)* establecía que la homosexualidad era una enfermedad mental? Eso habilitaba a que se realizaran múltiples terapias de reconversión para “curar” a gays y lesbianas. Si bien esta definición se corrigió, en estos manuales siguen apareciendo otras formas de patologización de la sexualidad, como la llamada **incongruencia de género**.

Una discordancia marcada y persistente entre la experiencia de género del individuo y el sexo asignado.

La normalización de los cuerpos es una forma de violencia que suele estar invisibilizada porque se ejercen desde el mismo sistema médico al que se le asigna la función de cuidar la salud.



Pensar la salud en términos feministas es poner en cuestión e interrogar los saberes biomédicos e incorporar otras dimensiones, como el placer, la autonomía y la integridad física. Supone una mirada colectiva que recupera la empatía como un saber y una práctica transformadora capaz de transversalizar las distintas experiencias y las diversas voces, discursos y puntos de vista que permitan definirla colectivamente.



¿Qué es la salud feminista?

La salud es un campo social complejo y no es equivalente ni a la práctica médica ni a la ausencia de enfermedad. Es un ámbito en disputa que varía del mismo modo que lo hace la sociedad. Las formas de abordar la salud, las enfermedades, los padecimientos y los cuidados se relacionan con procesos históricos, sociales y culturales. Como no hay un único modelo de salud, podemos hablar de formas diversas y plurales de salud.

Si la salud se construye a través de interacciones sociales y relaciones de poder, ¿quiénes establecen el concepto de salud hegemónico? ¿A partir de qué concepción de salud se definen los riesgos? ¿Cómo se determina lo que se quiere promover y lo que es deseable evitar en materia sanitaria?

Los feminismos han interpelado las bases tradicionales del sistema de salud poniendo en cuestión el modelo basado en la jerarquización del saber, en el biologicismo y en una concepción patriarcal, binaria y heteronormativa de los cuerpos. Además, se han organizado para asegurar políticas de cuidado basadas en la solidaridad y han problematizado el sentido tradicional acerca de qué es la salud y cómo gestionarla.

La idea es construir salud(es) diversas, plurales y feministas que garanticen el derecho a tomar decisiones autónomas y libres de toda opresión y violencia. En este sentido, los feminismos han denunciado cómo la violencia patriarcal, **colonial, extractivista y capitalista** somete los cuerpos feminizados.

Entender la salud como una producción colectiva desde los territorios ha permitido a las mujeres, lesbianas, personas trans y no binarias construir poder para ejercer la autonomía y la autodeterminación sobre su salud y sus cuerpos. Si hay distintas formas de entender la salud, ¿quiénes definen qué es saludable?

Los procesos **colonial, extractivista y capitalista** son aquellos en los que se han sometido, apropiado y saqueado las tierras y cuerpos a través de distintos mecanismos, entre ellos, la violencia. Significaron, además, la imposición de otra cultura. Estos procesos históricos continúan vigentes en las apropiaciones culturales y en las imposiciones económicas.

Desde este enfoque, la salud es un proceso sociohistórico que incluye tanto las enfermedades y los padecimientos como los modos sociales de atenderlos y la compleja red de cuidados que la sociedad posee.

A diferencia del modelo biomédico, el enfoque feminista propone entender la salud como una sucesión de eventos situados que, entre otras cosas, incluyen los malestares y las enfermedades.

Las salud(es) son procesos relacionales de cuidados y sus maneras de gestionarlos.

La forma en que abordamos la salud, la enfermedad, la atención y los cuidados depende de la organización social. Desde este enfoque crítico, la salud contempla la diversidad de saberes, experiencias y corporalidades en un contexto sociohistórico anclado a un territorio.

La producción de conocimiento feminista nos permite comprender, por un lado, el cuidado de manera colectiva, desde la red de cuidado, y, por otro, que la reparación de los vínculos sociales es sanadora y poderosa. ¿Cómo se relaciona esto con la salud? Cuando decimos “Si tocan a una, nos tocan a todas”, estamos planteando que las redes nos cuidan y que todos los cuerpos importan. Alcanzar la autonomía de los cuerpos y en materia de salud supone un proceso colectivo que nos permite adueñarnos de nuestras decisiones reproductivas y no reproductivas. Es por eso que, desde esta perspectiva, las redes de cuidado están presentes en todo momento y tienen una **dimensión política**.

En ese sentido, es importante recordar que las bases del sistema sanitario argentino, asentado en una perspectiva social de la salud, fueron establecidas durante el primer



peronismo por Ramón Carrillo. Para la construcción de un sistema de salud que responda de manera integral a las necesidades del pueblo y garantice la salud desde una perspectiva de derechos, es imprescindible la participación del Estado.

*Ha llegado la hora de la mujer que piensa, juzga, rechaza o acepta,
y ha muerto la hora de la mujer que asiste atada e impotente
a la caprichosa elaboración política de los destinos de su país.*

Eva Duarte, discurso del 12 de marzo de 1947

En las palabras de Eva vemos la importancia del cambio de rol de las mujeres en relación con la participación activa en la toma de decisiones del Estado. Podríamos agregar que esa participación también atañen a la construcción de un sistema de salud que atienda y responda de manera integral y feminista a sus necesidades.

La feminización del sector de salud es un fenómeno creciente: mientras que en el año 1980 el total de profesionales mujeres era del 32,3%, según datos de 2016 ese porcentaje aumentó hasta alcanzar el 59,3% (Catterberg et al., 2018). Sin embargo, las condiciones laborales de estas profesionales –ingreso, acceso a puestos de decisión y distribución del uso del tiempo (trabajo remunerado y trabajo doméstico y de cuidado no remunerado)– no han mejorado. Las luchas del movimiento feminista también se dan dentro del campo de la salud y del ejercicio mismo de las profesiones. Estas luchas han visibilizado las desigualdades estructurales en el sector para transformarlas.



¿Qué es la sexualidad?

Hay distintas maneras de definir la sexualidad. Para comenzar a revisar algunos preconceptos que tenemos sobre ella es importante considerar que está atravesada por nuestras ideas acerca de qué es la salud. Como ya señalamos, el paradigma biomédico está focalizado en la “enfermedad”, y en lo que respecta a la sexualidad, pone su mirada exclusivamente en la genitalidad y en la reproducción.

¿Qué es reducir la sexualidad a la genitalidad y a la reproducción?

El modelo biomédico parte del supuesto de que todas las personas viven la sexualidad de la misma manera y que su única finalidad es la procreación. Es por eso que se la reduce a la anatomía de la reproducción, es decir, al aparato genital. Al igual que en el caso de la salud, este enfoque olvida a los sujetos, sus condiciones de vida, sus deseos, expectativas y proyectos, el lugar que habitan, el tipo de familia en el que se desarrollan y las relaciones de poder.

Al no considerar la desigualdad de poder entre los géneros, esta perspectiva refuerza los estereotipos sobre los femenino y lo masculino.

¿Por qué el modelo biomédico reproduce los estereotipos de género?

Este modelo reproduce estereotipos de género porque, si el fin de la sexualidad es la procreación, cualquier práctica sexual que no apunte a ese objetivo será mal vista, sobre todo en las mujeres. Así, quedan anuladas ciertas características propias de la sexualidad

humana, como la comunicación, el placer, la empatía, las emociones y los vínculos. Además, al replicar la idea de complementariedad de los sexos, este punto de vista limita la sexualidad a una práctica heterosexual que excluye otras posibilidades y establece una estructura binaria del mundo en la que se ordenan los sexos.¹

Este modo de entender la sexualidad hace que se sostengan las violencias por motivos de género. Limitar la sexualidad a la tarea reproductiva genera que se la asocie al deber y no al deseo o al placer. De ahí que se establezca una suerte de obligación de tener relaciones sexuales aunque no se tengan ganas.

El modelo biomédico pone el foco en los efectos no deseados de la sexualidad –por ejemplo, en las enfermedades que pueden contraerse debido a un cuidado incorrecto durante las relaciones genitales– y no en garantizar una sexualidad placentera y libre de violencias para todas las personas.

Estas ideas son las que, entre otras cosas, orientan las políticas públicas que se limitan a entregar anticonceptivos o las que solo entienden la sexualidad en términos de planificación familiar y programas de salud maternoinfantil.

Sin embargo, las sexualidades (en plural) son diversas, complejas, cambiantes (pueden modificarse a lo largo del ciclo vital o de una semana para la otra) y se desarrollan siempre dentro de un marco social. La sexualidad no tiene que ver únicamente con el cuerpo biológico, sino que hace referencia a un proceso histórico que organiza un orden de género y construye un modo de ser mujeres y varones.

¹ Esta idea fue trabajada en el cuadernillo introductorio de la serie: *La perspectiva de género: un enfoque necesario*.

Para la mirada territorial y feminista,
la sexualidad es inherente al ser humano y tiene
que ver con cómo generamos colectivamente
mejores condiciones de vida y ambientes y
entornos protectores en los que todas las
personas nos sintamos valoradas y reconocidas,
y redes de cuidado a las cuales recurrir y de las
que nos sintamos parte. **Por eso es fundamental
contar con relaciones respetuosas,
no violentas ni coercitivas que nos hagan
crecer como personas y como comunidad.**
La sexualidad, al igual que la
salud, no es algo que
“se padece” sino algo que se
disfruta, y que debe ser protegido
y cuidado entre todas y todos.



¿Qué sexualidad propone la mirada feminista?

La mirada feminista supone decidir en qué mundo queremos vivir y qué sexualidad vamos a construir. En este sentido apunta a que cada persona viva su sexualidad y su corporalidad de manera autónoma y libre, y que pueda acceder a una atención y acompañamiento sin violencias ni discriminación. Eso necesariamente implica modificar los servicios de salud, sus prácticas y sus lógicas organizativas. Es fundamental entonces identificar qué aspectos del funcionamiento del sistema de salud facilitan el acceso a los derechos y cuáles lo obstaculizan reconociendo que los sentidos acerca de la salud y el rol del Estado como garante de derechos tienen un impacto en la subjetividad de las personas. Para eso es necesario recuperar la conversación colectiva sobre qué necesitamos y cómo construir con otras y otros un círculo expansivo donde la palabra circule y donde todas las voces importen.



¿Qué son los derechos sexuales y (no) reproductivos?

Todas las personas nacen libres e iguales y el Estado, a través de leyes y políticas públicas, es quien debe garantizar y promover que se respeten sus derechos humanos. Dentro de estos se incluyen los derechos sexuales y (no) reproductivos, que son aquellos que apuntan a garantizar que cada persona pueda tomar sus propias decisiones en libertad según la propia experiencia que tenga de su cuerpo y sus creencias, y que cuente con información precisa y actualizada en lo que hace a su vida sexual, reproductiva y no reproductiva. Es decir, que pueda ejercer su sexualidad de manera saludable sin sufrir ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación.

Cabe mencionar que la idea de incorporar estos derechos a los derechos humanos generó una gran resistencia en ciertos sectores conservadores, lo que llevó a que inicialmente los derechos sexuales de las mujeres se centraran en la prevención del abuso y la violencia sobre sus cuerpos y no en el derecho al placer y a la autonomía en el ejercicio de la sexualidad. Es por esto que, como mencionamos antes, la sexualidad de las mujeres quedó asociada a la reproducción y ha reforzado los estereotipos de género.

La obtención de estos derechos ha sido producto de arduas luchas y debates políticos y su cumplimiento también depende de decisiones políticas. Para garantizarlos es necesario contar con ciertas condiciones sociales, culturales y estructurales. En este sentido, reconocer las desigualdades de poder entre varones, mujeres y otras identidades es un paso fundamental para iniciar ese camino. Una mujer que está atravesando una situación de violencia de género difícilmente pueda acceder al derecho de contar con el método anticonceptivo que desee, ya que su contexto no le permitirá tomar una decisión de manera libre y autónoma. La mirada feminista, colectiva y territorial de la salud y de la sexualidad busca, entonces, generar condiciones reales para que todas y todos puedan acceder a sus derechos.

Esto requiere el trabajo mancomunado del Estado y de organizaciones de la sociedad civil –entre otras, feministas, LGTBI+ y de jóvenes– que conciban los derechos a la salud sexual y (no) reproductiva como inseparables de la justicia social y económica.



¿Cuáles son esos derechos?

En Argentina contamos con un marco normativo que garantiza distintos derechos y que en gran medida se fue ampliando gracias a la organización social. Para facilitar la exposición, hemos agrupado los derechos en tres ejes (políticas del deseo, políticas de cuidado y proyecto de vida, y acceso a la atención), que desarrollaremos a continuación.

Políticas del deseo

Las políticas del deseo apuntan al derecho a disfrutar de una vida sexual placentera y saludable según las propias preferencias. Como cada persona vivencia su sexualidad de manera distinta, es importante que, a fin de que pueda experimentarla libremente, el Estado y la sociedad respeten y garanticen su autonomía para que pueda decidir cómo y con quién/es relacionarse afectiva, erótica y socialmente.

Gozar de una vida sexual placentera y saludable es poder elegir de qué manera expresar nuestra sexualidad. Este acto, que parece individual, requiere sin embargo un fuerte compromiso colectivo. Cuestionar los estereotipos de género desde el Estado es uno de los primeros pasos para garantizar que cada persona pueda manifestar su orientación sexual, preferencia o identidad de género sin sufrir ningún tipo de prejuicio, discriminación o violencia.

El derecho a disfrutar una vida sexual saludable excede la idea de ausencia de enfermedad y supone, entre otras cosas, vivir la sexualidad sin coacción (obligación) ni violencia y en

¿SABÍAS QUÉ...



la Ley de Prevención y Erradicación de la Violencia de Género (nº 26485) define la violencia sexual como aquella que vulnera el derecho de la mujer a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación?

Esto incluye las violaciones dentro del matrimonio o en otros tipos de vínculos o parentescos.

un marco de cuidados. En otras palabras, en toda práctica sexual tiene que haber consentimiento sin importar el vínculo que exista entre esas personas.

Asegurar las condiciones para que todas las personas puedan ejercer estos derechos implica que el Estado tome las medidas necesarias para para fomentar políticas que tengan como principios rectores el respeto, la integridad física, la dignidad y la diversidad a fin de que todas y todos podamos alcanzar una vida sexual libre de presiones y violencias.

Políticas de cuidado y proyecto de vida

Estas políticas apuntan a garantizar que las mujeres y las personas con capacidad de gestar puedan planificar, entre otras cosas, si quieren maternar o no –y todo lo que implican esas decisiones–, en un marco de cuidado, es decir, brindando información y acompañando a la población para que cada quien tome sus propias decisiones en forma autónoma. Se trata de un derecho fundamental que contribuye a la soberanía y a la autoridad de las personas sobre sus cuerpos.

Dentro de estos se incluye que la ciudadanía pueda elegir y acceder de forma gratuita a los métodos anticonceptivos y/o de cuidado que más se adapten a sus necesidades. Es importante resaltar que la decisión debe ser de quien va a usar el método y no del equipo de salud, cuya responsabilidad es brindar consejerías para acompañar esas elecciones para que sean libres e informadas.

Garantizar el derecho a determinar el proyecto de vida incluye dar acceso a la anticoncepción hormonal de emergencia y a la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

¿SABÍAS QUÉ...



la anticoncepción hormonal de emergencia (más conocida como “la pastilla del día después”) no es una pastilla abortiva sino un método que se puede utilizar luego de una relación sexual de penetración pene-vagina en la que no se haya utilizado otro anticonceptivo o si el que se usó falló?

Es gratuita y puede solicitarse en centros de salud, hospitales públicos y servicios de guardia.

¿Y QUE...?



la Ley n° 26485 contempla la violencia obstétrica como una de las formas de violencia contra las mujeres y personas gestantes?

Esta clase de violencia corresponde a cualquier forma de maltrato por parte de quienes integran los equipos de salud en relación con la atención de la salud sexual, del embarazo, del parto, del posparto o del aborto. Estamos frente a este tipo de violencia, entre otros casos, cuando se acelera el desencadenamiento del parto innecesariamente (por ejemplo, haciendo un goteo con oxitocina), cuando se impone una forma de parir (en una camilla, por ejemplo), cuando no se responden las preguntas ni se atienden las preocupaciones de las y los pacientes, cuando el personal se burla de los dolores o de los miedos de quien está por parir o cuando se oculta información para impedir que se tomen decisiones autónomas.

Si deciden maternar, tienen derecho a recibir atención médica de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio en un clima de respeto y buen trato. Esto supone ser escuchada, participar de las decisiones y acceder libremente a información sobre la evolución del embarazo y del parto, sobre el estado de salud propio y del feto, y sobre las prácticas e intervenciones médicas.

CENTRO



Acceso a la atención

El acceso a la atención se relaciona con que el personal respete las convicciones personales, sociales y políticas, y la biografía de quien se acerca al sistema de salud. Todas las personas tienen derecho a ser escuchadas y a que se reconozca su saber sobre sus cuerpos en todos los servicios, sean públicos o privados, a acceder a información clara, transmitida en términos sencillos y comprensibles (incluso por escrito), completa y oportuna –por ejemplo, sobre métodos anticonceptivos y/o de cuidado; IVE; embarazo, parto y puerperio; prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/sida; violencia sexual, etc.–, para poder decidir sobre su salud con la mayor autonomía posible y a contar con una red de cuidados que facilite estas decisiones.

Es importante que la atención se realice en un ambiente de confianza, respeto y apoyo, que el espacio físico sea apropiado y permita tener privacidad, y que se respete la debida confidencialidad. Esa última implica que quienes integran el equipo de salud (médica, médico, enfermera, enfermero, psicóloga, psicólogo, etc.) no pueden dar a conocer lo que se habló en la consulta sin autorización de quien consulta (eso se lo llama “secreto profesional”).



Políticas públicas y salud sexual y (no) reproductiva: ¿qué es la interrupción voluntaria del embarazo?

El 30 de diciembre de 2020 se sancionó la Ley Nacional de Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (nº 27610). Este derecho propone un modelo de atención y cuidado de la salud que reconoce la autonomía de las mujeres y personas con capacidad de gestar para decidir sobre sus cuerpos y sus proyectos de vida.

De acuerdo con esta ley, se puede acceder a ese derecho hasta la semana catorce del proceso gestacional inclusive y, para eso, lo único que se debe hacer es expresar la voluntad de interrumpir el embarazo. Luego de esa semana la interrupción solo se realiza por causales (violación o riesgo de vida para la persona gestante).

La ley garantiza los derechos a:

Decidir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios de salud.

Requerir y recibir atención posaborto en los servicios de salud independientemente de las condiciones en las que la persona gestante haya decidido y accedido a la interrupción del embarazo.

Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y métodos anticonceptivos eficaces.

El personal de salud debe garantizar y respetar ciertas condiciones mínimas en la atención del aborto y del posaborto, entre otras, los principios de trato digno, privacidad, confidencialidad, autonomía de la voluntad, y brindar información amplia, adecuada y de calidad.

¿SABÍAS QUÉ...



en el año 2004, la cifra estimada de abortos inducidos en Argentina osciló entre los 486.000 y los 522.000? (Mario y Pantelides, 2009).

La persona que decide interrumpir su embarazo tiene derecho a hacerlo en un espacio de cuidado y contando con información clara y suficiente para poder decidir libremente sobre su cuerpo y su proyecto de vida. Además, se debe garantizar el secreto profesional.

En esta línea, en la provincia de Buenos Aires, el Ministerio de Salud y las referentes de salud sexual de las regiones sanitarias trabajan en forma conjunta para garantizar el acceso al cuidado y a la atención a las personas que quieren interrumpir su embarazo. Entre las principales acciones, se cuentan: construir un sistema de información confiable, identificar las necesidades específicas de cada territorio y realizar capacitaciones en relación con las prácticas y el marco de derechos. A través de las Rondas de Fortalecimiento Regionales se construyó un espacio de comunicación y socialización en base a distintas experiencias de atención que permitió elaborar líneas transversales entre regiones sanitarias y construir un abordaje común para toda la provincia.

El trabajo en red es central para desarrollar e implementar políticas de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva feminista de la salud pública.

Bibliografía

Catterberg, G.; Duré, I.; Bustos, J.M.; Langsam, M.; Salzman, M. (2018): *Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. Aportes para el desarrollo humano en Argentina*, Buenos Aires, Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Duarte, Eva (2018): Discurso en la residencia presidencial de Olivos, 12 de marzo de 1947. Instituto Nacional Juan Domingo Perón de Estudios e Investigaciones Históricas, Sociales y Políticas. Disponible en: <www.jdperon.gov.ar/2018/03/discurso-que-eva-peron-pronuncio-desde-la-residencia-presidencial-de-olivos-el-12-de-marzo-de-1947>.

Fundación Soberanía Sanitaria (comp.) (2019): *Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización*, Buenos Aires, Tinta Limón.

Mario, S. y Pantelides, E. A. (2009): “Estimación de la magnitud del aborto inducido en la Argentina”, en *Notas de población*, Vol. 35, N° 87, CEPAL, enero.

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2020): *Informe de gestión: acceso a la interrupción legal del embarazo en la provincia de Buenos Aires año 2020*, disponible en: <www.ms.gba.gov.ar/sitios/media/files/2021/03/Informe-anual-2020-ILE.pdf>.

— (2021): *Guía de implementación de la interrupción voluntaria del embarazo en la Provincia de Buenos Aires en el marco de la Ley Nacional n° 27610*, disponible en: <ministeriodelasmujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/guiaimplementacionive.pdf>.

Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva (2021): “Línea de tiempo”, disponible en: <www.ossyr.org.ar/linea-de-tiempo.html>.

Propuesta pedagógica

El objetivo de este encuentro es definir la salud y la sexualidad desde una perspectiva integral y feminista, es decir, entendiendo la salud como una producción colectiva y relacional con anclaje en lo local y orientada por las contingencias. También, comprender las sexualidades como un aspecto inherente al ser humano que tiene que ver con cómo generamos colectivamente mejores condiciones de vida, ambientes y entornos protectores donde todas las personas nos sintamos valoradas y reconocidas, con redes de cuidado a las cuales recurrir y de las que nos sintamos parte. A su vez, se propone reconocer los derechos sexuales y (no) reproductivos.

Conceptos centrales



Salud feminista.



Sexualidad desde una perspectiva integral y feminista.



Derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

Dinámica

Introducción



Presentación de los objetivos del taller y de quienes coordinan.

Primer momento



Les proponemos realizar una actividad dinámica, donde se expone una consigna y quienes participan tienen que responder en el menor tiempo posible. Para generar mayor dinamismo, sugerimos que la persona que conteste bien y más rápido obtenga algún beneficio. Se puede hacer la versión oral, que consiste en plantear la pregunta y la primera persona que aplaude contesta, o la versión escrita, que es decir la pregunta, que escriban las respuestas y la que termina primero, aplaude.

Las consignas son:

- 1) Cinco palabras que tengan que ver con la salud.
- 2) Cinco lugares que promuevan la salud.
- 3) Cinco palabras que tengan que ver con la sexualidad.
- 4) Tres lugares donde hayan aprendido sobre sexualidad.
- 5) Tres derechos sexuales y (no) reproductivos.



Quienes coordinan van anotando en un pizarrón o afiche las respuestas que van surgiendo. Después se pregunta: ¿qué palabras aparecen? ¿Hay alguna que crean que no responde a la pregunta? ¿Por qué? A partir del intercambio, se van construyendo las definiciones de salud y de sexualidades.

Para este momento, se puede tomar como referencia los contenidos de los apartados “¿Qué es el enfoque tradicional de la salud?”, “¿Qué es la salud feminista?” y “¿Qué es la sexualidad?”.

Para finalizar, les proponemos mirar el video sobre salud sexual y (no) reproductiva. Luego se vuelve a las definiciones que se armaron para ver si se puede agregar o modificar algo.

Segundo momento

Les proponemos trabajar sobre los derechos sexuales y (no) reproductivos en tres grupos, para que cada uno tome un eje. Para ello, retomamos el apartado “¿Cuáles son esos derechos?” (pág. 6) y el siguiente cuadro:

POLÍTICAS DEL DESEO

Ejercer tu orientación sexual e identidad de género sin sufrir discriminación y/o violencia.

Disfrutar de una vida sexual saludable y placentera sin presiones ni violencia.

POLÍTICAS DE CUIDADO Y PROYECTO DE VIDA

Elegir el método anticonceptivo que más se adapte a nuestras necesidades, criterios y creencias.

Decidir si tener o no hijos, cuándo, cuántos y con quién.
Acceso a la interrupción legal del embarazo según lo establece la Ley 27.610.

ACCESO A LA ATENCIÓN

Derecho a recibir información y atención gratuita e integral sobre tu salud sexual y reproductiva garantizando la intimidad, la confidencialidad, la igualdad y la no discriminación.

Derecho a decidir con información y en forma autónoma qué método anticonceptivo usar y a acceder de forma gratuita al que se elija.

Derecho a acceder a información y orientación claras, completas y oportunas sobre nuestra salud sexual y reproductiva en palabras sencillas y comprensibles.

Derecho a ser atendida/o de forma rápida, con calidad y respeto en una situación posaborto, ya sea que haya sido espontáneo o inducido.

Derecho a acceder gratuitamente al test y tratamiento del VIH/sida y de otras infecciones de transmisión sexual.

Les pedimos que consideren esos derechos mediante una serie de preguntas orientadoras: ¿a qué se refieren? ¿Cuál es la idea principal? ¿Siempre tuvimos esos derechos? ¿Qué derechos sexuales y (no) reproductivos conocían y les resultan cercanos y cuáles no? ¿Cuáles creen que tienen que conocer niños, niñas y adolescentes, mujeres, varones y otras identidades?

Les proponemos que hagan una campaña de derechos. Para eso, tienen que elegir qué comunicarían y cómo.

Por último, hacemos una puesta en común donde cada grupo comenta los derechos con los que trabajó.

Ideas centrales a trabajar en el encuentro

1 La salud es un campo social complejo que no equivale a la práctica médica ni se limita a la ausencia de enfermedad. Es decir, es un ámbito de disputa que se transforma tal como lo hace la sociedad.

2 Desde este enfoque crítico, la salud es un proceso sociohistórico que incluye enfermedades y padecimientos, y los modos sociales de atenderlos, así como la compleja red de cuidados que la sociedad posee. Las salud(es) son procesos relacionales de cuidados que incluyen el modo de gestionarlos.

3 Alcanzar la autonomía de la salud y de los cuerpos supone un proceso colectivo que nos permita adueñarnos de nuestras decisiones reproductivas y no reproductivas. Por eso, desde esta perspectiva, las redes de cuidado están presentes en todo momento y tienen una dimensión política.

4 La adquisición de estos derechos es el producto de luchas y debates políticos; por lo tanto, su cumplimiento también implica decisiones políticas. Para garantizar el derecho a la salud, es imprescindible la participación del Estado.

5 La sexualidad, desde una mirada territorial y feminista, es inherente al ser humano y tiene que ver con cómo generamos colectivamente mejores condiciones de vida, y ambientes y entornos protectores donde todas las personas se sientan valoradas y reconocidas, y cuenten con redes de cuidado a las cuales recurrir y de las que se sientan parte.





MINISTERIO DE LAS MUJERES,
POLÍTICAS DE GÉNERO Y DIVERSIDAD SEXUAL



GOBIERNO DE LA PROVINCIA DE
BUENOS AIRES



La Iniciativa Spotlight es una alianza global de la Unión Europea y las Naciones Unidas para eliminar las violencias de género. En Argentina es implementada con el liderazgo de la Oficina de Coordinación de Naciones Unidas en el país a través de las agencias ONU Mujeres, PNUD, UNFPA, OIT, UNICEF y UNODC.