

Desde Acá.

CIMIENTOS PARA UNA SALUD SITUADA

Revista del Instituto
de Ciencias de la Salud UNAJ.

VOLUMEN 1 | 2023

AUTORIDADES

Universidad Nacional Arturo Jauretche

Av. Calchaquí 6200 (1888) Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina. Tel: +54 11 4275-6100

Rector Arnaldo Medina

Vicerector Miguel Binstock

Instituto de Ciencias de la Salud

Director Martín Silberman

Vicedirectora Claudia Congett

Cuerpo Editorial

Editores responsables Arnaldo Medina y Martín Silberman

Comité editorial

Directora María Cecilia Scaglia

Editores Adjuntos María Pozzio, Diego de Zavalía Dujovne, Agustina Vericat, Cristian Dorati, Marcelo Insaurralde.

Coordinadora editorial del dossier María Pozzio

Comité Asesor Académico

Fernando Vallone, Claudia Congett, Magalí Turkenich, Daniela Alvarez, Teresa Poccioni, Patricio Narodowski, Daniela Testa, Alicia Villalba, Adriana Petinelli, Natalia Deluca, Eduardo Prieto, Mariela Nieves, Eugenia Pollini, Gabriela Lemonnier, Zulma Ortiz, Jonatan Konfino, Mora Castro, Ignacio Fernández, Gabriel Sosa Hidalgo, José de Echave, Carolina Gilardi, Mariano San Martín, Liliam Sierra, Patricia Roussel.

CONTENIDO

- 5** **¿POR QUÉ LA REVISTA?**
Martín Silberman y María Cecilia Scaglia.
- DOSSIER GÉNERO Y SALUD**
- 8** **Incorporando esas “nuevas lentes”:** Presentación del dossier Género y Salud
María Pozzio.
- 16** **“La Dra. Cecilia Grierson” como pionera de la kinesiología argentina**
Eugenia Pollini.
- 24** **Un ensayo sobre Género, Derechos Humanos y testimonios de mujeres**
Agustina Brandi.
- 40** **¿Abordajes integrales, que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género**
Soledad Marcone.
- 62** **Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud**
Luciana Brivido.
- 80** **Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: Propuesta de intervención docente en APS**
Vilda Discacciati.
- 91** **Licenciatura en Obstetricia UNAJ: Por el derecho a parir con respeto, cuidado y amor**
Verónica Rodal y Fernando Vallone.
- 114** **Repensar las Áreas de Recursos Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista**
Andrea Paola Brunengo.
- 127** **“Lili” Romero en las memorias feministas de la salud pública.**
María Teresa Poccioni y Alejandra Wagner.
- 132** **ESPACIO DE RESUMENES AMPLIADOS**
Intervención kinefiláctica para prevenir la disminución de la densidad mineral ósea en mujeres posmenopáusicas
Daniel Zandomeni y Dir. Sebastián Leymarie.
- 134** **Descripción de los conocimientos sobre violencia obstétrica en estudiantes de la licenciatura en enfermería**
Tamara Anabela Gómez y Mariano Ramon Benítez

136 **Violencia obstétrica: percepción de las madres usuarias en un hospital zonal del conurbano bonaerense**

Fernanda Romina Miranda
y Jeremias Marti

138 **Cambios en el comportamiento emocional y social en la vida cotidiana de las mujeres convivientes con parejas adictas**

Coria , Alejandra
y Gerardo Moreyra.

140 **Revisión bibliográfica de la producción en idioma español sobre rol de enfermería y las infancias y adolescencias trans**

Gladys Edith Nartallo
y Pozzio Maria

142 **Prevención de la Violencia de género en el noviazgo adolescente**

Nadia Szeremeta, Elizabeth Soto,
Lorena Hermann, Milena Lencina,
Ivana Saavedra, Alejandra,
Massone y Claudia Congett

ESPACIO DE DIVULGACIÓN

145 **Despertar vocaciones:
Entrevista a la Dra. Silvia Kochen**

Diego de Zavallía Dujovne
y María Cecilia Scaglia

¿POR QUÉ LA REVISTA?

MARTÍN SILBERMAN
MARÍA CECILIA SCAGLIA

El principal desafío del Instituto de Ciencias de la Salud es fundamentalmente pedagógico: formar profesionales de la salud orientados hacia un nuevo paradigma que piensa la salud en términos integrales y complejos y que busca privilegiar el abordaje comunitario por sobre el paradigma tradicional predominante -que es biologicista e individualizador. .

Entendemos la salud como un proceso multidimensional, complejo y situado. Esto quiere decir que sin quedar reducidos al cientificismo biologicista, no perdemos de vista la dimensión biológica y su lugar en los procesos de salud/enfermedad. Reconocemos su carácter integral y multidimensional, por lo que nuestro objetivo es la construcción de un conocimiento que trascienda las fronteras disciplinares, artificialmente construidas. En este sentido, reconocemos el carácter comunitario y colectivo de los saberes que se construyen en el campo de la salud. Todo esto implica una dimensión que aunque redundante, no podemos dejar de mencionar: la salud es un derecho y como derecho, se vincula con la construcción de una sociedad más justa.

Desde nuestro instituto consideramos que además de la enseñanza y aprendizaje de contenidos, habilidades y competencias relacionadas a los problemas de salud, es necesaria la producción académica y científica situada. Producción situada, en este caso, desde el Conurbano sur, una región más conocida por sus carencias y por los prejuicios que por la enorme creatividad y producción que alberga. Por eso hemos elegido el nombre: **DESDE ACÁ significa producción situada, hecha por nosotras y nosotros y comunicada por los medios que podemos construir.**

Esa producción es la que permite elaborar un saber renovado; comunicarla es un paso necesario para poner en discusión nuestra experiencia. Es además, una manera de aportar a la propia experiencia UNAJ, mostrando que la realización de contenidos, materiales y conocimiento científico producido en nuestras aulas es valioso e importante. También es un paso más en el posicionamiento del saber generado fuera de los grandes centros académicos tradicionales, en la periferia de la periferia.

DOSSIER GÉNERO Y SALUD.

INCORPORANDO “NUEVAS LENTES” LA PERSPECTIVA DE GÉNERO (PDG) COMO COMPETENCIA PROFESIONAL EN LA FORMACIÓN DE CARRERAS DE SALUD. PRODUCCIONES DE GÉNERO Y SALUD EN EL ICS.

MARÍA POZZIO

Para este número inaugural de la revista Desde Acá el comité editorial eligió la temática de Género y Salud. Esa elección se debe a muchas cosas, principalmente a que es un tema instalado en la agenda sanitaria; y a la vez, un tema que nuestro instituto viene trabajando desde 2015, año que en la UNAJ se crea el Programa de Estudios de Género y comienza a funcionar el Ciclo Básico de Salud, cuyas docentes e investigadoras, empujamos esta agenda. Y lo hicimos rescatando los linajes de las mujeres en las profesiones sanitarias, a través de una muestra fotográfica que ponía en imágenes esas identidades y corporalidades subordinadas durante tanto tiempo (la muestra puede verse actualmente en el pasillo del edificio ex LVC del ICS); realizando ciclos de formación y divulgación (Curso de Derechos sexuales y reproductivos con el auspicio de la Organización Católica por el derecho a decidir; ciclo de Charlas Género y Partería; etc) con la curricularización en el grado de asignaturas de Género -como Género, Sexualidad y Reproducción en Medicina y Género y Salud en Enfermería y Medicina- y en el posgrado, con la puesta en marcha en 2021 de la Diplomatura Superior en Género y Salud, que contó con una conferencia inaugural de la antropóloga feminista Mari Luz Esteban.

Ahora bien, estas actividades se enmarcan en un esfuerzo que nos antecede, ya que los saberes sobre género y salud tienen una historia. De todas formas, cabe preguntarse ¿Cuándo comienza esta relación? Podemos proponer algunas fechas y decir que comienza formalmente en 1995, con la Conferencia Internacional de la Mujer realizada en Beijing; en los 2000, cuando comienzan a aparecer publicaciones en castellano sobre la temática; o elegir un hito más local, y proponer el año 2004, cuando se crea en Argentina la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto. Como sabemos, poner fechas es difícil, sobre todo considerando que en nuestro país ya desde los orígenes del pensamiento feminista -en Julieta

Incorporando “Nuevas Lentes”
La perspectiva de género (PDG)
como competencia profesional
en la formación de carreras de
salud. Producciones de género y
salud en el ICS.
Pozzio M.

Lanteri, Alfonsina Storni, Alicia Moreau- hubo una preocupación por la salud de las mujeres.

En nuestra Universidad, esta intención de poner a dialogar género y salud también estuvo presente desde el inicio. La creación de la Diplomatura no hizo más que cristalizar un trayecto iniciado entonces y que se abrió a nuevos debates: la diplomatura sería ¿de género o de géneros? ¿salud desde el género? ¿perspectiva de género en salud? Con el grupo inicial de docentes¹ nos decidimos por el “Y”, que implica adición: sumar/poner a dialogar la perspectiva de género -originada en esa categoría constitutiva del poder, como escribió Joan Scott y que pone de relieve la configuración del orden patriarcal jerarquizando unas identidades de género y subordinando otras- con el campo de la salud humana - y con esto referimos a mucho más que “el sistema de salud” o los lugares formales y esperables de los servicios de atención, aludiendo a una noción amplia que da cuenta de los procesos colectivos de salud-enfermedad-atención y cuidados (PSEAyC)-. Por eso, los artículos que conforman este número incluyen temáticas “clásicas” como salud sexual, reproductiva y no reproductiva y las violencias pero también otros temas que amplían la mirada ya que entendemos que la perspectiva de género y salud debe poder tematizar también la división sexual del trabajo, la dimensión ambiental, la producción de datos y tecnologías, la corporalidad en sentido histórico y estructural, el trabajo en el campo sanitario, la comunicación, etc.

El género como competencia profesional

A grandes rasgos, el diálogo de género y salud puede entenderse como parte de un paradigma social y de derechos dentro del campo de la salud; una mirada que pone el foco en la determinación social de los PSE-AyC, a partir de un denominador común: luchar contra las explicaciones reduccionistas -tanto de las identidades de las personas y grupos como de sus padecimientos. Género y salud son entendidas como unas lentes que cambian nuestra mirada.

Incorporando “Nuevas Lentes”
La perspectiva de género (PDG)
como competencia profesional
en la formación de carreras de
salud. Producciones de género y
salud en el ICS.
Pozzio M.

1. Coordinado por María Pozzio, el equipo también estaba integrado por Teresa Poccioni, Ianina Lois y Liliana Romero -esta última, que falleció este 2023, y a quien le dedicamos este número, véase “Lili Romero en las memorias feministas de la salud pública”

Como sabemos, gran parte de la propuesta de formación -de grado y posgrado- del ICS es profesionalista: forma profesionales para el trabajo sanitario. Es por ello que planteamos la perspectiva de género (PDG) -es decir, esas lentes que cambian nuestra mirada - como una competencia profesional² necesaria en la formación de quienes vayan a desempeñarse en el sector salud.. Esto es, algo que cualquier profesional (desde un planificador/a de la economía sanitaria hasta un promotor/a de un centro de salud, un/a odontólogo/a, bioquímico/a, trabajador/a social, psicólogo/a, enfermero/a o quien sea que trabaje en relación a la salud humana y el sistema de salud) debe tener un grado mínimo de incorporación de estos conocimientos. Referirnos a incorporación supone algo más que “saber” ó “conocer”: incorporar viene de hacer cuerpo, de llevar ya “puestas” estas lentes, que obviamente, permiten ver cosas que antes no se veían y ver distinto lo que miramos tantas veces y no problematizamos. ¿Alguien cree posible ser atendido por un profesional que no sepa tomar la presión o poner una vía? ¿O por un administrativo que no sepa leer? No. Hay competencias indispensables para el mundo social -las que adquirimos en la socialización- y competencias indispensables de los mundos del trabajo. Hemos aprendido a manejar los teléfonos inteligentes y un montón de nuevas tecnologías: podemos y debemos seguir aprendiendo y adquiriendo nuevas habilidades. En este sentido, la perspectiva de género es un compromiso pero también una habilidad que demanda el mundo actual, que cualquier profesional de la salud debe conocer y “manejar”: quien garantiza derechos con su labor no puede desconocer que vivimos un orden social en el cual las diferencias de las personas producen desigualdades, y que por lo tanto, esas desigualdades deben intentar repararse -o al menos, no reproducirse o multiplicarse-.

Incorporando “Nuevas Lentes”
La perspectiva de género (PDG)
como competencia profesional
en la formación de carreras de
salud. Producciones de género y
salud en el ICS.
Pozzio M.

2. Implica enseñar a ser “competente” esto “denota que el alumno practica y desarrolla diferentes capacidades y aptitudes, con el objetivo de dar respuesta a una situación problemática determinada. La asunción de una competencia se evidencia en la exploración, el conocimiento, la comprensión, la aplicación, el análisis, la síntesis y la evaluación de la gestión del proyecto o la actividad académica que el estudiante trabaja, individual o colectivamente, en cada asignatura, materia o titulación” R. Boix R, Bursat S. Hacia un nuevo paradigma en la enseñanza superior. In: Alsina J, coordinador. Cuadernos de docencia universitaria 18. Evaluación por competencias en la universidad: las competencias transversales. Barcelona: Evaluación por competencias en la universidad: las competencias transversales: Editorial octaedro; 2011. p. 15.

Asumir la perspectiva de género como una competencia profesional implica entender su ausencia como un riesgo. Porque una persona que trabaja en el campo de la salud y desconoce y no “mira” con esta perspectiva, puede vulnerar derechos, reproducir y aún más, multiplicar las desigualdades -que sabemos enferman y matan. Esto devela lo necesaria que es la adquisición de esta perspectiva: su ausencia aumenta los riesgos de enfermar y morir. El enfoque de riesgos, tan caro al conocimiento sanitario actual, plantea la presencia de un riesgo como una asociación probabilística de variables, con un fundamento teórico que sostiene la asociación: por ejemplo, fumar aumenta la probabilidad de contraer una enfermedad respiratoria. Lo dicen las estadísticas: hay más personas con enfermedades respiratorias que fuman o han fumado que las que no lo han hecho en su vida. Esa asociación no es caprichosa, está fundamentada en estudios que muestran y explican el modo en que fumar ayuda al desarrollo de enfermedades respiratorias. Lo mismo sucede con la ausencia de perspectiva de género como riesgo. Tenemos las teorías que fundamentan el modo en que no tener dicha perspectiva aumenta las probabilidades de que una persona se enferme, no reciba la atención adecuada, sea expulsada de los servicios de salud y su problemática sea invisibilizada. Y si es cierto que tenemos algunos datos, también es cierto que vamos en camino de construir más: en términos singulares, de casos fundamentados, que “visibilizan” y “problematizan”; pero también, en términos de estadísticas, de una epidemiología social y crítica, sensible al género y la interseccionalidad. Ese espíritu es el que este número inaugural de la Revista Desde Acá pone en valor.

Los trabajos publicados en este número

Los artículos y resúmenes que publicamos en este primer número, fueron elegidos porque representan articulaciones originales de la perspectiva de género y salud, mostrando la versatilidad que estas nuevas lentes imprimen a un campo amplio, complejo y en permanente campo y expansión, como es el campo de la salud humana y los actores que lo constituyen. Hay trabajos de grado y de posgrado de las distintas carreras del ICS, ya que se trata de una perspectiva transversal, que puede introducirse en distintos campos disciplinares y áreas de formación.

Incorporando “Nuevas Lentes”
La perspectiva de género (PDG)
como competencia profesional
en la formación de carreras de
salud. Producciones de género y
salud en el ICS.
Pozzio M.

En el caso de los 5 trabajos finales de la Diplomatura de Género y Salud, fueron elegidos pues permiten poner de relieve los siguientes 3 aspectos: 1- que la perspectiva de género incluye siempre una crítica feminista a los conocimientos instituidos; 2- que implica una visibilización y puesta en agenda de temas y problemas históricamente invisibilizados; 3- que la perspectiva de género no es un tema de las mujeres -o un conjunto de temas puntuales- sino el imperativo de llevar esa mirada a todos los temas por lo que implica sí o sí una apuesta a su transversalización.

Respecto al primer aspecto, es conocido el lugar central que la ciencia occidental, -especialmente la biomedicina- ha tenido en el control, normalización y patologización de las mujeres y los cuerpos e identidades disidentes. Los conocimientos del campo de la salud, desde la forma en que miramos las células hasta el modo en que planificamos una sala de parto, deben ser revisadas. En este gran programa de revisión, podemos situar el artículo de Eugenia Pollini que, revisando el canon de los “padres” de la kinesiólogía, se encuentra con el aporte fundamental de Cecilia Grierson a la disciplina. Grierson, además de ser la primera mujer médica del país, fue un personaje central en la construcción de saberes e instituciones en el naciente campo sanitario argentino de inicios del siglo XX. Ese espíritu crítico y de revisión lo podemos ver también en el artículo de Andrea Brunengo, quien plantea la necesidad de revisar la noción misma de “recurso” -presente en la idea de Recursos Humanos- pues conlleva una objetivación que el feminismo viene denunciando desde sus orígenes. También hay cierta ambición de revisión en el artículo de Vilda Disciaciatti, cuando remarca que los contenidos sobre sexualidad y reproducción en medicina suelen ser encuadrados bajo la etiqueta de “Salud de la Mujer” y ella prefiere nominarlos de otro modo porque acaso ¿la reproducción sólo atañe a “la mujer”?

En relación al segundo aspecto, sabemos la importancia de nombrar para hacer visible lo invisible ó cambiar los nombres de las cosas como una forma de des-naturalizar. En la ardua tarea de hacer-ver problemáticas, padecimientos, saberes, experiencias- el artículo de Agustina Brandi nos muestra el modo en que dar testimonio en los juicios por delitos de lesa humanidad en la dictadura es una forma de sanar y de poner en palabras. Esto, que las disciplinas “psi” tanto trabajan, se enlaza con el feminismo en tanto dispositivo conceptual que permite ponerle

Incorporando “Nuevas Lentes”
La perspectiva de género (PDG)
como competencia profesional
en la formación de carreras de
salud. Producciones de género y
salud en el ICS.
Pozzio M.

nombre a ciertas cosas y así, entenderlas. Las torturas y vejaciones vividas por las mujeres parturientas que estaban detenidas desaparecidas, en centros clandestinos de detención, son operaciones que muestran el poder de la perspectiva de género también en el campo de la salud. El poder de la palabra en la sanación y la cura, en la identidad y en la historia, disuelven las divisiones tajantes cuerpo-mente, naturaleza-cultura y permiten comenzar a pensar en que no existe algo llamado salud mental sino un todo llamado salud.

Por último, los cinco trabajos plantean, en el mismo espíritu que las capacitaciones de la Ley Micaela, lo importante de sensibilizar, conocer y transversalizar la perspectiva de género. No se trata de opiniones, no se trata de modas ni de ideologías: el feminismo es un constructo conceptual, ético y político, que es necesario dar a conocer, acompañar, diseminar e incorporar en todas las áreas de la vida en común y en todos los espacios de lo que llamamos salud: en las múltiples formas de atención, en los servicios del sistema de salud, en los procesos-salud-enfermedad-atención cuidados, en la producción de conocimiento, en los trabajos, disciplinas y profesiones sanitarias, en la industria, en el mercado, en la casa, en la vida.

En esa línea de transversalización, publicamos el artículo de Luciana Brivido, que la autora realizó como trabajo final de la Diplomatura de posgrado de Redes en Salud. Allí, la autora narra en forma reflexiva, las distintas instancias de conformación de la Conserjería de derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos en el hospital de la localidad platense de Gonnet. Brivido destaca las estrategias de articulación que se desarrollaron para hacer posible la conserjería, la detección de obstáculos y las maneras de sortearlos, haciendo posible entender cómo los cambios -en este caso, en los servicios de salud- se hacen colectivamente.

Si como dijimos, la crítica feminista se ha encargado de develar el modo en que la ciencia occidental ha sido uno de los dispositivos encargados de los procesos de normalización, subordinación femenina y patologización de las diferencias, en la entrevista que Mariche Scaglia y Diego de Zavalía le realizaron a Silvia Kochen, se muestra el rostro que ese androcentrismo tomó específicamente en las neurociencias. Kochen, una de las creadoras de la Red Argentina de Género en Ciencia y Tecno-

Incorporando "Nuevas Lentes"
La perspectiva de género (PDG)
como competencia profesional
en la formación de carreras de
salud. Producciones de género y
salud en el ICS.
Pozzio M.

logía (RGACyT) se explaya sobre lo que es el “neurosexismo” y plantea el modo en que las Jornadas “Cerebro y Mujer” han buscado denunciar ese neurosexismo, a partir de la divulgación de trabajos destacados de mujeres científicas.

Si hablamos de control y patologización del cuerpo de las mujeres, qué mejor ejemplo que el dispositivo gineco-obstétrico, que en su manifestación más ubicua -la violencia obstétrica- nos recuerda una y otra vez cómo considerar los procesos vitales como una enfermedad ha sido uno de los modos en que la biomedicina quitó protagonismo a las personas gestantes en procesos como el embarazo, el parto, el puerperio. En el artículo “Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor”, Verónica Rodal y Fernando Vallone, narran el proceso de creación de esta nueva carrera en nuestra Universidad. Así, el proyecto académico de esta licenciatura es propuesto en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas, pero también, de la demanda sanitaria de la región, que no sólo requiere más profesionales, sino que éstos estén formados en una perspectiva de género que pueda garantizar derechos.

Tesinas y Trabajos Finales

La producción en género y salud no es exclusiva de docentes-investigadores sino también, de estudiantes y graduadas y graduados recientes. En el caso de algunas carreras, como Enfermería y Kinesiología, publicamos resúmenes ampliados de tesinas que han abordado de manera más o menos directa, problemáticas sanitarias desde la perspectiva de género y salud. El resumen de la tesina de Daniel Zandomeni (Kinesiología) permite poner en agenda las problemáticas de las personas post-menopáusicas y las formas de abordar la promoción de la salud en relación a la actividad física. Por su parte, son varias las tesinas de Enfermería que han comenzado a tematizar el vínculo entre género y salud. Publicamos en este número el resumen de la tesina de Gladys Nartallo que muestra la vacancia en los abordajes sobre infancias trans en Enfermería, sobre todo en la producción académica en castellano y en América Latina; el de Tamara Anabella Gómez, que indaga sobre los conocimientos que les estudiantes de Enfermería tienen acerca de la Vio-

Incorporando “Nuevas Lentes”
La perspectiva de género (PDG)
como competencia profesional
en la formación de carreras de
salud. Producciones de género y
salud en el ICS.
Pozzio M.

lencia Obstétrica; el de Fernanda Romina Miranda, sobre la percepción que del mismo fenómeno tienen las usuarias de un Hospital zonal; el de Alejandra Coria, que trabajó sobre los cambios en el comportamiento de las mujeres que conviven con una persona adicta. También incluimos un resumen del trabajo final que Nadia Szeremeta, Elizabeth Soto, Lorena Hernán, Milena Lencina e Ivana Saavedra hicieron en el marco de la tecnicatura en Emergencia, pues aborda una cuestión central como es la Prevención de violencia de género en el noviazgo adolescentes.

Para cerrar y abrir

En La importancia de Leer, Paulo Freire se remonta a su propia experiencia de la infancia, a sus primeros acercamientos a la lectura y luego, sus primeras vivencias como alfabetizador. Entre recuerdos y reflexión, plantea que los textos que se escriben para ser leídos deben ofrecerse a una lectura inquieta; que en el caso de los primeros aprendizajes -y me atrevo aquí a sumar humildemente algo a sus ideas, primeros aprendizajes sobre distintas lecturas del mundo- no se trata de memorizar sino de aprehender la significación profunda de lo dicho, de lo escrito, de lo leído. Aquí, en la sombra proyectada del maestro de la educación popular, se trata de lo mismo. No de repetir o memorizar lo que entendemos se plantea hoy como correcto; no de repetir o memorizar una expresión, un giro, una nueva forma del lenguaje; no de repetir o memorizar que el género es una competencia o un paradigma o lo que sea... Se trata de aprehender, de incorporar, de apropiarse y valorar en su significación profunda, estos nuevos saberes que la perspectiva de género viene a ofrecernos. Porque lo hace para que actuemos -como estudiantes, como docentes, como profesionales- y esa acción se ajuste a derecho, pero también, y sobre todo, para hacernos más iguales en la diversidad y con ello, más libres. Queda hecha entonces la invitación a esa lectura.

Incorporando “Nuevas Lentes”
La perspectiva de género (PDG)
como competencia profesional
en la formación de carreras de
salud. Producciones de género y
salud en el ICS.
Pozzio M.

“LA DOCTORA CECILIA GRIERSON” COMO PIONERA DE LA KINESIOLOGÍA ARGENTINA

“DOCTOR CECILIA GRIERSON” AS A PIONEER OF ARGENTINE KINESIOLOGY

“DOUTOR CECILIA GRIERSON” COMO PIONEIRA DA CINESIOLOGIA ARGENTINA

LIC. EUGENIA POLLINI ¹

Contacto

Eugenia Pollini. **Email:** centrodeterapiasglobales@gmail.com

FILIACIONES:

1. Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche.

Citar como: Pollini E. “La doctora Cecilia Grierson” como pionera de la kinesiología argentina. Desde Acá. 2023; 1: p. 16-23.

Resumen

El objetivo de este trabajo es presentar a la Doctora Cecilia Grierson como pionera de la Kinesiología en Argentina. Quienes nos dedicamos a la Kinesiología tenemos como referente de nuestra profesión al Doctor Octavio Fernandez. Sin embargo, poco conocemos sobre la obra de la Dra. Grierson, primera mujer médica de Argentina y Sudamérica. Con la intención de mostrar su legado y a partir del libro Masaje Practico y sus ejercicios de complementarios de 1897, en este artículo se pone de relieve su aporte.

Palabras clave: kinesiología, Grierson, Argentina

Abstract

The objective of this work is to present Dr. Cecilia Grierson as a pioneer of Kinesiology in Argentina. Those of us who dedicate ourselves to Kinesiology have Dr. Octavio Fernandez as a reference in our profession. However, we know little about the work

“La doctora Cecilia Grierson”
Como pionera de la Kinesiología
Argentina.

Pollini E

of Dr. Grierson, the first female doctor in Argentina and South America. With the intention of showcasing her legacy and based on the book "Masaje Practico y sus ejercicios complementarios" from 1897, this article highlights her contribution.

Keywords: Kinesiology, Grierson, Argentina

Resumo

O objetivo deste trabalho é apresentar a Dra. Cecilia Grierson como pioneira da Cinesiologia na Argentina. Aqueles de nós que se dedicam à Cinesiologia têm o Dr. Octavio Fernandez como referência em nossa profissão. No entanto, sabemos pouco sobre o trabalho da Dra. Grierson, a primeira médica mulher na Argentina e na América do Sul. Com a intenção de destacar seu legado e com base no livro "Masaje Practico y sus ejercicios complementarios" de 1897, este artigo enfatiza sua contribuição.

Palavras-chave: Cinesiologia, Grierson, Argentina

“LA DOCTORA CECILIA GRIERSON”¹ COMO PIONERA DE LA KINESIOLOGÍA ARGENTINA

EUGENIA POLLINI

Introducción: Revisando los orígenes

En la Kinesiología en Argentina nos formaron con la afirmación de que el Doctor Octavio Fernandez fue el padre de la Kinesiología^{1,2}. Sin embargo, poco sabemos de la Doctora Cecilia Grierson, quien fue la primera mujer médica de Argentina y Sudamérica y también, como me propongo demostrar aquí, pionera de la Kinesiología en nuestro país. Hace un tiempo, gracias a los familiares de Grierson pude tener conmigo un ejemplar del famoso libro "Masaje práctico y sus ejercicios complementarios. Leer este ejemplar, donde se veían las bases de las asignaturas que

¹“La doctora Cecilia Grierson”
Como pionera de la Kinesiología
Argentina.

Pollini E

1. El entrecomillado alude al modo en que sus herederos y familiares hacen referencia a Grierson.

estudié un siglo después, fue una experiencia muy movilizante. La Dra. Cecilia Grierson, motivada por la falta de literatura al respecto en idioma español, lo escribió en 1897. El libro suele ser mencionado como una de las obras más importantes de Grierson, pero no es un material accesible. Deslumbrada por su lectura y sobre todo porque, aunque fue escrito a finales del siglo XIX, puede ser pensado como un libro con perspectiva de género. Allí, Grierson comenzó a describir el rol de los/as profesionales de la kinesiología, fundamentalmente sus saberes, habilidades y competencias, destacando especialmente la idoneidad y la ética profesional. Además, sorprende descubrir que, a finales del siglo XIX, se ocupó de los/as más necesitados/as. Con su capacidad de trabajo, altruismo y generosidad publicó un libro en español, dando con ello respuesta a una necesidad³: en aquel entonces había cantidad de literatura en inglés, francés, sueco o alemán; pero, su espíritu pedagógico, de gran maestra la motivó a escribir en su idioma para que los/as estudiantes del curso del Curso Superior de Masaje, de la Escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas tuvieran acceso a esa bibliografía.

Pero, repasemos ¿Quién fue Cecilia Grierson y qué sabemos de ella? La estampa de la Doctora Grierson, denota una mujer brillante, activa y dinámica para su época. Era generosa y altruista, sin más aspiraciones que el bien común y una sociedad sana. Socialista, fundadora del Consejo Nacional de Mujeres, Miembro del Consejo Nacional de Educación desempeñaba roles en gestión y en lo asistencial. Su cometido más apreciado era la enseñanza y la vocación de servicio estaba puesta en la educación. Según sus palabras había nacido maestra. Así relatan sus familiares la pasión con que desempeñaba su rol docente:

“Fue una mujer muy segura de sí misma, con una fuerte personalidad. Fue su decisión no dejar descendencia”(Gentileza Fundación Dra. Cecilia Grierson para la investigación clínica)

Desarrollaba su profesión con excelencia, aunque su misión era educar. Es por eso que vio la necesidad de crear la primera escuela de Enfermeros, Enfermeras y Masajistas en el Círculo Médico de Buenos Aires en 1885, surgiendo así la primera institución

“La doctora Cecilia Grierson”
Como pionera de la Kinesiología
Argentina.

Pollini E

de este tipo, tanto a nivel local como en América Latina. Esta escuela estaba inspirada en el modelo inglés pero adaptado a la idiosincrasia nacional del modelo de Florence Nightingale (1820-1910). Con un plan de estudios formal, donde se estableció el uso de uniforme para las enfermeras y posteriormente adoptado por la mayoría de los países latinoamericanos. Grierson propuso un modelo laico y mixto de educación ⁴. Su deseo era ver, en su país, realizarse cuanto antes en la mejora de este gremio. ⁵

Sobre “Los masajes...”: la obra de Grierson en relación a la kinesiología

El libro fue pensado como de ayuda y consulta para los/as estudiantes del Curso Superior, médicos/as y para la sociedad en general, utilizando un lenguaje sencillo y accesible. En este ejemplar, no sólo se describieron los beneficios del masaje, sino también los atributos de los ejercicios activos que se los reconoce como complementarios. Es decir, la terapéutica propicia para conservar y mejorar la salud.

Sus familiares (Fundación Cecilia Grierson para la Investigación Clínica) destacan especialmente su fervor por la higiene, tan necesaria en la aplicación del masaje; también la elogiaban por la necesidad de inculcar los métodos asépticos y antisépticos. Afirmaban que su vida se basaba en su lema “Res non Verba”, por lo tanto no existía ningún tipo de conflicto de interés en las acciones que realizaba.

Con el libro “Masaje práctico y ejercicios complementarios” realizó notables aportes al trabajo de aquel momento para “*masajistas profesionales*”. Colocó al paciente en primer lugar y lo destacó como protagonista del tratamiento. Mencionó a los médicos como “*masajistas profesionales*” puesto que consideraba que hacían estudios especiales para adquirir este arte, necesitando el mismo de ciencia y habilidad ⁵. Valoró y subrayó el beneficio y el mérito de la mano como herramienta terapéutica, ponderando a la terapia manual. Asimismo, remarcó las bases científicas del masaje. Por todo esto podemos decir que fue la prim-

“La doctora Cecilia Grierson”
Como pionera de la Kinesiología
Argentina.

Pollini E

era que, en idioma español, planteó los términos y condiciones para realizar el trabajo manual, los ejercicios activos y las competencias que debe tener un terapeuta que desarrolle este rol, proponiendo que todo el trabajo se realizará bajo la tutela y supervisión del médico/a. Seguramente aquí encuadró el terreno inintencionadamente a una profesión que aún se ejerce bajo derivación.

Cecilia Grierson elogió la filosofía de *“Mens sana in Corpore sano”* (mente sana en cuerpo sano) proponiendo la actividad física accesible, sin grandes aparatos o máquinas. Describió, además, la fisiología del ejercicio, también por primera vez en idioma español. Se refirió a la medicina del trabajo; se preocupó por la prevención en general, los riesgos laborales, incluso la ergonomía, puesto que la menciona, en los diferentes oficios y en los grupos musculares que trabajan predominantemente, así como las patologías que podrían manifestarse en diversos trabajadores, como por ejemplo obreros, músicos/as, etc.

A su vez, destacó el beneficio del ejercicio y del masaje en lo que entonces se denominaban “patologías mentales”. Lo recomendó para mejorar el tránsito gastrointestinal y enalteció a quienes realizan el trabajo profesional formándose, así cómo rechazó a quienes lo ejercitan sin tener las credenciales para realizarlo. Agregó que el masaje, el movimiento activo y pasivo, facilitan el tratamiento de cada patología. En su obra, subrayó la necesidad de realizar actividad física, destacando la belleza como signo de salud y vitalidad. Introdujo además, el concepto de “conciencia corporal”, cuando describe la necesidad, por ejemplo, de hacer el ejercicio *“con lentitud, moderación, respetando la fatiga y suavidad”*. Ponderó el estudio y la investigación como única herramienta de crecimiento individual y colectivo. Evidentemente, Grierson aspiraba a que la futura kinesiología argentina se destacara.

Procuró que todas las personas interesadas tuvieran acceso al material de estudio en español; lo que permitió acercar a las y los lectores a los beneficios de la elongación, los ejercicios respiratorios y la calistenia (concepto que aún hoy tiene absoluta vigencia) ⁵.

“La doctora Cecilia Grierson”
Como pionera de la Kinesiología
Argentina.

Pollini E

Con la lectura atenta del Manual queda claro que no dejó ningún aspecto del tratamiento librado al azar; que tuvo en cuenta también el aspecto emocional tanto de los/as profesionales como de los/as pacientes. Grierson destacó que el masaje era en esos días “un arte fundado sobre una base científica pero necesitando educación y moralidad a toda prueba”⁵.

Cabe destacar también la lucha de Grierson contra quienes se hacían pasar por “*masajistas*” y no tenían las credenciales para poder ejercer la profesión -lucha continúa al día de hoy en el seno de la profesión kinesiológica-. La doctora insistía con la importancia del rol profesional y que quienes asumieron tuvieran una moralidad a toda prueba; también se preocupó por destacar la fuerza de las manos como herramientas en los tratamientos de patologías de origen visceral como músculo-esquelético.

Conclusión

Fue el maravilloso ejemplar de Masaje Práctico con los ejercicios activos complementarios de 1897, el que permitió abrir las puertas a la que luego sería la Kinesiología en nuestro país. Sobre estas bases, se fundaron las de la Carrera y las de prácticamente todas sus asignaturas. De allí que sostengamos que esta obra, hecha en español, da origen a lo que luego fue la carrera de Licenciatura en Kinesiología y Fisiatría en nuestro país. Fue ella quien en español describió a la kinesiterapia, la fisioterapia y la kinefilaxia a nivel osteo muscular, neurológico y visceral. Por lo tanto, podemos decir que

no es una obra solo de “*masajes*”. Es un ejemplar que profundiza en la terapéutica del movimiento activo, pasivo y consciente además de valorar a la terapia manual. El uso de la mano como herramienta terapéutica da cuenta de la necesidad de trabajar de manera individual y consciente, con el paciente como protagonista del tratamiento. Si bien este tratamiento lo indicaba un médico/a, Cecilia Grierson, conociendo los diagnósticos describe el camino hacia la cura y rehabilitación de las patologías que allí menciona.

“La doctora Cecilia Grierson”
Como pionera de la Kinesiología
Argentina.

Lic. Eugenia Pollini

Fue clave en aquella época un libro que además habilitó espacios de estudio y consulta, impregnados de sus ganas de enseñar y aportar todo el conocimiento obtenido. Un libro que destacó la ética y la idoneidad profesional, habilitó el posterior ejercicio de la profesión y sobre todo, colocó al paciente en primer lugar, como protagonista del tratamiento individual. Gracias a este libro podemos dar cuenta de más de cien años de kinesiología en nuestro país.

El 13 de abril es el día de la kinesiología, la fecha es en honor al momento en el que el Dr. Octavio Fernandez funda la escuela de kinesiología de la Universidad de Buenos Aires, pero sería la Dra. Cecilia Grierson la pionera, quien comenzó a finales del siglo XIX. No es casual su invisibilización: una vez más, una mujer, en este caso la primera médica de Argentina y Sudamérica, queda invisibilizada y opacada su trayectoria a manos de hombres que no han llegado a tener la trayectoria y calidad académica de Grierson.

En la actualidad, en las carreras de Kinesiología, donde la proporción entre mujeres y varones (tanto a nivel mundial como regional es 6 a 10) sobran méritos para destacarla

Elegimos reconocerla como pionera y no como “madre de la kinesiología”, pues Grierson decidió no serlo. No sería justo, en pos de satisfacer miradas más conservadoras, adjudicarle la profesión como si fuera un/a hijo/a, cuando su deseo deliberado fue otro: fue abrir camino y contribuir con su estudio y trabajo a sentar las bases de un nuevo espacio profesional, en un contexto socio cultural donde las mujeres tenían impedido el acceso, sufriendo los desplantes de una profesión ejercida exclusivamente por varones.

“La doctora Cecilia Grierson”
Como pionera de la Kinesiología
Argentina.

Lic. Eugenia Pollini

Bibliografía

Gentileza Fundación Dra. Cecilia Grierson para la investigación clínica

Gentileza Prof. Lic. Eduardo Lazzari

1. Cammarota A, Testa D. Esenciales en debate. Las ciencias de la salud en clave histórica. Profesionalización, Estado, actores e intervenciones. 1a ed. Buenos Aires: Imago Mundi, 2021.

2. Feldmann, A. Historia de la Kinesiología Argentina. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Medicina. Departamento de humanidades médicas. Disponible en: <https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-hurlingham/historia-de-la-kinesiologia-y-fisiat-ria/a-feldman-historia-kinesiologia-argentina/8655338>

3. Veronelli JC, Veronelli Correch M. Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina (Vol. I). 1ª. ed., Buenos Aires OPS/OMS, 2004. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3476>

4. Grierson C. Biblioteca de la Academia Nacional de Medicina. Disponible en: <http://www.biblioteca.anm.edu.ar/grierson.htm>

5. Grierson, C. "Masaje práctico: con los ejercicios activos complementarios y un atlas de anatomía descriptiva y topográfica : para enfermeras y masagistas". Buenos Aires: Peuser, 1897. Disponible en: <https://collections.nlm.nih.gov/catalog/nlm:nlmuid-63960360R-bk>

UN ENSAYO SOBRE GÉNERO, DERECHOS HUMANOS Y TESTIMONIOS DE MUJERES

AN ESSAY ON GENDER, HUMAN RIGHTS AND WOMEN'S STORIES

UM ENSAIO SOBRE GÊNERO, DIREITOS HUMANOS E TESTEMUNHOS DE MULHERES

AGUSTINA BRANDI¹

Contacto

Agustina Brandi - **Email:** agusbrandi@gmail.com

FILIACIONES

1. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba

Citar como: Brandi A. Un ensayo sobre Género, Derechos Humanos y testimonios de mujeres. Desde Acá. 2023; 1: p. 24-39.

Resumen

El presente ensayo intentará abordar la perspectiva de género y diversidad como un eje articulador de los Derechos Humanos. Se expone a la PGD como una mirada imprescindible para repensar prácticas cotidianas y sedimentadas en la sociedad, así como la incidencia en la preservación de la memoria, la verdad y la justicia. Se recupera la importancia del testimonio de mujeres y también la relación con las políticas reparatorias, específicamente las que tuvieron lugar en la Argentina cuando el estado impulsó la investigación y los juicios por delitos de lesa humanidad.

Palabras Clave: Derechos humanos, género, delitos sexuales, lesa humanidad

Abstract

The present essay will attempt to address the perspective of gender and diversity as a central axis of Human Rights. It pre-

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.

Brandi A

sents Gender and Diversity Perspective (GDP) as an essential viewpoint for rethinking everyday practices deeply ingrained in society, as well as its impact on the preservation of memory, truth, and justice. It emphasizes the importance of women's testimonies and their connection to reparative policies, specifically those that took place in Argentina when the state promoted the investigation and trials for crimes against humanity.

Keywords: Human Rights, Gender, Sexual Offenses, Crimes against Humanity

Resumo

Este ensaio busca abordar a perspectiva de gênero e diversidade como eixo central dos Direitos Humanos. Apresenta a perspectiva de Gênero e Diversidade (PGD) como uma visão essencial para repensar práticas cotidianas sedimentadas na sociedade, bem como seu impacto na preservação da memória, verdade e justiça. Destaca a importância dos testemunhos das mulheres e sua relação com políticas reparadoras, especificamente aquelas implementadas na Argentina quando o Estado impulsionou investigações e julgamentos de crimes contra a humanidade.

Palavras-chave: Direitos humanos, gênero, crimes sexuais, crimes contra a humanidade

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.

Brandi A

UN ENSAYO SOBRE GÉNERO, DERECHOS HUMANOS Y TESTIMONIOS DE MUJERES

AGUSTINA BRANDI

Introducción

Si algo jamás es inocente es la escritura, en ella y a través de ella se perfila el mundo que deseamos habitar.
Ricardo Forster

El presente texto se presenta con el objetivo de anudar, aproximar y repensar algunas conceptualizaciones y problemáticas abordadas en el marco de la Diplomatura de Género y Salud de la Universidad Nacional Arturo Jauretche. Como punto de partida, querríamos destacar que hay una primera elección que atañe a la forma en la que se presenta el texto. Precisamente por el tema que se abordará escogemos un ensayo, por tratarse este último de una escritura que se vincula a un acto literario, creativo, pero también a una política o a “un modo de querer decir lo que uno tiene necesidad de decir”; una elección marcada por tres aspectos, tal como lo examina Ricardo Forster en la Conferencia ¿Qué es un ensayo?, valiéndose, a su vez, de El ensayo como forma de Theodor Adorno.

Lo que extraemos en primer lugar es que dentro de los claustros universitarios, históricamente, el ensayo nunca ocupó un lugar destacado y reconocido. Criticado por la tradición positivista, el género ensayístico fue “confinado a la periferia de los saberes serios”¹. Y quizás sea solo desde este lugar que podamos involucrarnos con la escritura que pretendemos articular.

En segundo lugar, motiva nuestra elección el hecho de que la escritura ensayística es provisional, en palabras de Forster:

El ensayo siempre tiene una dimensión opaca y equívoca que le permite atravesar mundos conceptuales muchas veces opuestos, extrayendo de esa experiencia del umbral su componente más interesante y vital, su razón de ser.¹

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.
Brandi A

Y, por último, el hecho de que el ensayo surge de las fisuras del discurso oficial siendo su brújula la sensibilidad por las “pequeñas historias”, donde susurran otras voces. Este rasgo es inherente al tema que queremos bordear en esta escritura. El ensayo propuesto versará sobre cómo la perspectiva de género no solo es solidaria a la lucha por los Derechos Humanos, sino que es una mirada que se torna necesaria e imprescindible para la defensa de éstos. Trabajaremos con lo que a priori pueden parecer tres piezas sueltas, pero que anudadas se resignifican o quizás se interrogan de otra manera una vez que las analizamos apoyándonos en el género como perspectiva articuladora.

La primera consideración surge de la propuesta de comprensión del ámbito de trabajo desde la Perspectiva de Género (PDG). Lo que da inicio es un hecho tan cotidiano como lo es el ingreso a la institución laboral; pero también es el puntapié para repensar en las marcas de la institución y de qué manera, actualmente, las mujeres habitamos dicho lugar. Quizás se pueda leer esta primera consideración bajo la pregunta sobre ¿Qué relación se puede tender entre los lugares que ocupan actualmente las mujeres en una institución y que se hace, en la misma, con la memoria y con las historias que atravesaron allí las mujeres y que escribieron uno de los capítulos más oscuros de la historia de nuestro país?

En segunda instancia, pero en relación con el tema anterior, recuperamos algunos datos que reflejan cómo las mujeres padecieron torturas específicas en la última dictadura cívico militar argentina y el difícil avatar de testimoniar de ello. Por último y en tercer lugar, a partir de los testimonios de mujeres en la megacausa La Perla -Campo de la Ribera, subrayamos las consecuencias y la importancia de que las mujeres alcemos la voz y escribamos la propia historia.

El desarrollo imprescindible que subyace en el trabajo es la pregunta que propone Marta Lamas en La perspectiva de género sobre ¿por qué es importante esta perspectiva?² Una pregunta apropiada, actual y que conduce al esfuerzo de leer e interpretar situaciones, previamente conocidas, pero ya desde una mirada que le otorga otra especificidad y una nueva resignificación. Aunque queden interrogantes abiertos y análisis sin abarcar, se tratará de apostar a interrogantes críticos o de mirar de frente a

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.

Brandi A

algunos aspectos a los que nos rehusamos, para perfilar de manera más cercana el mundo que deseamos habitar.

Historias de mujeres... entrelazadas

Ellas dicen que han aprendido a contar con sus propias fuerzas. Que saben lo que significan juntas. [...] Dicen que conmoverán al mundo como el rayo y el trueno

Monique Wittig³

En junio de 1613 se fundó en la ciudad de Córdoba la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), la más antigua del país y una de las primeras de América Latina. Este acontecimiento y el hecho de que durante dos siglos fuera la única universidad del país dio a Córdoba el apodo de “La Docta”.

En la actualidad contamos con algunos datos estadísticos de esta casa de estudios que fueron publicados en un informe del año 2018 y que se encuentra disponible en la página web institucional de la universidad⁴. El informe arroja datos tales como que las mujeres son mayoría en todos los claustros. También son mayoría las mujeres docentes que están a cargo de las aulas y la mayor cantidad de matriculaciones en carreras de grado son realizadas por mujeres y además se reciben en menor tiempo y con mejores notas.

Aun así, peculiarmente, los cargos jerárquicos son ocupados en su mayoría por hombres. El informe señala que los cargos de autoridades universitarias (rector, vicerrector, titulares de áreas, secretarios, prosecretarios y subsecretarios) son ocupados en un 61% por varones y en un 39% por mujeres. También los cargos docentes más altos (Profesor Titular, Emérito, Consulto, Asociado y Adjunto) son ejercidos mayormente por hombres.

En este marco de situación, y en 400 años de historia de esta casa de estudios, en el año 2007 asume como Rectora por primera vez una mujer, Carolina Scotto, quien fue Rectora por dos períodos consecutivos. Fue durante la gestión de una mujer que, entre otras acciones, se inauguró la Plaza de la Memoria, la Verdad y la Justicia para homenajear a docentes, estudiantes y em-

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.

Brandi A

pleados de la UNC que fueron víctimas de la última dictadura cívico militar Argentina. Vale remarcar que en ese período, la UNC tuvo un rol activo en los juicios desarrollados por delitos de lesa humanidad y puso a disposición diferentes recursos, por ejemplo el equipo de acompañamiento y asistencia para las víctimas que declararon como testigos en la Megacausa La Perla y el sistema de grabación y transmisión de las audiencias.¹

En el año 2012, en el segundo período del Rectorado de Carolina Scotto, la UNC junto a organismos de Derechos Humanos rindieron homenaje a las mujeres que dieron a luz en la Maternidad Nacional de Córdoba durante la última dictadura cívico militar. Es un hospital escuela, donde se cursan materias de la carrera de Ciencias Médicas, además de dispensar atención a la comunidad. El acto fue también un acto político, en tanto se hizo un llamado a romper el silencio por quienes nacieron en cautiverio y que aún no se identificaron.

En su discurso Carolina Scotto expresó:

[...] es hora de que hagamos un esfuerzo cada uno, que seamos generosos en los esfuerzos, porque en la tarea de la reconstrucción de la memoria colectiva hacemos falta todos. [...] Aquel que nunca todavía contó nada, aquel que siente vergüenza de lo que vio y no transmitió; aquel que cree que si hablara otros compañeros y colegas se verían envueltos y siguen teniendo miedo, ojalá hubieran venido a compartir con todos nosotros la memoria y el homenaje a estas mujeres

y pidió terminar con lo que se ha llamado, “con dureza, pero con claridad, un pacto de silencio que sigue en pie”. En el mismo acto se colocó en la entrada al edificio de la Maternidad Nacional de Córdoba, una placa que nos recuerda que:

La tortura siempre destruye dos veces, la segunda con el silencio. En memoria de cientos de mujeres argentinas que dieron a luz esposadas, atadas en las maternidades y centros clandestinos del país durante el terrorismo de Estado 1976-1983, dando la batalla al silencio.

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.

Brandi A

1. No podemos dejar de mencionar que estas acciones se enmarcan en un período en el que se explicita la política estatal a nivel nacional de impulsar, acompañar y defender el proceso conocido como “Memoria, Verdad y Justicia”.

Silenciar los crímenes perpetrados a las mujeres en la institución es una forma más de sostener la tortura. La pregunta es ¿de cuántas maneras posibles se puede silenciar esta historia? y ¿que se silencia cuando se sepultan estas huellas? ¿Cómo pensar la relación entre lo que se silencia y lo que se enquistaba en una institución y su consecuencia directa en la sociedad? Porque advertimos que en la misma institución conviven lugares comunes, silencios que se habitan y con ello, lo que se perpetúa como obvio. Aquí reside la importancia de estar atentos a las sutilezas sedimentadas del silencio y a las formas en que una institución de tratamiento, vive y sostiene la memoria.

Compañeras desaparecidas

[...] dicen que no lo saben, que la historia no fue escrita. Dicen que desde aquel día fueron derrotadas siempre.

Monique Wittig³

En la última dictadura cívico militar argentina las mujeres desaparecidas fueron el 30%. Según el Informe de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas, de ellas el 10% estaban embarazadas, es decir fueron un 3% del total de personas desaparecidas⁵ (p. 94). El 80% de las mujeres detenidas desaparecidas tenían entre 17 y 35 años, eran mujeres jóvenes y, tal como el mismo porcentaje lo indica, no fue un hecho aislado ni casual, más bien fue una política previamente estructurada y planificada. Las mujeres detenidas desaparecidas padecieron un tipo de violencia especial, fueron violadas y abusadas sexualmente. En el caso de las embarazadas, esta condición no implicó impedimento o limitación para que los militares las asesinaran o las torturaran. Muchas de ellas perdieron los embarazos como consecuencia de tales torturas. Los testimonios de sobrevivientes dan cuenta de que la violencia ejercida hacia las mujeres fue planificada y sistemática. Esto se replicó en los diferentes Centros Clandestinos de Detención (CCD) del país.

Dan cuenta de esto los abusos sexuales y las violaciones reiteradas, incluso ejercidas por varios militares a la vez en las mesas

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.

Brandi A

de torturas; el hecho de que sus asesinos se quedaran con sus hijas e hijos; la destrucción física y psíquica de las mujeres. Este plan sistemático fue el intento de someterlas, pero también de disciplinarlas y corregirlas.

En este punto, la perspectiva de género nos permite pensar de qué manera el engranaje militar se valió y acentuó de un modo feroz de los rasgos patriarcales. Una de las sobrevivientes del CCD La Perla, Delia Galará, en una entrevista realizada en Página12 dijo:

Yo todavía seguía con ese concepto de que la violación era parte de las torturas. Pero eso que tenía tan internalizado, a partir de las charlas que fuimos teniendo para hacer el video de Lesa humanidad; de todo el proceso social que se da por la movilización de Ni Una Menos, fue cambiando. No lo puedo escindir de todo el proceso que vivimos como sociedad [...] Y a la violación tampoco la inventaron los de la D2 (la Gestapo cordobesa), existió desde siempre y sigue existiendo. Entonces si no tomamos el toro por las astas, así como hizo el Charo, que dijo “apenas me agarraron me sodomizaron”, se hace más difícil.⁶

40 años después, un alegato feminista

¿por qué grita esa mujer?

¿por qué grita?

¿por qué grita esa mujer?

Susana Thénon

En el año 2016 se juzgaron en los Tribunales Orales Federales N° 2 de Córdoba los delitos de Lesa Humanidad que se perpetraron en Campo de la Ribera, el Departamento de Informaciones de la Policía (D2) y La Perla, lo que se conoció como la Megacausa La Perla. Hasta el día en que se dictó la sentencia, la Megacausa fue el juicio más largo en la historia argentina. La sentencia incluyó, por primera vez en los Tribunales Federales de Córdoba, a los delitos sexuales de lesa humanidad. Este hecho fue una de las peculiaridades de la Megacausa, ya que se tomaron a estos delitos como tales y no bajo la figura de “tormentos”, pues los jueces concluyeron que:

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.

Brandi A

Abusar sexualmente de una persona, violarla, es una tortura en sí misma. Como aplicarle picana, golpes u otros tormentos. Fue un método utilizado por el terrorismo de Estado para quebrar a los prisioneros y prisioneras. Para aniquilar a los opositores políticos. A los que eran un obstáculo para la instalación del plan económico que pretendían. La violación fue un método de tortura aplicado en todos los campos de concentración del país de la última dictadura.⁶

Cabe aclarar que en los juicios por delitos de lesa humanidad previos, los delitos sexuales que se llevaron a cabo en los CCD se englobaron bajo la figura de tormentos. Un antecedente importante es que en el año 2012 un Tribunal Federal de ciudad de La Plata también determinó que las violaciones, abusos sexuales y vejaciones que se hubiesen perpetuado en dicho contexto se consideraban delitos de lesa humanidad.

En el año 2016 en la Megacausa se condenaron por abuso deshonesto a siete represores, entre ellos a “La Cuca” Mirta Graciela Antón, Carlos Alfredo Yanicelli, Yamil Jabour, Juan Eduardo Molina, Calixto Luis Flores, Alberto Luis Lucero y a Raúl Alejandro Contreiras. Mientras que se absolvió por violación agravada a Alberto Luis Choux y por abuso deshonesto a Eduardo Grandi, Antonio Filiz, Marcelo Luna, Herminio Jesús Antón y a Francisco Melfi.

El camino para llegar a la sentencia, fue sinuoso y difícil tras más de 40 años pidiendo justicia; más de 4 años de audiencias interminables por el horror narrado. Una de las testigos, Ana Iliovich escribió:

El año se abrió como el juicio. La megacausa: enorme, infinita. Tiene —claro— acusados, tiene víctimas, abogados, jueces... testigos. me cruzo con el mandato: sobrevivir para contarlo. Inapelable. Entonces la vida vale en tanto ese relato se produzca. ¿La vida vale en tanto testigo? 7 (p. 106)

La vida vale en tanto el relato se produzca, pero también sabemos quienes hemos sido testigos de esos testimonios en las audiencias judiciales, que son testimonios dolorosos y que llegar a ese momento en el que el testimonio se produjo fue, para cada una de esas mujeres, un recorrido complejo.

Un ensayo sobre género, derechos humanos y testimonios de mujeres.

Brandi A

En el marco de una investigación de UBACyT, Noailles y Piasek plantean que para el ámbito jurídico, no advertir esta consideración suele presentarse como una dificultad, precisamente por concebir que un testigo es “algo dado”, olvidando que, en este marco, en realidad se trata de un proceso⁸. Es un ámbito en el que con frecuencia hay resistencia a considerarlo de esta manera, es un hecho a interpretar. Incluso podríamos preguntarnos qué raíces tiene el hecho del juzgamiento tardío de los delitos sexuales de lesa humanidad. Pues en la Megacausa la Perla no fue la primera vez en que se testimonió sobre estos crímenes en el marco de juicios de lesa humanidad. En el informe final presentado por el Equipo de Acompañamiento Psicológico a Testigos Víctimas de la Megacausa se plantea: “Son muy pocas las personas que pueden narrar la violencia sexual de la que fueron víctimas, y aún así, los tribunales que están juzgando los delitos de lesa humanidad no hacen lugar a estas denuncias, oponiendo diferente argumentos, incluso el silencio”⁹ (p. 89). ¿Qué lectura podemos extraer de lo que fue una omisión en la justicia durante tanto tiempo? ¿la mirada que se desvía de estos hechos, puede llamarse justa? o ¿acaso esta omisión durante décadas no significó también la propagación de un silencio aterrador?

Ahora bien, previamente a la sentencia de la Megacausa La Perla, uno de los alegatos de la Fiscalía, presentado por Virginia Miguel Carmona única Fiscal mujer de la Megacausa hizo alusión a la cifra negra que hay en relación a estos delitos:

Muchas sobrevivientes continúan anegadas en el más profundo de los silencios, destruidas física y emocionalmente. Por vergüenza y miedo no denuncian a sus abusadores. La perversidad del sistema machista hace que la víctima sea la que lleva el estigma, la que sufre la vergüenza, subvirtiéndose de este modo el objeto de reproche.¹⁰

Entonces está el camino largo, complejo, doloroso, con diversas marcas que implica un testimonio, pero no podemos pensar en la dificultad del testimonio pasando por alto el hecho de que la justicia suele ser un poder en el que se encarna y enraiza el patriarcado con facilidad y que en más de una ocasión torna muy difícil el lugar del testimonio. No es casual que quien haya interpelado tal situación en un alegato, haya sido precisamente una mujer.

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.

Brandi A

Es en este punto donde no podemos prescindir de la perspectiva de género al momento de pensar y defender los Derechos Humanos, porque no solo son dos luchas solidarias, sino que sin esta mirada o bien, segregando de esta manera al padecimiento de miles de mujeres, los Derechos Humanos quizás no serían tales. La “ceguera de género”² (p. 10) dificulta la justicia, es un obstáculo para la democracia y la ciudadanía. Esta perspectiva es fundamentalmente una mirada que nos permite pensar respuestas que están enraizadas en las sociedades, pero, a su vez, nos demuestra que no son necesarias sostener; porque no podemos olvidar que los sistemas patriarcales reproducen la idea de que su funcionamiento es necesario y único. En cambio, valernos de la PGD propicia pensar y ensayar otras respuestas y alternativas posibles. Y así como lo plantea Marta Lamas, tener presente la perspectiva de género

[...]impacta a mujeres y a hombres, y beneficia al conjunto de la sociedad, al levantar obstáculos y discriminaciones, al establecer condiciones más equitativas para la participación de la mitad de la sociedad y al relevar a los hombres de muchos supuestos de género que son también un peso y una injusticia.”² (p. 10)

Consideraciones finales: lo indescifrado perpetúa su eficacia

Estas consideraciones finales no son en sí mismas conclusiones o respuestas cerradas a las preguntas anteriormente planteadas. Representan más bien la recuperación de interrogantes, o quizás, un intento de resignificación de las tres consideraciones previas que a priori podrían parecer aisladas.

Este ensayo comenzó recapitulando una de las actividades desarrolladas en la Diplomatura en Género y Salud, me refiero a la propuesta en uno de los módulos de historizar algún aspecto de nuestro lugar de trabajo. En su momento, lo primero que quise rescatar fue esa placa conmemorativa a la que hacemos alusión en la primera puntualización. Es una placa que recuerda el padecimiento de muchas mujeres y que se encuentra en la entrada

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.

Brandi A

del hospital donde me desempeño como docente. El detalle es que esa placa a veces, y ocasionalmente, permanece cubierta por cartelería. Lo que aconteció en nuestro lugar de trabajo tampoco es un tema de conversación con mis colegas, a pesar de que nos desempeñamos en una cátedra en la que el abordaje teórico es eminentemente psicosocial. Esto fue lo que dio lugar a interrogarme algo al respecto.

El segundo detalle orientador fue el momento en que se había colocado esa placa. Lo que condujo a que había sido el acto de una mujer (seguramente de varias más porque de esa iniciativa también participaron organismos de DDHH) el que había recuperado parte de esa historia silenciada por años. Así, en acto, las mujeres se enlazan unas a otras, más allá de la temporalidad. Es un hecho que se resignifica cada vez.

Quizás algo de esto nos alumbre el film estrenado recientemente por Pedro Almodóvar, *Madres paralelas* (2022), ¿de qué trata sino de mujeres que atesoran y vivifican la memoria de sus familias, pero que también es la memoria de una comunidad? Son las testigas vivientes, las transmisoras de la lengua de la memoria, una lengua que implica rodeos y que a veces no encuentra palabras, pero que no pierde por ello potencia ni delicadeza. También así lo va descubriendo Julieta, el personaje central de la novela *Lengua Madre* (2010) de María Teresa Andruetto “¿Cuánto que creía propio le fue transmitido, sin palabras o con ellas, desde su nacimiento? Con una escritura más indeleble que la hecha con tinta, le fue transmitido”¹¹ (pp. 226-227).

Entonces, es así como las historias de diferentes mujeres se van engarzando y van tejiendo vidas nuevas, la vida en tanto testimonio. Ahora bien, ¿qué sería de nosotros sin la recuperación de estas marcas que nos habitan como sociedad, que habitan en los cuerpos aun de aquellos que lo desconocen? Porque también sabemos que “lo que permanece indescifrado perpetúa su eficacia sobre los seres y las cosas que quedan siempre, sin saberlo, a su merced”¹² (p. 129).

¿Cuán necesario sigue siendo que las mujeres escribamos la historia? Aun en el siglo XXI, ¿cuán difícil de tolerar le sigue resultando a las instituciones patriarcas que las mujeres horaden el silencio? El silencio impuesto esconde el padecimiento subje-

tivo, aquel que no se puede cifrar, cuantificar o clasificar y que sin embargo desborda en su existencia. A esto se contraponen las prácticas que abogan por la singularidad y la libertad de la palabra. Quizás en esto consista cada intento de alzar la palabra; intentos de poner un borde a lo que daña.

Así como lo dice Ana Illiovich, sobreviviente de La Perla, sobre su escritura:

Hay, enorme silencio. Este es un intento, fallido, de romperlo. No importa. Sabemos, es la mayor herida que nos dejaron. Por eso el nombre de las postales. Para construir sentido con palabras, para restañar huecos que el ácido corrosivo del terrorismo de Estado le hizo al alma de este país... y a la mía. Un poquito de cura.⁷ (p. 12)

Sin lugar a dudas, esto nos conduce a concebir que el acto del testimonio, o al menos de tener la posibilidad de elegirlo y de contar con las condiciones propicias que cuiden de él, es un hecho reparador. En Argentina el proceso conocido como las políticas de Memoria, Verdad y Justicia son ejemplares en el mundo; permitieron “pasar de una concepción más ligada a las leyes de indemnización, a una lógica de políticas de reparación”¹³ (p. 22) y gracias a estas políticas se comprendió sólidamente la importancia de que el mismo Estado reconozca el delito por él cometido, de ello se desprenden consecuencias subjetivas en víctimas de violaciones a los DD.HH, ya sean sobrevivientes o familiares. Es decir, con los juicios, y con la preservación de los valores de memoria, verdad y justicia se propicia la reparación. Una reparación ligada a la memoria viva, con consecuencias en las singularidades, pero también con el gran valor social

en cuanto a su aporte a la construcción de la memoria colectiva y de la historia de nuestro país, transmisible a la ciudadanía en su conjunto en tanto política pública reparatoria del Estado Nacional.¹³ (p. 24)

Pero es una responsabilidad del Estado de la que aún estamos en deuda. Las heridas siguen sangrando, hay quienes aún no recuperaron su identidad, el pacto de silencio continúa vigente, aún no sabemos a donde están los restos de miles de compañeras y compañeros desaparecidos, aún la “ceguera de género” evita

Un ensayo sobre género, derechos humanos y testimonios de mujeres.”

Brandi A

mirar a los delitos sexuales de lesa humanidad, aún muchas mujeres no han contado con la posibilidad y el lugar propicio para poder testimoniar sobre ello, ni se les ha podido reconocer que sobre ellas se ejerció una violencia específica, aún.

Las marcas insisten, y falta aunar esfuerzos, pero corroboramos que el lazo entre mujeres podrá sostener luchas venideras y que los testimonios de cada una son imprescindibles para quien los relata, pero más aún para la sociedad en su conjunto. Son testimonios que escriben la historia de nuestro país y, “no hay historia muda. Por mucho que la quemem, por mucho que la rompan, por mucho que la mientan, la historia humana se niega a callarse la boca”¹⁴.

Un ensayo sobre género,
derechos humanos y
testimonios de mujeres.

Brandi A

Bibliografía:

1. Foster R. Conferencia “El ensayo según Ricardo Forster” [Internet]. 2015 [citado 2 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=vV2ekaGxiTA>
2. Lamas M. La perspectiva de género. La Tarea, Revista de Educación y Cultura de la Sección 47 del SNTE. Enero-marzo de 1996;(8).
3. Wittig M. Guerrilleras. Buenos Aires: Hekht; 2019.
4. La UNC en cifras – Centenario de la Reforma Universitaria [Internet]. [citado 3 de junio de 2023]. Disponible en: <https://centenariodelareforma.unc.edu.ar/la-unc-en-cifras/>
5. CONADEP. Nunca Más. Informe de la Comisión Nacional sobre la Desaparición de Personas. Buenos Aires: Eudeba; 2017.
6. Platía M. Mucho más que víctimas. Página/12 [Internet]. 2 de septiembre de 2016 [citado 3 de junio de 2023]; Disponible en: <https://www.pagina12.com.ar/diario/suplementos/las12/13-10839-2016-09-02.htm>
7. Illiovich A. El silencio. Córdoba: Los ríos editorial; 2017.
8. Noailles G, Piasek S. El testigo-víctima en los juicios por crímenes de lesa humanidad. Investigaciones en Psicología. 2018;23(1):55-64.
9. Equipo de Acompañamiento Psicológico a Testigos Víctimas de la Megacausa. Informe. 2016 (Inédito).

10. Marengo B. Lesa Humanidad: 50 mujeres abusadas y violadas por los represores esperan “el juicio que falta” [Internet]. ENREDACCIÓN - Córdoba - Argentina. 2018 [citado 4 de junio de 2023]. Disponible en: <https://enredaccion.com.ar/lesa-humanidad-50-mujeres-abusadas-y-violadas-por-los-represores-esperan-el-juicio-que-falta/>
11. Andruetto MT. Lengua madre. Buenos Aires: Random House; 2010.
12. Tatián D. Contra Córdoba. Córdoba: caballo negro editora; 2016
13. Martínez V. Presentación de la colección Haciendo Memoria. En: Duhalde EL, Rousseaux, F. El ex detenido-desaparecido como testigo de los juicios por crímenes de lesa humanidad. Buenos Aires: Fundación Eduardo Luis Duhalde; 2018
14. Eduardo Galeano en Madres Paralelas, 2022.
 - Duhalde L. El Estado terrorista argentino. Buenos Aires: Colihue; 2014.
 - Mariani A. La Perla. Historia y testimonios de un campo de concentración. Córdoba: Aguilar; 2012.

¿ABORDAJES INTEGRALES, QUE SE DESINTEGRAN? INEQUIDADES DE GÉNERO EN SALUD EN LA ASISTENCIA A MUJERES EN LAS QUE SE UNE LA PROBLEMÁTICA DE CONSUMO DE DROGAS Y LA VIOLENCIA POR RAZONES DE GÉNERO.

COMPREHENSIVE APPROACHES FALLING APART? GENDER INEQUITIES IN HEALTH IN THE CARE OF WOMEN FACING THE INTERSECTION OF DRUG ABUSE AND GENDER-BASED VIOLENCE.

ABORDAGENS ABRANGENTES, QUE SE DESINTEGRAM? DESIGUALDADES DE GÊNERO NA SAÚDE NO ATENDIMENTO A MULHERES QUE ENFRENTAM A INTERSEÇÃO DE QUESTÕES DE USO DE DROGAS E VIOLÊNCIA DE GÊNERO.

SOLEDAD MARCONE¹

Contacto: Soledad Marccone - **Email:** solmarccone123@gmail.com

FILIACIONES:

1. Psicóloga comunitaria

Citar como: Marccone S. ¿Abordajes integrales, que se desintegran?

Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género. Desde Acá. 2023; 1: p. 40-61.

Resumen

Entre los muchos factores implicados en la violencia de género, el consumo de sustancias tóxicas de carácter adictivo requiere especial consideración en el diseño de los abordajes. En este artículo, que se enmarca en la teoría y perspectiva de género como forma de acercamiento a la realidad, se intenta reflexionar sobre la integralidad de los abordajes en salud dirigidos a realidades

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marccone S

donde ambas problemáticas concurren: violencias por razones de género y consumos de drogas.

De las investigaciones consultadas se desprende que existen dinámicas concretas y una interrelación específica entre el uso de sustancias y la violencia de género por lo que deben abordarse de forma integral, sin embargo es frecuente que ante estas situaciones complejas se articule con los servicios de atención a las adicciones, dispositivos históricamente diseñados con una perspectiva androcéntrica. A partir de mi práctica profesional como psicóloga comunitaria con enfoque de género y salud en la asistencia a mujeres en situación de violencia y consumo de drogas surge el presente artículo.

Palabras Clave: Género, violencia, consumo de drogas, abordajes integrales.

Abstract

Among the many factors involved in gender-based violence, the consumption of addictive substances requires special consideration in the design of approaches. This article, framed within gender theory and perspective as a way of approaching reality, seeks to reflect on the comprehensiveness of health approaches aimed at contexts where both issues intersect: gender-based violence and substance use. From the consulted research, it becomes clear that there are specific dynamics and a distinct interrelation between substance use and gender-based violence, thus necessitating comprehensive approaches. However, it is common that these complex situations are often addressed within addiction treatment services, which historically have been designed from a male-centric perspective. This article emerges from my professional practice as a community psychologist with a gender and health focus, providing assistance to women facing situations of violence and substance use.

Keywords: Gender, violence, drug consumption, comprehensive approach.

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

Resumo

Dentre os muitos fatores envolvidos na violência de gênero, o consumo de substâncias tóxicas viciantes requer consideração especial no design das abordagens. Neste artigo, inserido na teoria e perspectiva de gênero como forma de abordagem à realidade, busca-se refletir sobre a abrangência das abordagens de saúde direcionadas a contextos nos quais ambos os problemas se entrelaçam: violência de gênero e consumo de drogas. Das pesquisas consultadas, observa-se que existem dinâmicas concretas e uma inter-relação específica entre o uso de substâncias e a violência de gênero, sendo necessário abordá-los de maneira abrangente. No entanto, é comum que em face dessas situações complexas, seja articulado com os serviços de atendimento às dependências químicas, dispositivos historicamente desenhados com uma perspectiva androcêntrica. Este artigo emerge da minha prática profissional como psicóloga comunitária, com foco em gênero e saúde, ao prestar assistência a mulheres em situações de violência e consumo de drogas.

Palavras-chave: Gênero, violência, consumo de drogas, abordagens integrais.

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

¿ABORDAJES INTEGRALES, QUE SE DESINTEGRAN? INEQUIDADES DE GÉNERO EN SALUD EN LA ASISTENCIA A MUJERES EN LAS QUE SE UNE LA PROBLEMÁTICA DE CONSUMO DE DROGAS Y LA VIOLENCIA POR RAZONES DE GÉNERO.

SOLEDAD MARCONE

La violencia de género y la adicción femenina son dos circunstancias que están muy relacionadas y son los aspectos más visibles y dramáticos de una realidad estructural más profunda centrada en la desigualdad por género. Forman parte de las situaciones que puede vivir una mujer o que pueden afectar de mayor manera a una mujer por el hecho de serlo

Castaños Ruíz¹

Introducción

El interés por la temática surge de mi práctica profesional como psicóloga comunitaria en una Organización No Gubernamental (ONG) que asiste a mujeres con consumo problemático de drogas en su mayoría derivadas por Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina (SEDRONAR) y como integrante de una Dirección de Género municipal que desarrolla estrategias para las salidas de las violencias. Desde el ámbito de las drogas, las mujeres que inician tratamiento lo hacen exclusivamente por esta problemática, quedando la situación de violencia invisibilizada o justificada por su condición de “adictas”, sin embargo desde la práctica en el territorio se observa que presentan la concurrencia de ambas situaciones en la mayoría de los casos. Por otra parte, desde la Dirección de Género, las mujeres que allí consultan suelen ocultar la problemática de consumo ya que esta situación conlleva un fuerte estigma social asociado a la “mala madre”, “mala hija” o “mala mujer” producto de los estereotipos de género dominantes, y en aquellos

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

casos donde la problemática de consumo es evidenciada se articula con los dispositivos de atención a las adicciones, que en general son diseñados desde un enfoque androcéntrico que no incluye al género como factor de influencia en las relaciones que las personas establecen con las drogas, ni como determinante de las desigualdades sociales de las cuales son fruto las violencias y las inequidades en salud.

El género como condicionante de la salud

Entender el papel del condicionante de género, junto con otras formas de discriminación causadas por las desigualdades y las inequidades en salud, es fundamental para el diseño de estrategias que conlleven la eliminación de estas desigualdades y garanticen la salud como derecho humano. El concepto de desigualdades en salud alude al impacto que tienen los determinantes sociales, como la riqueza, la educación, la etnia, el trabajo, la orientación sexual entre otros, sobre la distribución de salud y las posibilidades de enfermar de la población. Los Determinantes sociales de la salud son definidos por la Organización Mundial de la Salud como las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana. Entre estas fuerzas y sistemas se incluye, junto a políticas y sistemas económicos, el sistema sexo-género conceptualizado por Rubin ² lo que constituye al género como un determinante estructural de la salud.

El género, en tanto principio de organización social, configura “el modo en que percibimos, ordenamos, jerarquizamos, incorporamos, vivenciamos, etcétera, las diferencias e identidades sexuales, las ideas y valoraciones de lo femenino, de lo masculino y de los roles sociales adjudicados a cada uno” ³ Es una construcción sociocultural que genera/se inscribe en la subjetividad e identidad de las personas a través de un conjunto de normas, ideas, discursos y representaciones sociales que establecen lo femenino y masculino en función de la dicotomía hombre-mujer estableciéndola como algo natural y con la heterosexualidad como sistema también naturalizado de organización del deseo. Con esto me refiero a que siguen determinadas lógicas y patrones inherentes

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

al sistema patriarcal que subordina y minusvalora lo asociado al género femenino y a las identidades no binarias frente al otro, el masculino, siendo esto la “causa de las causas” que producen desigualdad, discriminación y violencias.

Tales mandatos de comportamiento y patrones de género son transmitidos por las instituciones, reproducidos por las prácticas sociales -tanto las cotidianas como las profesionales- y enseñados y aprendidos por las personas desde el nacimiento, se constituyen como un referente normativo que establece lo que se considera adecuado o característico de hombres y mujeres y que fija diferencias en el poder y en las posibilidades de “ser” y “estar” en la sociedad. Cuando las personas o los grupos no se ajustan a las normas (incluidos los conceptos de masculinidad o feminidad), los roles, las responsabilidades o las relaciones relacionadas con el género, suelen ser objeto de estigmatización, exclusión social y discriminación, todo lo cual puede afectar negativamente a la salud.

Consumos problemáticos y normas de género

En el caso de los consumos problemáticos estas normas de género ejercen una gran influencia en las relaciones que los hombres y las mujeres mantienen con las drogas. Mientras que entre los hombres los consumos son percibidos como una conducta natural, socialmente aceptada, entre las mujeres supone un reto a los valores sociales dominantes. Por este motivo las mujeres con problemas de adicción a las drogas soportan una mayor sanción social que los hombres, que se traduce en la estigmatización de las mujeres y en un menor grado de apoyo familiar y social. Esta respuesta diferente explica porqué es frecuente que las mujeres desarrollen sentimientos de fracaso en el cumplimiento de su rol social, pues “ser adictas” implica ser sancionadas como “malas mujeres, malas madres, malas hijas”. Temerosas de ser estigmatizadas y sufrir la exclusión o rechazo de su pareja, familia y entorno próximo, optan por ocultar el problema, por no demandar ayuda, o bien demoran el pedido de asistencia hasta que las consecuencias sobre su vida y salud física y mental resultan insostenibles.

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

Esto puede verse reflejado en un informe estadístico realizado por el Observatorio Argentino de Drogas⁴ sobre la demanda de tratamiento en los dispositivos asistenciales de SEDRONAR1, allí señala que de los asistidos por CEDECOR2 el 86% son varones, mientras que el 14% restante corresponde a mujeres, cabe destacar que no hace referencia a la población LGBTQ+. Con respecto a quienes consultan a través de la línea 1413 los datos se revierten: el informe indica que el 72% de las consultas son realizadas por mujeres y el 28 % por varones, nuevamente no hay referencias a otros géneros.

Estos datos cobran mayor sentido considerando que los llamados a la línea 141 permiten el contacto anónimo de quien consulta, lo cual guarda relación con los sentimientos de culpa y vergüenza resultantes de los estereotipos sociales construidos sobre las femineidades con esta problemática, los cuales se transforman en obstáculos en el acceso a los servicios de salud profundizando las inequidades entre los géneros. Por tanto, el género actúa como fuerza de exclusión de las mujeres y lo asimilado a “lo femenino” frente a los hombres, tanto a nivel estructural como a nivel interpersonal directo⁵, pero no actúa solo, sino que se articula con otros determinantes sociales mencionados anteriormente que también son fuentes de inequidades -lo que se piensa desde la interseccionalidad⁶ dando lugar a desigualdades injustas e innecesarias entre hombres y mujeres que repercuten en el estado de salud y sus determinantes, el acceso a la atención apropiada y la participación en la producción de la salud⁷.

Sin embargo el género no es un concepto estático, sino que cambia con el tiempo y el lugar, los ordenamientos de género están siempre en movimiento y se encuentran entrelazados con las dinámicas de la sociedad⁸ lo que nos habla de su dimensión

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

1. SEDRONAR (Secretaría de Políticas Integrales sobre Drogas de la Nación Argentina) es el organismo a cargo de coordinar políticas públicas enfocadas en la prevención, atención, asistencia y acompañamiento de personas con consumos problemáticos de sustancias, en todo el territorio nacional

2. El CEDECOR incluye los siguientes servicios: orientación, consultorios externos y unidad de acompañamiento

3. La línea 141 permite el contacto inmediato y anónimo para cualquier persona (consumidor, familiar, amigo, profesional de la salud) que necesite ayuda por problemas relacionados al consumo problemático de sustancias. El contacto puede realizarse vía telefónica o a través del chat de la página web.

relacional, el cómo se constituye y se retroalimenta socialmente lo femenino y lo masculino de manera dinámica, así como las diferencias en las realidades e intereses dentro de los colectivos masculinos y femeninos⁹. De ahí, la importancia de revisar la dimensión simbólica de nuestras prácticas, a través de las cuales se transmite, se reproduce y se “hace” el género, para identificar primero cómo opera y luego diseñar procesos que incidan y contribuyan a su transformación desde un enfoque de derechos.

Patricia Martínez Redondo antropóloga y educadora social señala que aplicar la perspectiva de género al estudio de las drogodependencias:

[...]supondría identificar qué representaciones socioculturales y psíquicas están interviniendo en las conductas de las personas para que se den toda una serie de factores de riesgo y permanencia en el consumo específicos por construcción de género, más allá de exponerlo como características dadas de “las mujeres” o de “los hombres” en su consumo de sustancias. Supone identificar qué les afecta por el hecho de ser ‘mujeres’; entendiendo ‘mujeres’ como categoría social y cultural que genera identidad y subjetividad comprendiendo cómo afecta eso en los procesos de drogodependencia.¹⁰

Sin embargo en este ámbito ha sido frecuente ignorar el género como factor explícito de influencia prevaleciendo la experiencia masculina como la general¹¹ lo que se traduce en la predominancia de un enfoque androcéntrico (visión del mundo y de las relaciones sociales centrada en el punto de vista masculino) en el diseño de programas como en las políticas públicas¹².

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

Un manual publicado por las Naciones Unidas (ONU) sobre el tratamiento por abuso de drogas y atención a la mujer señala que es difícil obtener un panorama completo del consumo de sustancias por parte de las mujeres ni de los problemas conexos, ya que los estudios de prevalencia y otras investigaciones sobre aspectos biológicos, de prevención y de tratamiento no suelen

abordar las cuestiones de género, en consecuencia se sabe poco sobre las mujeres con problemas de consumo de sustancias, sus experiencias de tratamiento y los modelos e intervenciones eficaces para administrarlo en los distintos contextos políticos y socioculturales ¹³.

Afortunadamente en Argentina hace varios años que se han iniciado estudios e investigaciones con perspectiva de género que buscan arrojar luz sobre esta desigualdad en los abordajes, sin embargo aún no contamos con datos epidemiológicos que incluyan este análisis, los informes oficiales en base a los cuales luego se diseñan las políticas públicas de asistencia y prevención, realizan un análisis categorial de los datos. Por ejemplo, el informe estadístico mencionado anteriormente (OAD) señala que el “perfil del usuario” de los dispositivos asistenciales es: “hombre joven, soltero, de entre 18 y 36 años, con consumo problemático de cocaína, sin obra social, que se inició en el consumo alrededor de los 15 años con marihuana, y cursa o cursó el nivel secundario” a partir de los datos que indican que el 86% de las consultas son realizadas por varones, de esta manera los demás “perfiles”, que incluyen a las mujeres y a las diversidades, permanecen invisibilizados, no significa que no existan, significa que consultan menos, pues las políticas de asistencia se diseñan en base al perfil masculino.

En otras palabras, el análisis categórico minimiza la diversidad dentro de las categorías del género. En términos de políticas y programas este tipo de acercamientos usualmente se enfocan en las mujeres no sólo como un grupo distinto de los hombres, sino además separado de éstos, hombres adultos y jóvenes aparecen como norma estadística o categoría privilegiada ⁸.

Los estudios que incluyen la perspectiva de género señalan que la baja adherencia de las mujeres a los tratamientos se relaciona con que éstos no consideran las necesidades en la atención y los modos de enfermar específicos que presentan ¹⁴. En cuanto a las barreras de accesibilidad a los servicios de salud surge que se encuentran relacionadas principalmente con la estigmatización de estas mujeres, por contradecir los estereotipos de género que la sociedad válida para ellas y consecuentemente, con la falta de una perspectiva integral, en el abordaje de sus necesidades en salud ¹⁵.

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

En el contexto hegemónico de las drogodependencias donde prima la perspectiva androcéntrica y, en segundo lugar, el análisis categorial de género que se suele poner el foco en el consumo de drogas como principal causante de la problemática y de las condiciones de desigualdad, las perspectiva de género e interseccionalidad se vuelven indispensables pues permiten atender y dar visibilidad a las problemáticas que afectan la vida de las mujeres y diversidades.

Aplicar la perspectiva de género en el ámbito de la salud permite entonces “identificar y abordar los impactos diferenciales que las distintas ubicaciones de hombres y mujeres en la estructura y en las dinámicas sociales tienen sobre los problemas de salud y, específicamente, en aquellos relacionados con las drogas”¹⁶. Es decir, es un enfoque transversal que además de ayudarnos a problematizar las desigualdades, nos aporta herramientas para construir relaciones sociales basadas en la justicia y la equidad.

Cuando la violencia de género concurre con los consumos de drogas

Existen diferentes estudios que señalan que “la violencia de género y la adicción femenina son dos circunstancias que están muy relacionadas y son los aspectos más visibles y dramáticos de una realidad estructural más profunda centrada en la desigualdad por género. Forman parte de las situaciones que puede vivir una mujer o que pueden afectar de mayor manera a una mujer por el hecho de serlo”¹.

Las violencias por razones de género se refieren -conforme lo establece el Art. 4 de la Ley 26.485¹⁷ de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales- 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”. Se trata de una violencia específica hacia las mujeres y otras identidades por parte de los hombres, fruto de la disequivalencia de poder resultante del

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

sistema sexo-género descrito en el apartado anterior, y que explica en su propio nombre la causa de esa violencia. Sin embargo, en los contextos de consumo problemático de drogas las violencias por motivo de género suelen permanecer invisibilizadas o entendidas como una consecuencia del consumo y no directamente por razón de género.

A partir de la ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1976), y la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará, 1994), el Estado Argentino ha avanzado con distintas legislaciones para alcanzar la igualdad entre los géneros. En el año 2009 se sancionó la Ley 26.485¹⁷ de “Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos donde desarrollen sus relaciones interpersonales”, en su artículo 2 garantiza la asistencia integral a las mujeres que padecen violencia por razones de género y en el artículo 9 establece la puesta en marcha de un Plan de Acción Integral y un Observatorio de Género como instrumentos para dar respuestas concretas a la problemática de violencia contra las mujeres y población LGBTIQ+. En este marco se han desarrollado investigaciones, planes nacionales y diferentes estrategias dirigidas a abordar esta problemática compleja, sin embargo aún presenta formas o aspectos no develados, como es la incidencia de la violencia de género en mujeres y diversidades con consumo problemático de drogas, sin embargo los resultados obtenidos por estudios internacionales son alarmantes.

Un estudio realizado por el Instituto de Investigación de Drogodependencias de España¹⁸ sobre la realidad de la violencia de género en mujeres adictas en tratamiento, señala que son víctimas de violencia ejercida por su pareja con una incidencia tres veces superior a la de población general, además, entre un 50 y 80% han sido víctimas de abuso sexual en la infancia. Sobre la incidencia de malos tratos el 69% de la muestra refiere haber recibido malos tratos físicos y el 66% psíquicos, en ambos casos en la adolescencia y sobre todo una vez instaurada la adicción. Sobre las experiencias de violencia el estudio indica que se encuentran presentes a lo largo de la biografía de estas mujeres con repercusión a dos niveles: las habituales experiencias de violencia

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

se vuelven “normales” como continuación de los abusos y explotación vividas en infancia/adolescencia; las barreras frente a la posibilidad de ejercer la prostitución se van diluyendo. En contextos de consumo, el informe refiere que las mujeres conviven a diario en un ambiente de violencia y morbilidad. Las agresiones físicas y sexuales provienen tanto del entorno inmediato como de la calle o de los clientes.

Un estudio monográfico realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito ¹³ sostiene que el perfil de la mujer en tratamiento por consumo de drogas difiere del de los hombres desde el punto de vista demográfico, del historial de drogodependencia y del tipo y la gravedad de los problemas conexos sobre los cuales destaca el maltrato físico y sexual: el 90% han sufrido abusos sexuales por lo menos una vez en su vida y el 50% han sufrido abusos físicos por lo menos en una ocasión. Las mujeres que sufrieron abusos en la infancia tienden considerablemente más a consumir sustancias ilícitas que las que no los sufrieron, más de la tercera parte de las incluidas en la muestra habían sido objeto de abusos sexuales durante la infancia (el 37%).

Patricia Martínez Redondo ¹⁹ estudia específicamente la realidad de la intervención en la concurrencia de malos tratos y drogodependencias en mujeres, tanto en la Red de Atención a las Drogodependencias, como en la Red de Atención a la Violencia de Género. Los resultados obtenidos indican que las mujeres drogodependientes, en general, no acuden a los servicios de la red de atención a la violencia de género. Se quedan en la red de drogodependencias aunque haya posibilidades de coordinación con la red de malos tratos. La investigación apunta diversos factores: El estigma que supone “ser drogodependiente” sumado al de ser también ‘mujer maltratada’; además se sienten ajenas a la red que atiende a las mujeres que han sufrido malos tratos en la pareja o ex-pareja. Paralelamente, en la red de malos tratos el estigma es ‘ser drogodependiente’. No identifican las situaciones de violencia hacia ellas, luego no identifican la necesidad de intervención en esa materia; tienen una alta “tolerancia” a la violencia en sus relaciones, pues están inmersas en relaciones violentas y las han integrado en su cotidiano. También señala factores asociados con los dispositivos en tanto no siempre cuen-

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

tan con los recursos necesarios para el acompañamiento de estas situaciones, y con los equipos de profesionales que en ocasiones reproducen prácticas sin enfoque de género.

A nivel nacional, si bien no se hallaron estudios específicos en la concurrencia de malos tratos y consumos de drogas, existen investigaciones que señalan la ausencia de la perspectiva de género en los servicios de atención a las adicciones^{12,14}. Sobre la relación existente entre la violencia de género y los consumos de drogas, un estudio realizado en Hospital Interzonal Especializado en Toxicología y Salud Mental de la ciudad de La Plata²⁰ analiza las prácticas y trayectorias de consumo de mujeres, sostiene que entre los motivos vinculados al inicio del consumo se encuentran las situaciones de violencia y abusos en la infancia y adolescencia, lo que aumenta los niveles de vulnerabilidad y exposición a las violencias una vez iniciada la trayectorias de consumo y cierta naturalización de las violencias no sólo por parte de las mujeres, sino también por parte de los profesionales del servicio.

Se analizaron los estudios estadísticos producidos por el Observatorio Argentino de Drogas y por el Servicio de la Línea 144 que asiste a personas en situación de violencia y no se encontraron datos que reflejen la prevalencia de ambas problemáticas en conjunto. Algunos estudios que señalan la relación entre el consumo de psicofármacos y la medicalización de los malestares que ocultan la violencia (Observatorio nacional de violencia contra las mujeres)²¹ Al respecto, el informe estadístico del OAD²² indica que si bien los varones siguen presentando tasas de consumo superiores a las de las mujeres, en el caso de los psicofármacos los datos se revierten, siendo las mujeres quienes presentan mayores tasas de prevalencia. El informe también indica que el consumo de las mujeres presenta un incremento mayor que el registrado por los varones, por lo cual se ha reducido la brecha entre el consumo en hombres y mujeres para todas las drogas.

Por otra parte el informe realizado por el OAD en el año 2020²³ en el marco del ASPO (aislamiento social preventivo y obligatorio) refiere que entre los principales motivos de consulta se mencionan las situaciones vinculadas a violencia doméstica (64%) y en cuanto al agravamiento de situaciones sociales y contextuales alrededor de la mitad registró situaciones de violencia de género (48,3%) siendo la sufrida en el ámbito de las

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marccone S

relaciones familiares la más frecuente (51,9%).

Un último dato que revela este informe y que nos permite seguir reflexionando sobre la existencia de abordajes integrales, se desprende del análisis de las consultas recibidas en la Línea 141, el informe dice que los operadores refirieron haber recibido varios llamados vinculados a violencia doméstica y violencia de género. Agregaron que este “tipo de llamados” son frecuentes, pero se incrementaron en el periodo de la pandemia, obligándolos a hacer derivaciones a la Línea 144 (Atención a víctimas de violencia de género) y también, haber atendido llamadas de personas que previamente lo habían hecho a la línea 144 y de allí los remiten a la línea 141 para que las personas ingresen a tratamiento. También, recibieron solicitudes sobre

cómo proceder para el cumplimiento de medidas perimetrales por situación de violencia y consumo²³.

Análisis posibles

De este modo, el aumento del consumo de drogas en mujeres, a la par que las dificultades de acceso y permanencia en los tratamientos; sumados a la ausencia de datos de prevalencia sobre la concurrencia de la violencia de género y los consumos de drogas; y el flujo de “este tipo de llamados” que van de una línea a la otra, obligan a pensar sobre abordajes integrales que contemplen estas realidades donde la violencia por razones de género se combina con los consumos de drogas.

Lejos de intentar definir un “perfil de mujeres consumidoras”, desde la práctica profesional sensible al género se observa que las situaciones que presentan son muy diversas comparadas con las de los varones: mujeres policonsumidoras de sustancias ilegales o con consumos invisibilizados como el caso de los psicofármacos recetados y altos niveles de consumo de alcohol. Son mujeres pobres, con una posición subordinada socialmente en el ámbito público, con bajos niveles de estudio y escasas posibilidades de acceder al mundo laboral, que encuentran en la prostitución o en la venta de drogas como “mulas” posibilidades de subsistir en un contexto que las marginaliza por “adictas”. Es frecuente que cuenten con antecedentes judiciales que profundizan la discriminación y amenazan con la pérdida de tenencia

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marccone S

de sus hijos: en general son madres en solitario, no cuentan con acompañamientos en las crianzas, y si los hay, es habitual que la ayuda provenga principalmente de sus hijas mayores, hermanas o madres. La misma situación encuentran al momento de iniciar el tratamiento, generalmente llegan solas o acompañadas por sus hijos, éstos son la motivación para iniciar el tratamiento, pero también son el motivo del abandono cuando los programas no incluyen las cargas de cuidado. Son mujeres que presentan historia de abusos sexuales y maltratos en la infancia, que persisten en la vida adulta con altos niveles de tolerancia y naturalización de las violencias, es frecuente que relaten experiencias de violencia extrema vividas en contextos de consumo las cuales suelen ser justificadas por ellas mismas y el entorno social/familiar. En general no denuncian a sus agresores y tampoco asisten a los centros de salud: la estigmatización social es el principal obstáculo que encuentran en la ruta crítica de salida de las violencias. Presentan sentimientos de soledad, angustia, baja autoestima, incapacidad para tomar decisiones y culpa por no cumplir con lo que la sociedad espera de ellas; a su vez, desarrollan comportamientos que son sancionados como peligrosos, de riesgo y transgresión al romper con los valores tradicionales de “feminidad”. En este contexto social de algo están seguras: son “malas madres”, “malas hijas”, “malas mujeres”.

Encontramos realidades atravesadas, cuando no arrasadas, por diversos ejes de exclusión social, donde el consumo de drogas es una variable más de desigualdad a la que se encuentran sometidas y no la única. Por tanto, si queremos prevenir e intervenir en esta realidad es necesario develar que las adicciones y las violencias de género se retroalimentan fácilmente como dinámicas y sistemas de relaciones en la vida de las mujeres, de manera que es necesario formarse y especializarse en el abordaje de esta realidad para garantizar una atención integral en salud que reconozca y corrija las inequidades sociales y de género que vulneran el ejercicio del derecho a la salud.

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

Conclusiones: de abordajes integrales a abordajes que se desintegran

Los abordajes integrales en salud son aquellos que contemplan de manera específica y transversal los aspectos diferenciales que operan en nuestra sociedad entre varones y mujeres, es decir que al momento de ser diseñados deben tener en cuenta las asimetrías sociales existentes, dado que éstas establecen vulnerabilidades diferenciales relativas a los roles sociales que mujeres y varones pueden y deben cumplir en el marco del patriarcado, lo cual determina modos diferentes de vivir, enfermar, consultar, ser atendidos/as y morir ²⁴.

El Plan de acción contra las violencias con motivo de género 2020-2022 ²⁵ elaborado en el marco de la Ley 26.485 ¹⁷ y el Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos creado a partir de la Ley 26.934 ²⁶. establecen abordajes integrales e interseccionales desde la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos. Ambos buscan impulsar políticas públicas que permitan crear condiciones materiales para que las personas y grupos afectados puedan desarrollar un proyecto de vida autónomo, con acceso a la vivienda, a la formación laboral, al empleo y a la salud. El plan de acción contra las violencias incluye además que un abordaje integral supone generar modelos flexibles de gestión que permitan intervenciones articuladas entre los distintos niveles del Estado con organizaciones sociales y comunitarias, incorporando diferentes tipos de servicios y apoyos, reconociendo las particularidades y dinámicas que adquieren las violencias por motivos de género en los distintos territorios. En esta línea se estipula que ante problemáticas específicas, como son las situaciones de violencia en personas con patologías psiquiátricas, discapacidad o consumos de drogas, el abordaje integral requiere de la articulación con los demás organismos del Estado.

Un ejemplo de este tipo de articulaciones se encuentra especificado en el Anexo del documento de la Red Provincial de Dispositivos Territoriales de Protección Integral²⁷ allí indica que cuando es necesario en el camino de salida de las violencias el ingreso a un Hogar de Protección integral, ante situaciones particulares donde incluye los consumos problemáticos de sustancias, la respuesta deberá contemplar la intervención de otras insti-

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

tuciones, a fin de dar una solución integral frente a situaciones complejas. Desde la práctica esto implica la articulación con los dispositivos que atienden los consumos problemáticos de sustancias, que en general se caracterizan por la ausencia de la perspectiva de género y en los que prima una visión androcéntrica de la problemática como advierten las investigaciones en el área, entonces ¿qué rumbo toma el abordaje de estas realidades?

Según el recorrido realizado a lo largo de este artículo, las mujeres con consumo problemático de sustancias encuentran diferentes obstáculos en el acceso a los servicios asistenciales, determinados principalmente por el estigma social que implica “Ser adicta”; cuando una mujer desarrolla un consumo compulsivo de drogas, desarrolla una serie de comportamientos que se contraponen con su rol social de género, no sólo es cuestionada por alejarse de las ideas y valores asociados a la feminidad sino que además es sancionada por su relación con la ilegalidad, sufre entonces una doble penalización, moral y social. Solicitar tratamiento por su adicción supone someterse a que se la cuestione en su identidad y roles asociados a “ser mujer” junto al prejuicio de “ser mala madre, mala hija, mala mujer”. A su vez, las que sí llegan a los programas presentan baja adherencia, ya que éstos no consideran las necesidades en la atención y los modos de enfermar específicos de las mujeres, diseñados en función del “perfil masculino” como pauta cultural y estadística las realidades de las mujeres quedan sin atender.

Realidades conformadas por diferentes ejes de exclusión social y marginalidad, donde las violencias por razones de género se encuentran presentes a lo largo de la vida de estas mujeres. Las mismas, sin embargo, permanecen “normalizadas” por ellas mismas e “invisibilizadas” socialmente. Ante la ausencia de datos estadísticos que indiquen la prevalencia y abordajes asistenciales que incluyan al género, las prácticas profesionales profundizan las inequidades, y muchas veces, promueven procesos de revictimización.

Se puede concluir que, si bien contamos un marco normativo en materia de drogas y violencias por razones de género desarrollado de forma prolífica en las últimas décadas en sintonía con estándares internacionales en el ámbito de derechos humanos, con políticas públicas con perspectiva de género y enfoque interseccional y de derechos, así como con la creación de herramien-

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

¿Abordajes Integrales que se desintegran? Inequidades de género en salud en la asistencia a mujeres en las que se une la problemática de consumo de drogas y la violencia por razones de género

Marcone S

tas destinadas al diseños de abordajes integrales que garantizan el acceso a la salud y una vida libre de violencias, actualmente sigue siendo necesario reclamar su puesta en marcha, ya que son escasas las experiencias de tratamiento sobre el consumo de drogas con enfoque de género, y que incorporen particularmente los efectos de las violencias de género en la vida de las mujeres. Aún es necesario el conocimiento de esta realidad con el fin de promover prácticas equitativas en salud, de lo contrario los abordajes integrales de las violencias por razones de género cuando se combinan con los consumos de drogas, parecen desintegrarse.

Bibliografía

1. Cataños Ruiz, V. La atención a la problemática conjunta de drogodependencia y violencia de género en la población de mujeres. Fundación Atenea; 2009. Disponible en: <https://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/216.pdf>
2. Rubin G, El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. Nueva Antropología 1986; VIII(30):95-145.
3. Pozzio, María. La perspectiva de género y la salud comunitaria. En: La salud comunitaria en debate. Silberman Martín, Lois Ianina, compiladores. Editorial UNAJ. 2021
4. Observatorio Argentino de Drogas. Perfil de los usuarios de dispositivos asistenciales de Sedronar: CE-DECOR, DIAT y Línea 141. Editor: [Buenos Aires] SEDRO-NAR, 2017
5. Martínez Redondo, P. Uso de drogas, adicciones y violencia desde la Perspectiva de Género. Revista profesional y académica sobre drogas INFONOVA, N°35. Editorial Asociación Dianova España, 2019
6. Crenshaw K. Demarginalizing the Intersection of Race and Sex: A Black Feminist Critique of Antidiscrimination Doctrine. University of Chicago Legal Forum 1989;1989:139–168.
7. Gomez Gomez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Publica 2002; 11(5/6): 454-461
8. Connell R. Género, salud y teoría: Conceptualizando el tema en perspectiva mundial y local. Nómadas (Col) 2013; 39: 63-77.
9. Esteban M. El Estudio de la Salud y el Género: Las Ventajas de un Enfoque Antropológico y Feminista. Salud

Colectiva 2006; 2(1): 9-20.

10. Martínez Redondo, P. Investigación sobre la intervención en drogodependencias y malos tratos a mujeres en las redes de atención. UNAD, Madrid 2009. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/BDGeneroyDrogas.htm>
11. Romo Avilés, N. La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. Revista Española de Drogodependencias 2010; 35 (3): 269-272.
12. Maffia D, Colace P, Lerena S. El ocultamiento de las mujeres en el consumo de sustancias psicoactivas. Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires 2011.
13. ONUDD. Tratamiento del abuso de sustancias y atención para la mujer: Estudios monográficos y experiencia adquirida. Naciones Unidas, Núm. de venta: S.04.XI.24, 2005.
14. Jeifetz V. Adicciones y género. El problema de la equidad en la adherencia al tratamiento. XII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población 2016.
15. Jeifetz V, Lascialanda L. De eso no se habla. Accesibilidad de mujeres embarazadas, a tratamientos por consumo problemático de drogas. Revista Salud Mental y Comunidad 2020; 7 (8): 47-61.
16. Romani, Oriol. Un enfoque de salud pública en materia de drogas. De la locura a la enfermedad a la promoción de la salud colectiva. RIOD, Madrid, 2018.
17. Ley 26.485: Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ambitos donde desarrollen sus relaciones interpersonal. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm>
18. Llopis J, Castillo A, Rebollida M, Stocco P. Uso de drogas y violencia de género en mujeres adictas en

Europa. Claves para su comprensión e intervención. *Salud y drogas* 2005; 5(2): 137-157

19. Martínez Redondo P. Perspectiva de género aplicada a las drogodependencias. Asociación de Entidades de Centros de Día (ASECEDI). Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Edita: Salamanca. Pamplona. 2008. Disponible en: <https://www.generoydrogodependencias.org/2010/08/19/perspectiva-de-genero-aplicada-a-las-drogodependencias/>

20. Setien, L. Trayectorias de consumo, accesibilidad y adherencia a tratamientos de mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas en el Hospital Especializado en Toxicología y Salud Mental de la ciudad de La Plata. Un abordaje desde la perspectiva de género. XXVI JJI Jornadas de Jóvenes Investigadores AUGM; 2018. Disponible en: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/12633/8-gnero-setien-lorena-unlp.pdf

21. Observatorio Nacional de Violencia contra las Mujeres. Violencia contra las mujeres y salud: malestar, medicalización y consumo de sustancias psicoactivas. 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/informeviolenciamedicalizacionconsumofinancial.pdf>

22. Observatorio Argentino de Drogas. Estudio nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Editor: [Buenos Aires] SEDRO-NAR, 2017

23. Observatorio Argentino de drogas. Estudio nacional sobre las modificaciones en los consumos de sustancias y las respuestas asistenciales implementadas a partir del Aislamiento Social Preventivo y Obligatorio por Covid-19. Editor: [Buenos Aires] SEDRO-NAR, 2020.

24. Tajer, D. Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. Género y Salud. Las políticas en acción. Buenos Aires. Editorial (en prensa), 2012. Disponible en: <https://www.hhri.org/es/publication/construyendo-una-agenda-de-genero-en-las-po>

liticas-publicas-en-salud/

25. Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. Plan de acción contra las violencias con motivo de género 2020-2022. 2020. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/generos/plan_nacional_de_accion_contra_las_violencias_por_motivos_de_genero

26. Ley 26.934: Plan integral para el abordaje de los consumos problemáticos. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26934-230505/texto>

27. Ministerio de las Mujeres, Políticas de Géneros y Diversidad Sexual de la Provincia de Buenos Aires. Anexo Guia Red Provincial de Dispositivos Territoriales de Protección Integral. Disponible en: <https://ministeriodelas-mujeres.gba.gob.ar/drive/archivos/Guia%20Red%20Pcial%20DPI.pdf>

**CONSEJERÍA EN DERECHOS SEXUALES,
REPRODUCTIVOS Y NO REPRODUCTIVOS
DEL HIGA SAN ROQUE DE GONNET:
CREACIÓN DE UN DISPOSITIVO PARA
AMPLIAR EL ACCESO A LA SALUD.**

**COUNSELING IN SEXUAL, REPRODUCTIVE,
AND NON-REPRODUCTIVE RIGHTS AT
THE SAN ROQUE ACUTE CARE GENERAL
HOSPITAL: CREATION OF A DEVICE TO
EXPAND ACCESS TO HEALTHCARE.**

**ACONSELHAMENTO EM DIREITOS SEXUAIS,
REPRODUTIVOS E NÃO REPRODUTIVOS NO
HOSPITAL GERAL SAN ROQUE: CRIAÇÃO
DE UM DISPOSITIVO PARA AMPLIAR A
ASSISTÊNCIA MÉDICA.**

LUCIANA BRIVIDORO¹

Contacto: Luciana Brividoro Email:

FILIACIONES:

1. Hospital Interzonal General de Agudos San Roque de Gonnet

Citar como: Brividoro L. Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud. Desde Acá. 2023; 1: p. 62-79.

Resumen

La Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos “Mía Churqui” comenzó a funcionar en marzo de 2020. Su armado se pensó de manera interdisciplinaria e interinstitucional con participación de organizaciones sociales con presencia en el territorio, de trabajadores y trabajadoras de la salud de distintas instituciones. Este trabajo intenta relatar de forma reflexi-

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

va, las diferentes instancias que atravesó la conformación de la Consejería, considerando las estrategias de articulación que se pensaron, los obstáculos que se presentaron y la manera de sortearlos. Expone que posicionamientos y saberes se pusieron en tensión durante su desarrollo, referido a aspectos individuales de la salud sexual de las mujeres y disidencias sexuales, y también a las concepciones sobre cómo construir salud. Se generó un dispositivo que permitió establecer redes formales de trabajo y contención, centrado en los y las pacientes, optimizando los recursos económico-financieros y pensando al equipo de trabajo de forma plural e inclusiva.

Palabras Clave: Consejería, derechos sexuales, salud sexual, anticoncepción, aborto

Abstract:

The Counseling on Sexual, Reproductive, and Non-Reproductive Rights “Mía Churqui” began operating in March 2020. Its creation was conceived in an interdisciplinary and interinstitutional manner, with the participation of social organizations with a presence in the area and healthcare workers from various institutions. This work aims to reflectively describe the different stages that the establishment of the Counseling went through, considering the coordination strategies that were devised, the obstacles that arose, and how they were overcome. It discusses the conflicting positions and knowledge that emerged during its development, concerning individual aspects of women’s and sexual dissidents’ sexual health, as well as conceptions about healthcare. A framework was established that allowed for the creation of formal networks of work and support, centered on the patients, optimizing economic and financial resources, and thinking of the work team in a plural and inclusive way.

Keywords: Counseling, sexual rights, sexual health, contraception, abortion

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

Resumo

A Conselheria em Direitos Sexuais, Reprodutivos e Não Reprodutivos “Mía Churqui” começou a funcionar em março de 2020. Sua criação foi concebida de forma interdisciplinar e interinstitucional, com a participação de organizações sociais com presença no território e trabalhadores da saúde de diferentes instituições. Este trabalho busca relatar de maneira reflexiva as diferentes etapas pelas quais passou a formação da Conselheria, considerando as estratégias de articulação que foram planejadas, os obstáculos que surgiram e a forma como foram superados. Ele expõe que posições e conhecimentos foram tensionados durante seu desenvolvimento, referentes a aspectos individuais da saúde sexual das mulheres e dissidências sexuais, assim como às concepções sobre como construir a saúde. Um dispositivo foi criado para permitir o estabelecimento de redes formais de trabalho e suporte, centrado nos pacientes, otimizando os recursos econômico-financeiros e pensando na equipe de trabalho de forma plural e inclusiva.

Palavras-chave: Aconselhamento, direitos sexuais, saúde sexual, contracepção, aborto

CONSEJERÍA EN DERECHOS SEXUALES, REPRODUCTIVOS Y NO REPRODUCTIVOS DEL HIGA SAN ROQUE DE GONNET: CREACIÓN DE UN DISPOSITIVO PARA AMPLIAR EL ACCESO A LA SALUD.

LUCIANA BRIVIDORO

Los movimientos de mujeres surgidos en nuestro país en los últimos años han adquirido visibilidad y fuerza de lucha a la hora de exponer ante una sociedad patriarcal las demandas del colectivo de mujeres en torno al reconocimiento de sus derechos de forma individual y grupal. En este sentido, el sistema de salud ha sido interpelado en cuanto al paradigma hegemónico que lo sustenta y que, en muchas oportunidades, colabora en sostener una dinámica que dificulta e incluso impide el acceso de las mujeres y disidencias sexuales a una salud plena, sustentada en la soberanía

Consejería en Derechos Sexuales, Reprodutivos y no Reprodutivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brivodoro L

sobre los cuerpos y en la autonomía para la toma de decisiones y participación activa en la construcción de acciones de cuidado.

En este último año, las acciones en el campo de la salud en nuestro país, se encuadraron en una de las crisis sanitarias más dramáticas que ha vivido el mundo entero y que ha afectado principalmente a las mujeres, dando lugar a un aumento en la exposición a violencias y a la vulneración de derechos. El aislamiento que demandó la pandemia por COVID-19, profundizó la situación de vulnerabilidad que sufren en el interior de los hogares mujeres, niños, niñas y adolescentes. Sobra con analizar los datos disponibles sobre femicidios y el incremento dramático de denuncias por violencia doméstica.

Desde este posicionamiento, se vuelve impostergable la necesidad de pensar en prácticas, abordajes y acompañamientos que garanticen el acceso a la salud sexual de forma individual y colectiva, favoreciendo instancias de elaboración e intercambio entre el equipo de salud y la comunidad.

La creación de redes de contención que involucren diferentes instituciones y organizaciones relacionadas con los sistemas de salud, dio lugar a la generación de dispositivos que ofrezcan una respuesta concreta y eficaz a estas demandas crecientes y urgentes.

Es así, como en el Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) San Roque de Gonnet conformamos la consejería en derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos “Mía Churqui”, que, de forma simbólica, lleva el nombre de una paciente trans víctima en primera persona de la indiferencia del sistema de salud ante la necesidad de la población de una propuesta respetuosa, situada y eficaz para contener una demanda urgente.

Entendiendo que el sistema de salud se encuentra en una etapa de reconstrucción y deconstrucción y que los avances en cuanto a la ampliación de derechos no progresan de manera uniforme en todas las instancias, el relato de la experiencia en la creación y desarrollo de la Consejería, no sólo ilustra el armado de una red en salud, sino que tal vez, pueda ser utilizado como herramienta por otras instituciones que se encuentren en el proceso de generar dispositivos similares.

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

Contexto

En el mes de marzo del año 2020, la salud en la Argentina, se encontraba atravesada por una profunda crisis, producto de los años de abandono que había sufrido.

Es ese momento, en el que la pandemia por COVID 19 comienza a afectar directamente a nuestra población, ya estábamos atravesando otras situaciones alarmantes como el brote de sarampión y la epidemia por dengue. De manera más solapada se identificaban otras amenazas para la salud que no estaban siendo abordadas.

Es el caso de las muertes maternas e ingresos hospitalarios debido a la práctica de abortos inseguros (entre 460.000 y 600.000 abortos clandestinos cada año y 53.000 internaciones por abortos al año en el sector de la salud pública de todo el país)¹ producido de abortos realizados en la clandestinidad (1 muerte materna cada 30 hs.). Esta situación se presenta en un contexto donde las violencias por motivos de género fundamentalmente la sexual, representan un impacto endémico en la salud de las mujeres, diversidades sexuales, niños, niñas y adolescentes y cuyo abordaje no se reflejaba en políticas y acciones concretas, sistematizadas y adecuadas con resultados devastadores.

Esta situación crítica funcionó además como disparador para repensar el modelo de atención dominante en la actualidad, sustentado y garantizado por la mirada biologicista de la formación médica de pre grado y por la desarticulación entre los establecimientos y equipos del primer y segundo nivel de atención. El equipo de salud era invisibilizado, jerarquizando únicamente la figura del médico, quien sentenciaba los pasos a seguir por las y los pacientes, quienes debían acatar, acompañar y obedecer las indicaciones, desestimando deseos, voluntades, creencias y entorno.

Se volvía necesario pensar en nuevos dispositivos que funcionen con una lógica plural, incorporando otros actores del sistema en los equipos de abordaje, con una dinámica de trabajo centrada en las y los pacientes.

Hasta el momento, en el hospital San Roque, el acceso a los derechos sexuales se encontraba limitado, ya que se planteaba desde un modelo de atención médico hegemónico, hospitalocéntrico y heteronormatizado, que en su planteo no sólo no favorece, sino

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

que en obstaculiza el contacto de la comunidad con el equipo de salud. Era a través del servicio de Toco ginecología exclusivamente, que las personas usuarias recibían alguna intervención en lo referido a derechos sexuales. Las barreras sociales, culturales, religiosas y geográficas que se ponían en juego, planteaban las acciones contempladas en materia de derechos sexuales como privilegios.

El servicio, había establecido redes y circuitos con otros niveles de atención, pero que se limitaban a la atención de muy pocas patologías (embarazo de alto riesgo principalmente). Estas redes, a su vez, no incluían a la población proveniente del área de influencia del hospital, la cual representa aproximadamente el 40% de la consulta del hospital, considerando sólo a un sector reducido del área programática. No se contaba con redes y equipos hospitalarios que permitiesen un acompañamiento integral de las pacientes y el vínculo con el hospital se reducía a consultas programadas, con objetivos específicos que generalmente respondían a la resolución de patologías puntuales o de controles pautados (control ginecológico anual).

En cuanto al cuidado durante el embarazo, el servicio se especializa en el abordaje de embarazos de alto riesgo, dentro de los cuales se incluye el embarazo en adolescentes. A pesar de esto, la estrategia de atención se basaba en el control físico y en llevar adelante los nacimientos. El marco sociocultural de la persona gestante considerada de alto riesgo tenía un papel secundario en la atención, sin considerar que es éste el que en muchas situaciones convierte una gesta en una situación de salud de riesgo elevado. Sólo un número reducido de pacientes accedía a entornos de cuidado en el período de pre parto, en condiciones carentes de toda sistematización, además de orientar los contenidos a los cambios y situaciones relacionadas con el cuerpo, con un planteo unidireccional en el flujo del saber. Esto, sumado a otras situaciones, desembocaban en circunstancias de violencia obstétrica, muchas veces naturalizada como una parte más de la dinámica en la atención.

No existían entornos destinados al abordaje en salud de las diversidades sexuales. Las particularidades y necesidades de las personas de la comunidad LGBT+ no encontraban en el hospital

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

respuesta alguna. El vínculo entre el colectivo y el hospital reproducía los estándares de la lógica patriarcal y hegemónica, alcanzando de forma reiterada, situaciones de violencia de diferente intensidad. Una postura expulsiva que abonaba a la marginalidad que el colectivo recibía de la sociedad en general. Lxs pacientes no sólo no accedían a tratamientos de readecuación corporal, sino que eran vulnerados sus derechos al reconocimiento de su identidad, al acceso a testeos y tratamiento de enfermedades como el VIH y la sífilis, que actualmente diezman a la población LGBT+ y reduce de manera dramática su expectativa de vida.

Con respecto a la sexualidad, la población no encontraba ninguna instancia de contacto en la cual plantear sus inquietudes y demandas. No se contaba con entornos destinados a abordar la sexualidad ni siquiera desde los aspectos patológicos. La escasa consulta espontánea que podía producirse no era considerada como una oportunidad para construir salud y, si se concretaba, era abordada desde una perspectiva exclusivamente patologizante y binaria que desalentaba la participación personal y comunitaria.

La anticoncepción se ofrecía desde el consultorio de Planificación Familiar, situación por demás simbólica a la hora de entender el posicionamiento desde el que el hospital recibía las consultas. Los métodos de anticoncepción que se ofrecían se limitaban a anticonceptivos orales y DIU, reproduciendo los estereotipos y acuerdos patriarcales que depositan en la mujer la responsabilidad de la anticoncepción. No se realizaban vasectomías a pesar de contar con especialistas calificados, pero sí ligaduras tubarias. Las mujeres que lograban referenciarse con el consultorio de Planificación Familiar, debían esperar más de un mes para concretar la primera consulta, debido a la reducida franja horaria de atención y a la alta demanda. Esta situación, se veía empeorada aún más por el hecho de que una paciente debía concurrir en cinco oportunidades o más, antes de obtener un método anticonceptivo.

El acceso a la interrupción legal del embarazo, también se realizaba a través del servicio de Toco ginecología. Para aceptar realizar un aborto, las causales que motivaban su solicitud debían ser la violación y el abuso. Se desatendía la causal salud, en el sentido definido por la Organización Mundial de la Salud. La mayoría de los trabajadores y las trabajadoras integrantes del servicio eran

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

objetores de conciencia, lo cual daba lugar a situaciones de obstaculización y de violencia hacia las mujeres que llegaban al servicio transitando un aborto. La objeción de conciencia guiaba la actitud del equipo de salud mucho más allá de sus alcances. Las pacientes que no accedían al aborto seguro en el hospital recurrían finalmente a prácticas clandestinas o se veían obligadas a llevar adelante embarazos no deseados, sin ningún tipo de acompañamiento, porque el primer nivel de atención tampoco respondía a esta demanda, ya sea que analicemos el área de influencia o el rol de los centros de atención primaria de la salud del área programática del hospital.

Reconociendo este contexto, el objetivo fue poder garantizar las intervenciones más urgentes en materia de salud sexual y reproductiva en el marco de una pandemia que imponía un aislamiento social estricto y que modificaba profundamente las maneras que el equipo de salud contaba para vincularse con la comunidad.

Marco legal

Existía en el país un marco legal amplio tendiente a garantizar los derechos sexuales y que generaba el escenario propicio para la implementación de políticas sanitarias para el acceso a la salud sexual, reproductiva y no reproductiva.

La legislación en materia de derechos sexuales puede resumirse en las siguientes normas:

- Ley 26485 (2009). Protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en los que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Ley nacional 25673 (2002). Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.
- Ley 23849 (1990) Convención sobre los Derechos del Niño.
- Ley 26061 (2005). Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.
- Ley 26743 (2012). Ley de Identidad de Género.

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

- Ley 26378 (2008). Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad.
- Ley 26150 (2006). Educación Sexual Integral (ESI).
- Ley 25808 (2003). Prohíbe sanciones o acciones que impidan o perturben la escolaridad de estudiantes embarazadas, en período de lactancia o paternidad.
- Ley 25273 (2000). Inasistencias justificadas por razones de gravidez. - Ley 26130 (2006). Anticoncepción quirúrgica.
- Ley 26862 (2013). Fertilización asistida.
- Ley 25929 (2004). Parto humanizado.
- Ley 26618 (2010) Matrimonio igualitario.
- Ley 23798 (1990) Ley Nacional de Sida.
- Artículo 86 del Código Penal, Abortos legales (no punibles) - Resolución 989/2005 del Ministerio de Salud de la Nación, Atención post aborto.

El armado de la consejería

El documento de trabajo “Consejerías en salud sexual y salud reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación”, elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación en 2014, define a las consejerías en salud sexual y reproductiva como

espacios de asesoramiento personalizado y orientados por las necesidades de las personas que consultan sobre temas vinculados a la sexualidad. Son espacios de encuentro entre integrantes del equipo de Salud y personas usuarias del sistema de Salud, que tienen como objetivo principal fortalecer la autonomía de las personas para que tomen decisiones sobre su propia salud sexual y salud reproductiva de la manera más consciente e informada posible.²

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

Si incluimos los conceptos que se ponen en juego en esta definición y lo relacionamos con el análisis de los alcances y conflictos que suponen las situaciones descriptas en el apartado anterior, e identificando de manera crítica las falencias en la atención

que presentaba el hospital, podemos concluir en que existía la necesidad de conformar y poner en marcha una consejería en derechos sexuales dentro del hospital. Este entorno, debía ser considerado como el nodo de una red que incluya, pero trascienda el abordaje que pueda brindar el hospital, realizando una articulación sistematizada con el primer nivel de atención y con niveles superiores.

La adhesión del gobierno de la provincia de Buenos Aires al Protocolo de Implementación de la Interrupción Legal del Embarazo en enero de 2020, y la necesidad de adherir y cumplir con esa normativa, constituyó el sustrato legal necesario para pensar a la Consejería en el contexto de la pandemia.

A la hora de planificar la Consejería, se tuvieron en cuenta además de la conformación del equipo de salud, las necesidades edilicias, la estrategia comunicacional interna y externa, las características de la población que conforma el área programática y el área de influencia del hospital, la situación del primer nivel de atención, la relación con los otros hospitales de la región, las instancias de articulación con la Región Sanitaria y con el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles y necesarios.

Análisis de situación de la población involucrada

La población que conforma el Área Programática del hospital se encuentra constituida por aproximadamente 200.000 personas, que habitan en el amplio territorio que lo rodea.

Esta población se referencia en 14 CAPS. Cabe destacar que en los centros de salud del área no se desarrollan actualmente, programas de salud sexual y reproductiva, más allá de algunas intervenciones aisladas y sin articulación en lo referido a anticoncepción y controles durante el embarazo. Sólo uno de ellos garantiza el acceso a ILE, por lo cual la población se referenciaba en la red de Socorristas ante un embarazo no deseado, a través de la cual las mujeres se contactarían más adelante con la Consejería. Dentro del área, se identifican barriadas, asentamientos y sectores en situación de vulnerabilidad social, lo cual suma barreras a la hora de la vinculación con el sistema de salud.

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brivodoro L

El hospital recibe a su vez, personas provenientes de lo que constituye su área de influencia conformada por la población proveniente del sur del conurbano bonaerense (Región Sanitaria VI), principalmente de las localidades de Florencio Varela y Berazategui, y que representa aproximadamente el 40% de la consulta. A estas poblaciones se sumarían posteriormente integrantes de la comunidad LGBT+ de la ciudad de La Plata y Gran La Plata, que por diferentes motivos se referenciaron con el hospital y colaboraron en el diseño, desarrollo e implementación de estrategias de salud específicas, principalmente para el colectivo travesti/trans.

Las particularidades de las poblaciones involucradas evidenciaban la necesidad de re formular, entre otras medidas, las modalidades y protocolos de acceso a la interrupción legal del embarazo, dado que, en numerosas situaciones, la situación de vulnerabilidad social que sufrían las mujeres, niños, niñas y adolescentes, constituía una causal que no era considerada hasta el momento.

El equipo de salud

Desde un punto de vista conceptual y con un posicionamiento político sanitario definido, basado en la necesidad de ampliación de derechos y de la inclusión de toda la población dentro de la planificación de las acciones en salud, la conformación del equipo que integraría la Consejería debía responder a otro modelo de atención, centrado las personas atendidas y con una transversalidad que asegure que las intervenciones consideren todos los aspectos, instancias y actores que se ponen en juego cuando se trata de abordar la salud sexual. Las personas integrantes de este equipo debían concebir a las acciones de salud por fuera de sus convicciones morales y religiosas, reconociendo la autodeterminación de las y los usuarios, sus derechos, capacidades y saberes a la hora de lograr acuerdos para construir acciones en salud. Su composición y modalidad de trabajo debían ser transdisciplinarias y contemplar instancias de capacitación y formación específicas. Esta transversalidad, implicaba no sólo desplazar a la figura del médico del lugar de centralidad en el que lo ubica el modelo de salud dominante, sino también reformular el flujo de la toma de decisiones.

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

Se conformó un núcleo de referencia con integrantes de los servicios de Servicio Social, Clínica Médica, Salud Mental y Toco ginecología. Con la maduración del equipo inicial, se identificó la necesidad de incorporar representantes del servicio de Pediatría, área administrativa, enfermeras, enfermeros y obstétricas. Se planificó efectivizar estas incorporaciones a medida que se vaya garantizando la formación necesaria para que se puedan desarrollar las actividades requeridas de la mejor manera posible para la población y para el equipo en sí mismo. Para lograr este objetivo, desde la Dirección del hospital se establecieron acuerdos con los servicios involucrados, dado que la propuesta tensionaba la modalidad de organización y atención preeminente y requería una readaptación de horarios, trabajo y ocupaciones del personal involucrado. Al momento de la realización de este trabajo, esta instancia de planificación seguía en marcha para jerarquizar dentro del hospital el rol de la Consejería y la propuesta de trabajo que ella plantea.

Simultáneamente, se establecieron redes de trabajo con áreas que, indirectamente se veían involucradas con el funcionamiento de la consejería, como el Centro Quirúrgico, el Centro Obstétrico, Área de Asuntos Legales y los servicios de Docencia e Investigación, Laboratorio, Farmacia y Diagnóstico por Imágenes. La vinculación con la Unidad de Urología, fue fundamental para implementar la realización de vasectomías, así como lo fue la inclusión en la extensión del proyecto, de profesionales especialistas en cirugía plástica que permitan ofrecer procedimientos quirúrgicos de reafirmación del género. La articulación efectiva con estos sectores facilitaba el objetivo de brindar un abordaje integral. La creación del Servicio de Área Programática y Redes en Salud (SAPS), permitió que la consejería contara con un equipo a través del cual articular con el primer nivel de atención de forma más integral, proyectando acciones no sólo a través de los CAPS, sino también de organizaciones con anclaje territorial y representatividad comunitaria.

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividor L

Comunicación. Afianzar la red

Una vez conformado el equipo de salud de la Consejería, el objetivo fue visibilizarla y difundir sus incumbencias y propuestas

de trabajo tanto hacia el interior de la comunidad hospitalaria, como hacia afuera de la misma. En este sentido, se identificó la necesidad de generar y sostener una comunicación efectiva que se adaptara a la lógica vertical existente, pero que además incorporara una dinámica transversal. Desde la Dirección del hospital, conjuntamente con la oficina de Prensa y Comunicación, se diseñaron instancias de comunicación con el primer nivel de atención, el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Región Sanitaria XI, la Dirección provincial de Equidad de Género en Salud y la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud de la provincia. La comunicación con la población, se incluyó dentro de la estrategia comunicacional de forma prioritaria: era necesario mantener un contacto directo con los usuarios y las usuarias a través de vías accesibles y adaptables a las diferentes particularidades: se crearon redes sociales de la Consejería, las cuales se articularon estratégicamente con las redes sociales del hospital, se habilitó una línea de telefonía móvil exclusiva, se produjo material impreso con información útil para entregarle a las personas que así lo requieran. Simultáneamente, se establecían vías de comunicación con las consejerías emplazadas en otros hospitales de la región.

Con respecto a la comunicación interna, se establecieron circuitos de difusión para que todo el equipo de salud tomara conocimiento de la existencia de la consejería, su dinámica de trabajo, sus alcances y propósitos, pero también sus necesidades y requerimientos. La información fluía de forma radial, rompiendo con el sistema vigente que consistía en la comunicación directa sólo con los responsables de áreas y servicios, para dar lugar a vínculos comunicacionales con todo el personal del hospital.

Capacitación

Si bien el núcleo de trabajo de la consejería estaba conformado por trabajadoras y trabajadores del hospital que desarrollaban sus actividades desde de un enfoque de género claro y con formación en salud sexual y reproductiva, uno de los desafíos fue incluir la perspectiva de género a todas las áreas involucradas y para ello, se definió a la capacitación como la mejor estrategia para lograrlo, entendiendo que este tipo de intervenciones en la

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

formación del equipo de salud eliminaría las barreras culturales que impedían el desarrollo pleno de las acciones dirigidas a garantizar la salud sexual y reproductiva.

Se desarrollaron actividades de sensibilización para residentes ingresantes, protocolos de actuación ante diferentes problemáticas relacionadas con la salud sexual, fundamentalmente en lo relacionado al abordaje de la salud de las diversidades sexuales y con la interrupción legal del embarazo, a través de las cuales se ponía en evidencia de forma más dramática la ausencia de la implementación de políticas de género en las acciones en salud. Por otro lado, se propuso que los y las residentes de las áreas involucradas en funcionamiento de la Consejería, puedan realizar rotaciones programadas en ella, no sólo para que adquieran saberes específicos relacionados con su función, sino para que, además, puedan vivenciar otra manera de vincularse con los y las pacientes, trabajando bajo otro paradigma sanitario desde una experiencia docente.

También se incluyeron actividades de capacitación y sensibilización impulsadas por la Región Sanitaria XI y el Ministerio de Salud, para lo cual fue clave la utilización de herramientas virtuales extendidas durante el desarrollo de la pandemia de COVID19. Uno de los aspectos que se rescatan de una situación tan dramática.

Recursos edilicios, diagnósticos y terapéuticos

El funcionamiento de la consejería no suponía, en primera instancia, una disponibilidad edilicia importante, lo cual fue una gran ventaja, dado que actualmente el espacio físico es uno de los aspectos críticos que atraviesa el hospital, donde se identifica un déficit del espacio situado principalmente en el área de consultorios externos, aulas y salones para actividades grupales.

Se establecieron días y horarios de atención presencial de acuerdo a la disponibilidad de consultorios disponibles y se desarrollaron las reuniones del equipo en el área de Docencia e Investigación de forma presencial y en el aula de Telemedicina y otras oficinas cuando se desarrollaban actividades de forma virtual.

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

Debido a la gran demanda de acceso a ILE, los primeros recursos que debieron asegurarse para garantizar la atención fueron aquellos relacionados con esta necesidad. Así, se articuló con el Programa de Salud Sexual y Reproductiva de la Región Sanitaria XI, el cual garantizó la provisión de misoprostol y métodos anti-conceptivos de forma continua. También facilitó el abastecimiento de dispositivos para prácticas específicas (AMEU). Asimismo, y a través de la organización del trabajo con el Servicio de Diagnóstico por Imágenes, se aseguró el acceso a las ecografías pre y post aborto de manera fluida.

En el último trimestre del año, y en vistas del desarrollo del Programa de Acompañamiento para el Abordaje Integral de la Salud de la Población LGBT+ vehiculizado por el SAPS del hospital, se profundizó la vinculación con el Programa de Implementación de Políticas de Género y Diversidad del Ministerio de Salud de la provincia, a través del cual se contará con los recursos necesarios para realizar tratamientos hormonales de adecuación corporal.

Conclusiones, reflexiones y comentarios

- Más del 80% de la demanda de ILE recibida en la Consejería, era pasible de ser acompañada desde el primer nivel de atención, lo cual puso en evidencia el déficit de ese sector en cuanto a la oferta de abordajes en salud sexual. De la misma manera, la consulta proveniente de la comunidad LGBT+, comenzó a concentrarse en el hospital, cuestionando de un modo activo, el sistema de referencia poblacional según el área programática y poniendo en juego nuevamente el deseo y la autonomía de las personas usuarias, quienes fueron las que motorizaron este vínculo entre el hospital y el colectivo de disidencias sexuales.
- Hubo resistencia de varios sectores del hospital a la propuesta de implementación de la Consejería. Identificamos que dicha resistencia se basaba, por un lado, en la amenaza que veían en referencia a la necesidad de la Consejería de contar con personal de los servicios a su cargo, lo cual suponía revisar la organización y distribución del trabajo hacia adentro del sector, y, por otro lado, el cuestionamiento que la creación y emplazamiento de la Consejería y de las redes que se construyen a su alrededor re-

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

presentaban para sus propias concepciones, creencias y posicionamientos con respecto al registro del otro, del hospital, de la salud y de sí mismos.

- Al cuestionar el modelo de salud, se abre un abanico de aspectos a analizar, dentro del cual se encuentran numerosas demandas de salud hasta el momento imperceptibles y que salen a la luz con el sólo hecho de reivindicar a las personas usuarias como el centro del sistema y cambiar la perspectiva con la que se define lo normal (“sano”) y lo que no lo es. La necesidad de acceder a la salud sexual y reproductiva de forma integral sea, tal vez, una de las instancias en las que esta situación se expone con mayor claridad. Un sistema de salud centrado en los y las pacientes implica en primera instancia, enfocar las acciones desarrolladas en el campo de la salud desde la autonomía y capacidad de las personas de intervenir activamente en la construcción de gestos de cuidado individuales y colectivos, reivindicando el aspecto socio cultural de los y las pacientes como determinantes en el proceso de salud-enfermedad. Si bien las creencias y posicionamientos del equipo de salud también se ponen en juego en estos vínculos, cobran un papel secundario a la vez que se igualan entre los y las diferentes integrantes del equipo. Lo obvio e indiscutible comienza a desdibujarse a medida que desafiamos los límites de las creencias. Se discuten así la heterosexualidad, el sistema binario y heteronormatizado, el mandato de la maternidad y el lugar desde donde se juzga a la mujer como buena o mala madre entre otros aspectos ligados a la sexualidad que prevalecen hasta el día de hoy. Esto permite que afloren otras demandas y necesidades de intervenciones, previamente desapercibidas.

- De la misma manera que debemos necesariamente cambiar el enfoque para identificar esta demanda “oculta”, debemos utilizar una actitud similar a la hora de (re) pensar instancias y dispositivos de intervención para dar respuestas adecuadas. Surge así la necesidad de incorporar espacios como las consejerías en las cuales la dinámica de trabajo que se establece desde la transversalidad del equipo de salud, reivindicando el rol que los miembros no médicos del equipo juegan en la construcción de la salud.

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brivodoro L

Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y no Reproductivos del HIGA San Roque de Gonnet: creación de un dispositivo para ampliar el acceso a la salud

Brividoro L

- Analizado desde esta óptica, el sistema de salud ofrece otras barreras que dificultan el acceso de la población a prácticas saludables. Requiere una redistribución de los recursos disponibles y una reasignación de los roles que se ponen en juego en las diferentes instancias dentro y fuera del hospital (primer nivel de atención, por citar un ejemplo).
- Estos aspectos fueron considerados al momento de conformar la Consejería en Derechos Sexuales, Reproductivos y No Reproductivos en el hospital, problematizando los alcances que tiene el plantear los abordajes en salud centrados en los y las pacientes. La creación y puesta en marcha de la consejería, fue entendida como una respuesta política a una demanda que se asume como válida y merecedora de acciones específicas, sólo si se encuadra dentro de este mismo enfoque.

Bibliografía

1. CELS y otros. Informe Conjunto. Examen periódico Universal Argentina. Evaluación de Tercer Ciclo. Acceso al aborto en la Argentina [Internet]. 2017 [citado 13 de agosto de 2023]. Disponible en: <http://feim.org.ar/2017/03/30/epu-informe-conjunto-acceso-al-aborto-en-argentina/>

2. Chera S, Meneghetti M y colaboradores: documento de trabajo: "Consejerías en salud sexual y salud reproductiva: propuesta de diseño, organización e implementación". Ministerio de Salud de la Nación. Agosto 2014 Meneghetti M, Musacchio O, Wasylyk Fedyszak MS y Leone C: Consejerías en salud sexual y salud reproductiva. Ministerio de Salud de la Nación, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Marzo 2017

Souza Campos G: La Clínica del Sujeto: Por una clínica reformulada y ampliada. 1997.

Ministerio de Salud de la Nación: Atención de la Salud Integral de Personas Trans, Travestis y No Binarias: Guía para equipos de salud. Actualización 2020.

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable: De la investigación a la acción. Aportes para la reflexión de los equipos que hacen Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. 2012

Fundación Huésped: Guía sobre salud sexual y reproductiva y diseño de proyectos para organizaciones sociales.

Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable: Métodos anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras. Ministerio de Salud de la Nación. 2010.

Faúndes A, Barzelatto J: El drama del aborto. En busca de un consenso. Tercer Mundo Editores. 2005.

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DOCENTE EN APS.

INCORPORATION OF GENDER PERSPECTIVE IN SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTHCARE: PROPOSAL FOR TEACHING INTERVENTION IN PRIMARY HEALTH CARE

INCORPORAÇÃO DA PERSPECTIVA DE GÊNERO NO ATENDIMENTO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PEDAGÓGICA NA APS.

VILDA DISCACCIATI¹

Contacto: Vilda Discacciati - **Email:** vilda.discacciati@gmail.com

FILIACIONES:

1. Hospital Italiano de Buenos Aires - Centro de Investigación en Ciencias Sociales, Humanas y Salud del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires

Citar como: Discacciati V. Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: propuesta de intervención docente en APS. Desde Acá. 2023; 1: p. 80-90.

Resumen

En este texto presento un proyecto de intervención que consiste en una propuesta de educación médica que cristaliza algunos de los contenidos recorridos en la Diplomatura de Género y Salud de la UNAJ. Organizo el texto con una descripción del modo habitual de trabajo y su justificación. En una segunda sección desarrollo el marco conceptual de la propuesta de curso breve, se explicitan los objetivos, a quiénes está dirigido y la modalidad.

Palabras Clave: Salud sexual y reproductiva, APS, formación,

Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: Propuesta de intervención docente en APS

Discacciati V

perspectiva de género.

Abstract

In this text, I present an intervention project that consists of a proposal for medical education that crystallizes some of the content covered in the Gender and Health Diploma from UNAJ. I organize the text with a description of the usual working method and its justification. In a second section, I develop the conceptual framework of the proposal for a short course, outlining the objectives, the target audience, and the format.

Keywords: Sexual and reproductive health, Primary Health Care, training, gender perspective.

Resumo

Neste texto, apresento um projeto de intervenção que consiste em uma proposta de educação médica que cristaliza alguns dos conteúdos percorridos na Diplomatura de Gênero e Saúde da UNAJ. Organizo o texto com uma descrição do modo habitual de trabalho e sua justificação. Em uma segunda seção, desenvolvo o quadro conceitual da proposta de curso breve, onde são explicitados os objetivos, para quem é direcionado e a modalidade.

Palavras-chave: Saúde sexual e reprodutiva, APS, formação, perspectiva de gênero.

Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: Propuesta de intervención docente en APS

Discacciati V

INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DOCENTE EN APS.

VILDA DISCACCIATI

Introducción

La formación de la residencia en medicina familiar y la educación médica continua entre pares sobre los aspectos vinculados a prácticas preventivas en personas con útero y capacidad de gestar, es un área que históricamente se inscribía bajo el título de “salud de la mujer” y forma parte mi desempeño laboral docente como médica de familia desde el año 1997. Dicha área incluyó siempre temas de prevención del cáncer y problemas frecuentes de consulta ambulatoria en “la mujer” término que reemplazo actualmente por prácticas preventivas en personas con útero y capacidad de gestar. Bajo el tópico de salud (no) reproductiva se encuentran los temas de salud sexual, anticoncepción, interrupción de la gestación, infecciones de transmisión sexual, violencia de género. Cabe señalar que algunas de estas transformaciones en los temas han formado parte del currículo oculto durante varios años. Parte de la actividad docente es transferir destrezas prácticas, analizar marco teórico, construir habilidades comunicacionales y elaborar materiales -ya sean textos, espacios áulicos, ateneos, supervisión en la atención médica, y otros encuentros de educación continua. También implica la actualización constante en contenidos y en docencia. En este contexto de trabajo se fue generando la necesidad de implementar cambios en la currícula para la formación de residentes, actualización constante de los materiales, extendiéndolos al contexto socio-político y jurídico, aspectos no siempre visibilizados en medicina. Aquí es donde entra en juego la categoría género, y el desafío es introducirlo de manera transversal a todos los contenidos de la formación médica.

Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: Propuesta de intervención docente en APS

Discacciati V

El campo de la especialidad en medicina familiar es amplio, por lo que el propósito fue comenzar por un recorte: aunque la meta sería, a futuro, poder introducirlo en todos los aspectos del proceso salud-enfermedad, porque trae de manera inherente la mirada de los derechos humanos, tracciona la ética del cuidado, e incluye a la complejidad aplicada a la Atención Primaria de la Salud (APS). No obstante, desde mi experiencia en la institución, la perspectiva de género parecería ser resistida en ciertos sectores, así como en otras áreas es reconocida como necesaria. Por estos motivos, la propuesta es realizar una intervención de educación breve, asociada a una temática específica como es la salud sexual, en una primera instancia, ajustada a formalidades y líneas internas, lo cual también implica evitar la duplicación o superposición con otras áreas o especialidades en pos de favorecer a mediano y largo plazo una articulación que termine instalando la mirada de inclusión a la diversidad y no requiera de intervenciones especiales.

La categoría “género” ha comenzado a hacerse visible y necesaria en el abordaje de los temas de salud. Si bien hay diferentes puertas de entrada, dado que es un eje transversal que involucra las políticas institucionales partiendo por ejemplo de la paridad de género en puestos de decisión en salud ¹, algunos estudios han analizado la feminización de la medicina, poniendo de relieve una matrícula en medicina mayoritariamente femenina y patrones de distribución de especialidades que dialogan con el cuidado, evidencian la segregación horizontal y roles estereotipados femeninos ². Algunas áreas de trabajo en salud como enfermería están a tal punto feminizadas que se mencionan en genérico gramatical plural femenino cuando se hace referencia al sector. Por otro lado, también empieza a haber un movimiento para revisar la evidencia sobre la cual se fundamenta la práctica médica, mostrándole la necesidad de construir evidencias considerando la categoría género ³. Otro tema es el de la formación del equipo de salud, quizás sería oportuno revisar las currículas y ver si acompañan los cambios que la sociedad va marcando.

Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: Propuesta de intervención docente en APS

Discacciati V

Como comenté antes, la actividad docente también incluye actualizar materiales y documentos, como la re-edición de capítulos de libros o material educativo, donde algunos temas o la mayoría requieren ser re-escritos por completo no solo para actualizar contenido biomédico, sino también para incluir una perspectiva de derecho y diversidad. Al explorar la bibliografía, aunque de manera no exhaustiva o sistemática, se recuperan publicaciones que así lo expresan, por lo que la necesidad va más allá del recorte personal o institucional. Un trabajo realizado en Chile pone en evidencia la ausencia de una perspectiva de género de la enseñanza médica y su repercusión en desigualdades en la atención de salud, con foco en las mujeres y personas LGBT+, reconociendo la importancia de incorporar una conciencia de género en la formación inicial de profesionales de la salud⁴. Cabe resaltar que aplica a cada capítulo de la medicina, como por ejemplo se ha analizado en temas cardiovasculares donde se han demostrado los sesgos de género, lo cual impulsa a desarrollar mejoras desde la formación profesional⁵. Como mencioné antes, se podría hacer un análisis documental a partir de la búsqueda en currículos docentes, así como indagar entre los expertos en enseñanza a profesionales de la salud para pensar estrategias en la incorporación de cambios lo cual implica también implementar políticas institucionales convergentes con la mirada de género⁶.

Por todo ello, ante los vacíos de formación, una estrategia es comenzar con iniciativas de educación breve, recortada a una temática. Éste es el sentido de la propuesta presentada, orientada a salud sexual y reproductiva por cuestiones de factibilidad, aunque es necesario instalar la perspectiva de género de manera transversal a la atención de la salud⁷.

Desarrollo de la propuesta de curso breve

Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: Propuesta de intervención docente en APS

Discacciati V

El objetivo general de la propuesta es propiciar la introducción al género como categoría en APS en el abordaje de la salud sexual y (no) reproductiva. Los objetivos específicos son: a-Incorporar la mirada inclusiva en salud no reproductiva, para consejería de

métodos anticonceptivos, sexualidad y abordaje de la interrupción legal/voluntaria del embarazo; b-Introducir una ruptura del marco epistémico sexual heteronormativo y binario en la conformación de nuevos modelos de familia; c-Favorecer la construcción marco de atención holístico, centrado en las personas en el recorte de la atención primaria de la salud sexual ¿ A quiénes está dirigida? A profesionales del equipo de salud, en principio dentro de la institución para lo cual se trabajará en la difusión y comunicación interna.

La oferta de cursos e instancias de formación en salud sexual y género es amplia y variada desde diferentes sectores y organismos, ya sean gubernamentales, fundaciones o instituciones académicas. Revisando la variedad ofertada, aunque no de manera exhaustiva, a priori la mayoría se basa en derechos reproductivos, están dirigidos a educación sexual integral, prácticas educativas en nivel inicial o medio o de comunicación. Por otro lado, la oferta también es a nivel de posgrados, en maestrías con opciones interesantes. Por el contrario, el énfasis de esta intervención que aquí es presentada es introducir el marco conceptual para aplicarlo a la práctica clínica, a la consulta diaria, en un dispositivo educativo breve.

En el instituto universitario donde trabajo se incorpora la mirada de género dentro de la currícula de grado para medicina, en el marco de un programa basado en problemas, donde participo desde el departamento de Ciencias Humanas en temas de Bioética sobre salud reproductiva, y de manera similar en la licenciatura de Enfermería y en la de Instrumentación Quirúrgica. No obstante, los espacios para visibilizar la mirada de género son recientes, de implementación lenta pero sostenida. Cabe señalar que recientemente se conformó un grupo con diferentes especialidades clínicas y quirúrgicas para el abordaje de aquellas personas que desean modificaciones de su cuerpo, y el departamento de informática ha trabajado la identidad de género, en el sistema de información, por ejemplo en la historia clínica electrónica.

Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: Propuesta de intervención docente en APS

Discacciati V

Marco teórico del curso

Los contenidos planteados para recorrer en la propuesta educativa giran en torno a categorías centrales: género, perspectiva de género e interseccionalidad. Por lo cual, tomo las definiciones de Marta Lamas⁸ como marco conceptual; esta autora introduce el problema del sexismo, como una mirada basada en funciones reproductivas diferentes sobre la cual cada cultura realiza prácticas, discursos y representaciones sociales, en una construcción de género que condiciona las conductas de las personas, estableciendo lo propio de cada sexo. Por otro lado invita a desarmar esto, pues necesariamente genera discriminación y desigualdades. Además para generar el cambio, afirma Lamas, la ruptura refuerza el ejercicio o puesta en práctica; esto porque no son suficientes las declaraciones en sí mismas, se requiere romper con presupuestos sociales en el ámbito laboral, público y privado con medidas que corrijan aquellos factores que favorecen la desventaja de las mujeres.

El otro aspecto a recorrer es “la perspectiva de género” es decir, reconocer cuándo se trata de diferencia sexual y cuándo son ideas, representaciones y prescripciones sociales que toman de base la diferencia sexual, que a nivel social construye su cultura, con ejemplos claros en la división del trabajo y la construcción de la maternidad. En este punto cabe remarcar que perspectiva de género es cuestión no solo de mujeres, y que se beneficia la sociedad, se eliminan obstáculos y discriminaciones, ofreciendo condiciones más equitativas.

Un tema importante es el de discapacidad y pocas veces incluido en los temas de salud sexual. Su relevancia está dada porque alrededor del 10% de la población mundial, o sea 650 millones de personas vive con una discapacidad según informa la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. Según el Informe Mundial sobre la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial, constituye la minoría más importante, además que su inciden-

Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: Propuesta de intervención docente en APS

Discacciati V

cia parecería mayor en mujeres que en hombres, siendo la tasa de prevalencia de discapacidad femenina en el mundo del 19.2 % 9. Entonces, las personas con discapacidad frecuentemente quedan excluidas y, los derechos de mujeres adolescentes con discapacidad suelen ser vulnerados o frecuentemente ignoradas en los temas de sexualidad ¹⁰⁻¹³.

Un tercer concepto nuclear es también la interseccionalidad ¹⁴ actualmente planteado para salud pública, representado como esa intersección letal entre problemas de salud, económicos y la cuestión ética. Sigue la misma línea que se plantea en la agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de “No dejar a nadie atrás”, a nadie por fuera de la salud. Para esto se requieren nuevas formas de comprender la complejidad de las inequidades en salud, sobre todo en las poblaciones más vulnerables. El concepto de la interseccionalidad , es necesario incluirlo como enfoque, para el análisis de las estructuras y procesos de poder que producen y sostienen desigualdades sanitarias. Propuesto inicialmente en 1989 por Kimberlé Crenshaw y con origen en diferentes teorías, la feminista negra, la feminista indígena, la feminista del tercer mundo, la teoría queer, y poscolonial. Entendiendo que va más allá de examinar factores individuales sino que se centra en las relaciones e interacciones entre los diferentes factores ¹⁵.

Para finalizar otra línea teórica interesante a incluir es el pensamiento de Paul Preciado, partiendo de la ruptura a la cual nos invita. Si bien se dirige a la comunidad psicoanalítica¹⁶ incluye a la medicina en tanto una normatividad de corte binario, además de heterosexual, haciendo un llamado a hacer un epistemicidio por un lado, y a pensar el cuerpo como “someteca” (cuerpo político).

Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: Propuesta de intervención docente en APS

Discacciati V

Sobre estas bases conceptuales organizo los objetivos de trabajo, contenidos y material de lectura para elaborar una propuesta de curso de formato virtual.

Reflexión

La propuesta planificada es solo un punto de partida, el propósito es sumar acciones y actividades para instalar el tema, que por ejemplo al ser difundido desde la intranet del hospital, da visibilidad a una línea que merece ser abordada desde diferentes espacios de trabajo. De manera tal que se ensambla con otras acciones, que si bien cada una tiene su finalidad específica, genera sinergias. Un ejemplo es la instalación de bancos rojos que se hizo durante el 2021, para visibilizar la violencia de género hacia la mujer. Por lo cual, se van sumando acciones que demuestran cómo la perspectiva de género se va instalando en la agenda.

Incorporación de la perspectiva de género en la atención de salud sexual y reproductiva: Propuesta de intervención docente en APS

Discacciati V

Bibliografía

1. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 2018: Género en el sector salud: feminización y brechas laborales. 1a ed. Buenos Aires: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD. 2018. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/20180409-genero-sector-salud-feminizacion-brechas-laborales.pdf>
2. Pagotto V, Giunta D, Dawidowski A. Enfoque de género en las residencias médicas de un hospital universitario. *MEDICINA (Buenos Aires)* 2020; 80: 219-228.
3. Caughey AB, Krist AH, Wolff TA, Barry MJ, Henderson JT, Owens DK, Davidson KW, Simon MA, Mangione CM. USPSTF Approach to Addressing Sex and Gender When Making Recommendations for Clinical Preventive Services. *JAMA*. 2021; 326(19):1953-1961.
4. Valenzuela V. A, Cartes V. R. Perspectiva de género en la educación médica: Incorporación, intervenciones y desafíos por superar. *Rev. chil. obstet. ginecol* 2019; 84(1): 82-88.
5. Juárez-Herrera y Cairo LA, Juárez MIE, Gómez MCA. El análisis sexo/género en la enseñanza/aprendizaje de la medicina. El caso de las enfermedades cardiovasculares. *Inv Ed Med*. 2021; 10(37):78-87.
6. Valenzuela-Valenzuela AV, Cartes-Velásquez R. Ausencia de perspectiva de género en la educación médica. Implicaciones en pacientes mujeres y LGBT+, estudiantes y profesores. *latreia*. 2020; 33(1):59-67
7. Verdonk P, Mans LJ, Lagro-Janssen AL. Integrating gender into a basic medical curriculum. *Med Educ*. 2005; 39(11):1118-25.
8. Lamas M. La perspectiva de género. *La Tarea, Revista de Edu-*

cación y Cultura de la Sección 47 del SNTE 1996; No. 8.

9. UNFPA. Mujeres y jóvenes con discapacidad. Directrices para prestar servicios basados en derechos y con perspectiva de género para abordar la violencia basada en género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. 2018. Disponible en https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Disability_Guidelines_in_Spanish.pdf

10. Holland-Hall C, Quint EH. Sexuality and Disability in Adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 2017; 64(2):435-449. doi: 10.1016/j.pcl.2016.11.011. Epub 2017 Feb 13. PMID: 28292457.

11. Kattari SK, Turner G. Examining More Inclusive Approaches to Social Work, Physical Disability, and Sexuality. *J Soc Work Disabil Rehabil.* 2017; 16(1):38-53

12. Hardoff D. Sexuality in young people with physical disabilities: theory and practice. *Georgian Med News.* 2012; (210):23-6.

13. Kapilashrami A, Hankivsky O. Intersectionality and why it matters to global health. *Lancet.* 2018; 391(10140):2589-2591

14. Bowleg L. Evolving Intersectionality Within Public Health: From Analysis to Action. *Am J Public Health.* 2021; 111(1):88-90

15. Crenshaw, K W. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review* 1991, 43 (6), pp. 1.241-1.299. Traducido por: Raquel (Lucas) Platero y Javier Sáez. Disponible en: <https://www.uncuyo.edu.ar/transparencia/upload/crenshaw-kimberle-cartografando-los-margenes-1.pdf>

16. Preciado P. Yo soy el monstruo que os habla. Informe para una academia de psicoanalistas. Ed Anagrama, Barcelona . 3ra Ed. 2021

LICENCIATURA EN OBSTETRICIA DE LA UNAJ: POR EL DERECHO A PARIR CON RESPETO, CUIDADO Y AMOR

BACHELOR'S DEGREE IN OBSTETRICS UNAJ: FOR THE RIGHT TO GIVE BIRTH WITH RESPECT, CARE AND LOVE

GRADUAÇÃO EM OBSTETRÍCIA UNAJ: PELO DIREITO DE PARIR COM RESPEITO, CUIDADO E AMOR

VERÓNICA RODAL¹

FERNANDO VALLONE¹

Contacto: Fernando Vallone – **Email** fervallone@gmail.com

FILIACIONES:

1. Carrera de Obstetricia, Instituto de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Arturo Jauretche

Citar como: Rodal V, Vallone F. Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor. Desde Acá. 2023; 1: p. 91-113.

Resumen

El objetivo principal del presente trabajo es el de relatar el proceso de creación de la Licenciatura en Obstetricia en la Universidad Nacional Arturo Jauretche. La situación global muestra un déficit de 1,1 millones de trabajadoras/es dedicadas/os en forma exclusiva a la Salud Sexual, Reproductiva, Materna, Neonatal y del Adolescente, siendo el más acuciante el de matronas. Tanto nuestro país como la provincia de Buenos Aires y la Región Sanitaria VI exhiben similar situación, en un territorio de alta demanda de atención perinatal. Esta propuesta fue pensada para que las y los egresados contribuyan a mejorar la calidad y seguridad en la atención perinatal y de la salud sexual reproductiva y no re-

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

productiva con un enfoque centrado en la perspectiva de género y en la garantía de los derechos de las personas con útero y de las personas recién nacidas.

Palabras Clave: Partera, obstetricia, parto, derechos reproductivos, atención prenatal

Abstract

The main objective of this paper is to describe the creation process of the Obstetrics Degree at the Arturo Jauretche National University. The global situation shows a deficit of 1.1 million workers dedicated exclusively to Sexual, Reproductive, Maternal, Neonatal and Adolescent Health, the most pressing being midwives. Both our country and the province of Buenos Aires and Sanitary Region VI exhibit a similar situation, in a territory with a high demand for perinatal care.. This proposal was designed so that graduates contribute to improving the quality and safety of perinatal care and sexual reproductive and non-reproductive health with an approach focused on the gender perspective and guaranteeing the rights of people with uterus and newborn people.

Keywords: Midwife, obstetrics. Childbirth, reproductive rights, prenatal care

Resumo

O objetivo principal deste artigo é relatar o processo de criação do Curso de Obstetrícia da Universidade Nacional Arturo Jauretche. A situação mundial mostra um déficit de 1,1 milhão de trabalhadores dedicados exclusivamente à Saúde Sexual, Reprodutiva, Materna, Neonatal e do Adolescente, sendo o mais premente as parteiras. Tanto nosso país quanto a província de Buenos Aires e a Região Sanitária VI apresentam situação semelhante, em um território com alta demanda de atenção perinatal. Esta proposta foi pensada para que os egressos contribuam para a melhoria da

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

qualidade e segurança da assistência perinatal e saúde sexual reprodutiva e não reprodutiva com uma abordagem centrada na perspectiva de gênero e garantia dos direitos das pessoas com útero e recém-nascido.

Palavras-chave: Parteira, obstetrícia, parto, direitos reprodutivos, pré-natal

LICENCIATURA EN OBSTETRICIA UNAJ: POR EL DERECHO A PARIR CON RESPETO, CUIDADO Y AMOR

VERÓNICA RODAL
FERNANDO VALLONE

Introducción

La salud sexual, reproductiva, materna, neonatal y adolescente (SSRMNA) es un componente esencial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que impulsa la Organización de las Naciones Unidas¹. A fin de mejorar la SSRMNA, se debe reforzar el compromiso con el personal sanitario, y aumentar la inversión que se le destina.

Las/os Licenciadas/os en Obstetricia (llamados en otros ámbitos y tradiciones de Latinoamérica: obstétricas o matronas) son las y los profesionales cuyo desempeño conlleva el más bajo índice costo/beneficio enfocado a la atención de la persona gestante². La articulación entre el primer y segundo nivel de atención de la salud es una de sus características destacables en la asistencia del proceso de embarazo, parto y puerperio, reduciendo la morbilidad materna en sistemas sanitarios que contemplan la presencia de dichas/os profesionales en ambos niveles de atención.

En distintos informes de organismos nacionales e internacionales, la evidencia expone la contribución positiva que hacen las/os profesionales de la partería a la salud y el bienestar de las personas gestantes, así como sobre las y los recién nacidos y sus familias, a corto y largo plazo^{3 4}.

De acuerdo al documento de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que plantea el fortalecimiento de una educación de partería de calidad, con la atención por parte de matronas que incluya intervenciones comprobadas para la salud materna y la salud del recién nacido, así como para planificación familiar, se “podría evitar 80% de todas las muertes maternas, mortinatos y muertes neonatales”⁵.

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

La publicación propone un plan de acción para fortalecer la educación en partería, con un programa de siete pasos orientados a lograr una formación profesional de calidad que incluye entre otros la recolección de datos y evidencia, la preparación de las instituciones educativas realizando ajustes en las prácticas y en sus docentes, y el fortalecimiento de habilidades, normas y planes de estudio.

Situación de la partería a nivel mundial

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) dirigió la elaboración y presentación del informe “El Estado de las Matronas en el Mundo 2021”⁶ en colaboración con la OMS y la Confederación Internacional de Matronas (ICM), junto con el apoyo de 32 organizaciones. Esta iniciativa pone de manifiesto la escasez de Licenciadas/os en Obstetricia a nivel mundial.

El análisis de éste indica un déficit global, con relación a las necesidades actuales, de 1,1 millones de trabajadoras/es dedicadas/os en forma exclusiva a la SSRMNA. Esta escasez involucra a todas/os las/os profesionales de la SSRMNA, si bien la más acuciante corresponde a las matronas y al personal general de partería.

Ante esta situación, plantean que se hace necesario invertir en cuatro aspectos clave: 1) planificación, gestión y regulación del personal sanitario, y en el entorno laboral, 2) educación y formación de alta calidad de las matronas, 3) mejoras dirigidas por las matronas en la prestación de servicios de SSRMNA, y 4) el liderazgo y la gobernabilidad de la partería.

La partería en las Américas y en el país

El informe El estado de las matronas en el mundo 2021⁶ detalla que la región de las Américas presenta el menor porcentaje de profesionales de partería del total mundial, configurando además la región con menor densidad de éstos por cada 10.000 habitantes, como muestra el siguiente cuadro.

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

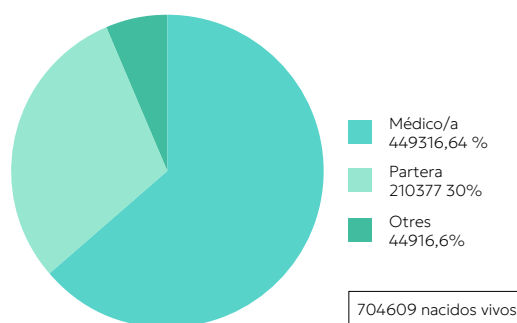
Rodal V, Vallone F.

Región de la OMS	Número de países que indican recuento / todos los Estados miembros de la OMS	Tamaño del personal general de partería en miles (% del total mundial)	Densidad por cada 10.000 habitantes
África	37/47 (79%)	259 (14%)	2,6
Américas	23/35 (66%)	160 (8%)	1,9
Medit. Oriental	15/21 (71%)	175 (9%)	3,2
Europa	52/53 (98%)	424 (22%)	4,6
Asia Sud-oriental	8/11 (73%)	588 (31%)	10,4
Pacífico Occident.	25/27 (93%)	289 (15%)	5,9
Medit. Oriental	15/21 (71%)	175 (9%)	3,2

Fuente: Adaptado de UNFPA, El Estado de las Matronas en el Mundo 2021

En consonancia con este informe, y a pesar de ser la Argentina un país donde la partería se constituye en una carrera de grado universitario desde hace más de un siglo existe una importante escasez de este grupo profesional; y a punto de partida de las nuevas incumbencias profesionales en la provincia de Buenos Aires⁷, también una mayor demanda de formación de profesionales de esta especialidad con características que aborden las nuevas problemáticas socio sanitarias de la población.

Al respecto, según un informe del Ministerio de Salud de la Nación⁸, a nivel país sólo el 30% de los partos son asistidos por obstétricas:

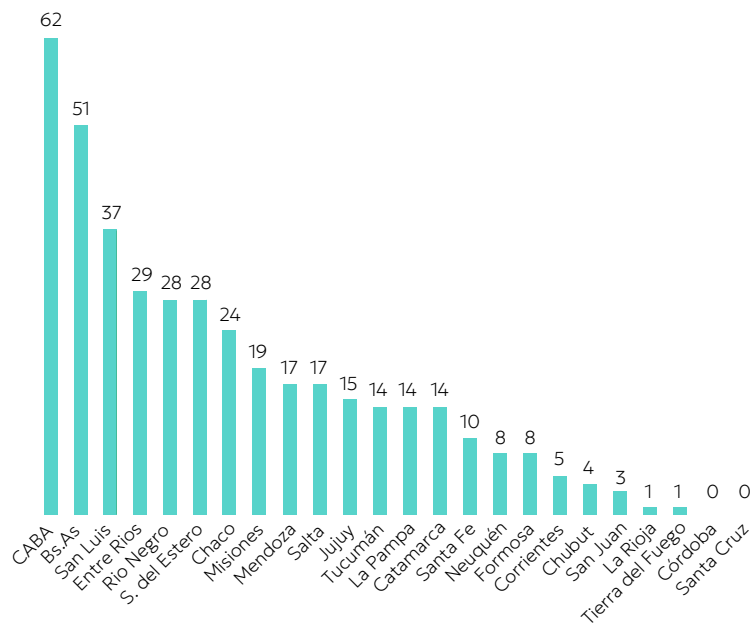


Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

Fuente: Obstétricas - Formación y Ejercicio: Estado de situación en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social; Buenos Aires, 2019

El mismo informe muestra que en CABA la atención del parto por parteras trepa al 62%, en la provincia de Buenos Aires alcanza el 51%, y en el otro extremo en Córdoba y Santa Cruz es cero:



Fuente: Obstétricas - Formación y Ejercicio: Estado de situación en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social; Buenos Aires, 2019

Buenos Aires y la Región Sanitaria VI

Para poder visualizar la magnitud de la población de interés de estos profesionales, cabe mencionar que en el último informe de estadísticas vitales publicado por la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS), en el año 2021⁹ se registraron en el país 529.794 nacidos vivos, de los cuales 190.096 correspondieron a la provincia de Buenos Aires, y entre éstos, 130.299 se trataron de nacimientos asistidos en los partidos del conglomerado del Gran Buenos Aires (GBA). Esto quiere decir que uno de cada cuatro nacimientos ocurridos en el país, sucede en el GBA.

Según el Colegio de Obstétricas de la Provincia de Buenos Aires, para el año 2015 el país contaba con un total aproximado de 3.500 obstétricas matriculadas, de las cuales 2.363 se encontraban en ac-

tividad en el sector público. Sin embargo se necesitaban en ese momento y para cubrir sólo sector público (hospitales y Centros de Atención Primaria de la Salud – CAPS) unas 8.150 obstétricas¹⁰, datos ya adelantados por el Ministerio de Salud de la Nación en el Consejo Federal de Salud del año 2008.¹¹

La provincia de Buenos Aires está dividida, desde la perspectiva sanitaria, en 12 regiones. Cuatro de ellas pertenecen al Conurbano, entre las cuales se destaca la Región Sanitaria VI (RS VI), que comprende los nueve municipios del Conurbano sur y concentra el 25% de la población bonaerense. Es a su vez la que alberga a la Universidad Nacional Arturo Jauretche y a los municipios de mayor influencia de la misma.

La RSVI cuenta con una Red Perinatal conformada en el año 2008, cuyo objetivo es organizar la atención de los nacimientos, según la categorización de las maternidades y neonatologías: garantizando, por ejemplo que la atención de nacimientos prematuros suceda en servicios que cumplan con las Condiciones Obstétricas y Neonatales Esenciales (CONE) y dotados con recursos de mayor complejidad; todo esto para disminuir la mortalidad perinatal.

Durante el año 2021 al interior de esta Red (con 15 maternidades públicas) se produjeron 29.237 nacimientos, de los cuales el 72% fueron partos normales¹². Estos datos muestran que la RSVI aporta el 20% del total de nacimientos de la Provincia de Buenos Aires.

Las consecuencias de la baja calidad de atención

La Mortalidad Materna representa a nivel mundial un serio problema de salud pública. En nuestro país la Razón de Mortalidad Materna del año 2022 ascendió a 4,1 por cada 10.000 nacidos vivos¹, siendo las principales causas las Emergencias Obstétricas (hemorragias, estados hipertensivos, infecciones) aunque en 2022 esta cifra se vió también impactada por la pandemia de COVID-19.

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

1. <https://www.argentina.gob.ar/noticias/el-ministerio-de-salud-anuncio-un-nuevo-descenso-en-la-mortalidad-infantil#:~:text=A%20nivel%20nacional%2C%20la%20tasa,cada%2010%20mil%20nacidos%20vivos>

En un hecho de preocupante actualidad, esta demanda no cubierta de profesionales de la obstetricia, sumada a la insatisfacción de ciertos sectores de la población por las deficientes condiciones en que se atienden el parto y el nacimiento en muchos establecimientos (incumpliendo las normas nacionales establecidas en documentos de ya larga existencia¹³), da lugar a la aparición por fuera del sistema de atención de la salud de personas formadas precariamente (y por lo tanto no habilitadas) que bajo el supuesto de brindar una atención respetuosa de las personas gestantes las expone a situaciones de alto riesgo para ellas y sus hijas e hijos.

En consecuencia resulta fundamental mejorar la calidad de atención de los Servicios de Obstetricia, particularmente en la formación y capacitación constante de las y los profesionales que asisten procesos de embarazo.

Es imprescindible que los equipos profesionales se actualicen en el diagnóstico, manejo integral y resolución de las emergencias obstétricas para prevenir la morbilidad materna por medio de medidas oportunas y específicas.

En este sentido las y los licenciadas/os en obstetricia son parte de los equipos de atención y deben estar formadas/os y capacitadas/os para brindar asistencia no sólo en los procesos de embarazo de bajo riesgo sino también en el diagnóstico de la emergencia, la toma de conducta en medidas iniciales con la aplicación de protocolos vigentes y la actuación como parte de un equipo interdisciplinario de abordaje.

Qué parteras y parteros necesitamos

Si bien es derecho de toda persona gestante elegir dónde y cómo transitar su proceso de embarazo, parto y puerperio, debería estar acompañada por profesionales de la obstetricia que puedan garantizar con sus conocimientos técnicos la capacidad de resolver situaciones de emergencia, siempre en el marco de la garantía de derechos y con una mirada amorosa de ese momento.

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

Esto implica contar con profesionales de la partería que estén capacitadas y capacitados adecuadamente y tengan la experiencia necesaria para brindar una atención segura y de calidad a las personas tanto durante el embarazo, el parto y el postparto como en las otras etapas de su vida sexual.

De igual modo, que se dispongan a trabajar interdisciplinariamente en equipos permanentemente actualizados en las más novedosas prácticas y tecnologías basadas en evidencia científica, relacionadas con la atención prenatal y obstétrica.

También necesitamos que respeten las diferentes culturas y tradiciones relacionadas con el parir y nacer, que estén dispuestas y dispuestos a trabajar con las personas gestantes y sus familias comprendiendo y atendiendo sus necesidades y preferencias individuales.

En resumen, necesitamos parteras y parteros con excelente capacitación, que demuestren empatía, sensibilidad y que se dispongan a brindar atención y contención centradas en los derechos, con el objetivo de garantizar una experiencia de parto segura y satisfactoria, así como una vida sexual plena y saludable.

Las carreras y el ejercicio profesional de la partería en el país

Antes de la creación de la Licenciatura en Obstetricia en la UNAJ existían en el país 14 carreras, de las cuales ocho son de gestión pública y seis privadas¹⁴. El Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), al analizar esas carreras indica que sólo cuatro contemplan una duración (de acuerdo con su plan de estudios) de cinco años, y las restantes 10, de cuatro años.

El informe concluye, entre otras cuestiones, que no están incluidos como temas relevantes aspectos relacionados con anticoncepción, embarazo no intencional, aborto y post aborto. De igual modo la formación está muy orientada a la atención de las personas embarazadas, el parto y el puerperio, en desmedro del cuidado de las que no están embarazadas o que cursan embarazos

no intencionales, y que el tema de aborto y post aborto se halla minimizado y no enfocado desde la perspectiva de derechos¹⁴.

Con relación a la matrícula, tanto las inscripciones como los egresos han ido en aumento en el quinquenio 2012-2016, con un absoluto predominio femenino que alcanzaba el 95% en ese período⁸.

El origen común de la mayoría de estas escuelas ha sido como dependientes de las escuelas de medicina y la profesión considerada una rama auxiliar de la medicina, tal como rezaba textualmente la “Ley del ejercicio de la medicina y sus ramas auxiliares” del Estado de Buenos Aires del año 1877¹⁵.

Por otro lado existe una diversidad de regulaciones provinciales relativas al ejercicio profesional de la partería. Exceptuando a Catamarca y Santa Cruz, el resto de las provincias poseen algún tipo de normativa reguladora, y en seis de ellas se trata de leyes específicas del ejercicio profesional⁸.

A nivel nacional existe la ley 17132, del año 1967, que trata de las Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas. El Capítulo II se refiere en cuatro artículos al ejercicio profesional, refiriendo que el mismo “queda reservado a personas de sexo femenino” y restringiendo su perfil desde el Artículo 2 que lo define como “... personas que colaboren con los profesionales responsables² en la asistencia y/o rehabilitación de personas enfermas o en la preservación o conservación de la salud de las sanas...”¹⁶.

Aun cuando han existido intentos de actualización de la ley de ejercicio profesional de la obstetricia a nivel nacional, hasta el momento eso no ha sido posible de lograr.

El ejercicio profesional en Buenos Aires

La ley provincial 14802⁷ promulgada en el año 2015 modifica la anterior ley 11745 (1996), y establece una ampliación de las incumbencias profesionales de las/los licenciadas/os en Obstetri-

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

2. N de los A.: énfasis agregado

cia, de modo que se convierte en la norma más avanzada del país vinculada a la profesión.

Entre otras varias cuestiones podemos mencionar el Art. 7, que pasa de no describir ningún alcance en la ley precedente, a incluir 26 en la nueva norma:

1. Brindar asesoramiento, consejería y consulta a la mujer durante los períodos preconcepcional, concepcional y postconcepcional; el pre y post aborto y la perimenopausia, tendiendo al mejoramiento de la calidad de vida de la mujer en todas las etapas del ciclo vital de su salud sexual y reproductiva.
2. Ofrecer consejerías integrales en salud sexual y procreación responsable a fin de evitar la incidencia de embarazos no planificados y prevenir abortos.
3. Brindar consulta para prevenir la violencia basada en género y, especialmente la violencia obstétrica y garantizar los derechos de la salud reproductiva, conforme a la Ley Nacional N° 26485.
4. Indicar e interpretar análisis de laboratorio, diagnóstico por imágenes y todo estudio para el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la mujer durante los períodos preconcepcional, concepcional y postconcepcional, el pre y post aborto y la perimenopausia.
5. Diagnosticar y evaluar los factores de riesgo obstétricos y referir según niveles de atención.
6. Detectar precozmente el embarazo y controlar el mismo bajo su responsabilidad;
7. Controlar y conducir el trabajo de parto.
8. Inducir el trabajo de parto según indicación médica.
9. Asistir el parto y el alumbramiento.
10. Brindar atención durante el puerperio inmediato y mediato, de bajo riesgo.

11. Practicar la toma para la Detección de la Infección por *Streptococo β hemolítico*;
12. Realizar e interpretar monitoreo fetal, e interpretar los estudios complementarios de ayuda diagnóstica para evaluar salud fetal, oportunamente informados por el especialista de referencia.
13. Integrar el equipo de salud interdisciplinario en la atención de pacientes de alto riesgo que son referidas a niveles de complejidad.
14. Ejecutar medidas de emergencia en caso necesario, hasta que concurra el especialista.
15. Prescribir vacunas del Calendario Nacional y fármacos según vademécum obstétrico de acuerdo a las tareas de promoción y prevención de la salud.
16. Fomentar el vínculo madre - hijo y la lactancia materna.
17. Coordinar y dictar los Cursos de Preparación Integral para la Maternidad, según Ley 13509.
18. Realizar acciones de prevención, promoción y consejería en salud sexual y reproductiva, según Ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable N° 25673 y Ley Provincial N° 13066 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable y/o futuras modificaciones.
19. Brindar asesoramiento, consejería e indicar métodos anticonceptivos.
20. Colocar Dispositivo Intrauterino (DIU), las/os que acrediten competencia en esta práctica ante el organismo de aplicación; quienes no acrediten esta competencia, deberán capacitarse en Instituciones habilitadas a tal fin por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
21. Brindar consulta que permita detectar precozmente el cáncer cérvico – uterino y mamario y la derivación oportuna al especialista;

22. Realizar la extracción de material necesario para exámenes rutinarios y por disposición de programas sanitarios, del tipo Papanicolau, cepillado endocervical y exudados vaginales, para la detección precoz de cáncer cérvico-uterino, y pesquisa de enfermedades de transmisión sexual; durante los períodos preconcepcional, concepcional y postconcepcional, el pre y post aborto y la perimenopausia.

23. Brindar consulta y tratamiento de las afecciones del tracto genital inferior de menor complejidad, previniendo el parto pre-término; la ruptura prematura de membranas ovulares o la corioamnionitis;

24. Brindar consejería y atención a niños, niñas y adolescentes, tanto en los ámbitos de salud como de educación.

25. Extender certificados prenatales, de atención, de descanso pre y post natal y de nacimiento y otros preventivo-promocionales; confeccionar, evolucionar y suscribir la historia clínica; expedir las órdenes de internación y alta para la asistencia del parto de bajo riesgo en todos los ámbitos;

26. Participar en el campo de la Medicina Legal, efectuando peritajes dentro de su competencia previa capacitación en instituciones habilitadas por la Suprema Corte de Justicia.

Pensando el territorio desde la UNAJ

La propuesta de creación de la carrera se fundamentó en la escasez de licenciadas/os en obstetricia, teniendo en cuenta el impacto positivo de la labor de estos profesionales en la salud de las mujeres y personas gestantes, ampliamente documentado por organismos nacionales e internacionales.

El proyecto institucional de la Universidad Nacional Arturo Jauretche incluyó esta carrera desde sus inicios, dando cuenta de

la cultura institucional de la misma, que propone trabajar para mejorar las condiciones del territorio del que es parte, compartiendo las luchas y tradiciones con su gente.

La experiencia territorial de consolidación de la profesión obstétrica, como también la conformación y fortalecimiento de las redes en salud perinatal, de la mano de uno de los docentes fundadores de esta casa de estudios, Vicente Ierace, posiciona a la Universidad Nacional Arturo Jauretche como un ámbito sumamente propicio para el desarrollo de esta carrera.

El plan de estudios de la Licenciatura en Obstetricia fue diseñado de acuerdo a criterios que retoman los aspectos enunciados en la Misión de la UNAJ:

“calidad académica con inclusión social”, en una propuesta que contempla las condiciones de ingreso y las trayectorias del estudiantado y propone una experiencia de calidad educativa y alto compromiso con el territorio;

“promover la igualdad en el conjunto de la sociedad”, siendo esta una propuesta que transversaliza los ejes de la Educación Sexual Integral, que aportan las perspectivas de Derechos Humanos, género, discapacidad y diversidad, así también como la de la afectividad.

“conocimiento universal desde los saberes producidos por nuestra comunidad”, planteando una formación que articula los saberes profesionales con los que preparan para la producción del conocimiento, la vinculación, la investigación y la producción textual académica;

“la responsabilidad social con las necesidades y demandas de la región”, una carrera en respuesta a las demandas y necesidades del territorio, así como también a la tradición de aprendizaje y gestión de políticas públicas sanitarias de la región.

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

De este modo, la nueva carrera responde de manera sustantiva al proyecto original de nuestra universidad y da cuenta además de todo lo recorrido, aprendido y compartido con el territorio del que forma parte indivisible.

Florencio Varela y su historia de Obstétricas

Un precedente importante a nivel local, se generó en Florencio Varela, durante la gestión del Secretario de Salud Dr. Vicente Ierace, quien en el año 1987 incorporó licenciadas en obstetricia en los centros de salud del municipio para realizar los controles prenatales de las personas gestantes del distrito, con lo que logró un significativo aumento de la captación y seguimiento de embarazos. Esto fue considerado un componente esencial del trabajo de los equipos de los CAPS^{17,18}. Luego, el Programa Materno Infantil de la Provincia de Buenos Aires replicó esta estrategia en el modelo que se sigue implementando hasta el día de la fecha¹⁹.

En la actualidad, el municipio de Florencio Varela cuenta con un Hospital Zonal General de Agudos (Hospital “Mi Pueblo”), cuyos servicios de maternidad y neonatología se hallan categorizados como de nivel IIIB por el Ministerio de Salud de la Nación²⁰, donde se asisten embarazos y partos de alta complejidad. Además, se ubica en el lugar de mayor cantidad de nacimientos de la provincia y se halla preparado para realizar actividades docentes vinculadas con la carrera.

La Licenciatura en Obstetricia UNAJ, una propuesta innovadora

Tomando en consideración todo lo planteado, esta propuesta fue pensada para que las y los egresados contribuyan a mejorar la calidad y seguridad en la atención perinatal y de la salud sexual reproductiva y no reproductiva con un enfoque centrado en la perspectiva de género y en la garantía de los derechos de las personas con útero y las personas recién nacidas.

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

Como el resto de las carreras del Instituto de Ciencias de la Salud, Obstetricia posee un primer año común (el Ciclo Básico de Salud) que permite la integración de estudiantes de diversas disciplinas en actividades áulicas pero también de vinculación territorial, vivenciando desde el inicio de su formación profesional las condiciones de vida de la población a la que luego deberán cuidar, debatiendo acerca del derecho a la salud, revisando los diferentes posicionamientos epistemológicos y prácticas profesionales, introduciéndose en la complejidad y, aunque sea de manera elemental, iniciando el ejercicio del trabajo interdisciplinario.

Luego, la estructura curricular de la carrera tiene algunos aspectos innovadores como las prácticas preprofesionales que se realizan en el Primer Nivel de Atención ya desde los primeros años, donde las y los estudiantes pueden adquirir determinadas habilidades integrando contenidos en profundidad con el trabajo comunitario, en los que se propone realizar un análisis y reflexión constante sobre procesos y modelos de atención de la salud.

Durante el transitar por los siguientes años estas prácticas preprofesionales irán complejizando las problemáticas abordadas en el recorrido propuesto por el segundo y tercer nivel de complejidad.

Organizada en tres ciclos de formación (Ciclo Básico en Salud, Ciclo de Formación General y Ciclo de Formación Clínica) permite que la/el egresada/o logre adquirir en cada uno de ellos habilidades que les permitan la resolución de problemas cada vez más complejos. Se espera promover el pensamiento crítico sobre la forma en que se desarrollan y asisten los procesos de salud - enfermedad- atención- cuidado- autocuidado.

Atendiendo las necesidades de adquirir habilidades técnicas y resguardando la seguridad del paciente, se proponen actividades de Simulación Clínica de Alta y Baja Fidelidad que serán desarrolladas en el SIMUNAJ³.

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

3. <https://www.unaj.edu.ar/nuevo-biosimulador-para-el-centro-de-simulacion-clinica-simunaj/>

Actualmente nuestro Centro Universitario de Simulación cuenta con tecnología avanzada para el desarrollo de estrategias pedagógicas innovadoras, creando un ambiente seguro tanto para las y los usuarios de los servicios de salud, como para las y los estudiantes que realizan prácticas de forma segura, pudiendo repetir los procedimientos e intervenciones todas las veces que sea necesario o cometer errores sin perjuicios⁴.

En el diseño de la nueva carrera se tuvo en cuenta la Ley provincial 14.802 del año 2015 que como dijimos modifica en aspectos sustantivos las incumbencias de las y los profesionales de la obstetricia conferidas por la anterior Ley 11.745. De esta manera, la formación de las próximas generaciones de egresadas y egresados de la Licenciatura en Obstetricia UNAJ será de las más abarcativa en lo que respecta a dotar de destrezas, habilidades y capacidades para el ejercicio de la profesión no sólo en nuestra Región Sanitaria y provincia, sino en cualquier otra región del país.

Un aspecto no menos importante de la nueva propuesta formativa es la incorporación con carácter obligatorio (en el quinto y último año de la carrera), de la asignatura denominada “El aborto como problema de salud pública”, que pone acento, conocimientos y habilidades para el abordaje de esta compleja temática enmarcada hoy en la ley 27610 de interrupción voluntaria del embarazo.

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

4. N de los A.: Si bien la Simulación hoy se presenta como una práctica innovadora, ya hacia finales del siglo XVIII Madame Angélique Marguerite Le Boursier du Coudray recorrió toda Francia enseñando el arte de la obstetricia con su simulador de parto y nacimiento. “El maniquí que ideó Madame du Coudray — conocido como La máquina — estaba hecho de madera, cartón, tela y algodón, y consistía en una reproducción exacta de la pelvis de una mujer durante el parto. Además, contaba con otro maniquí que representaba a un recién nacido, así como una placenta y un cordón umbilical.” (ver Montero Glez. Feminismo, arte e injusticia. Diario El País; Madrid, 11/3/2021. Disponible en: <https://elpais.com/ciencia/2021-03-11/feminismo-arte-e-injusticia.html>)

Diagrama del plan de estudio de la Licenciatura en Obstetricia UNAJ

CICLO BÁSICO DE SALUD	PRIMER AÑO									
	Salud Pública	Problemas de la historia Argentina	Biología para ciencias de la salud	Taller de lectura y escritura	Conocimiento y ciencias de la salud	Matemática	Física y química para ciencias de la salud	Prácticas culturales	EXTRA CURRICULARES	
								Informática	Inglés	
EVALUACIÓN INTEGRADORA I										
CICLO BÁSICO DE SALUD	Conocimiento disciplinar en profundidad				Articulación entre disciplinas, comunidades y servicios de salud					
	SEGUNDO AÑO		Desarrollo embrio-fetal 1	Estructura y función 1	Intro. a la Obstetricia 1	Perfil socio sanitario	Estrategias de APS	Papel de la obstétrica en el 1er nivel	Maternidad centrada en la fila.	
			Desarrollo embrio-fetal 2	Estructura y función 2	Intro. a la Obstetricia 2	Abordaje de violencias	Participación comunitaria	Lactancia materna	Salud ginecológica	
			Obstetricia patológica 1	Sociología del nacimiento	Psicología aplicada	Prevenición y promoción de la salud	Multi, Inter y trans disciplina	Interculturalidad	Nutrición	
			Obstetricia patológica 2	Intro. a la neonatología	Farmacología general	Alto riesgo perinatal	Adolescencia	Cuidados del recién nacido	Prevenición de ITS	
EVALUACIÓN INTEGRADORA II										
CICLO BÁSICO DE SALUD	Conocimiento disciplinar en profundidad				Articulación entre disciplinas, comunidades y servicios de salud					
	CUARTO AÑO		Neonato-logía patológica	Infecto Inmunología	Orga-nización de los servicios de salud	Perfil socio sanitario	Estrategias de APS	Papel de la obstétrica en el 1er nivel	Maternidad centrada en la fila.	
			Farmacología obstétrica	Metodología de la investigación científica	Comu-nicación en salud	Abordaje de violencias	Participación comunitaria	Lactancia materna	Salud ginecológica	
			Obstetricia Clínica Centro de Simulación							
EVALUACIÓN INTEGRADORA III										
CICLO BÁSICO DE SALUD	Conocimiento disciplinar en profundidad				Práctica Final Obligatoria (PFO)					
	QUINTO AÑO		El aborto como problema de salud pública	Obstetricia legal, Deontología y bio-ética	Epidemio-logía	Electiva	Primer y segundo nivel de atención 42 semanas			

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

Fuente: elaboración propia

A modo de cierre

El compromiso de la UNAJ con las necesidades del territorio ha sido una de las piedras angulares de su creación y crecimiento. La planificación de la Licenciatura en Obstetricia viene a saldar una deuda histórica de formación profesional en un área muy sensible dentro de la atención y cuidados en salud. Pero además, se la plantea como una carrera innovadora sin dejar de ser fiel a la tradición misma de la partería en Florencio Varela, allí donde se dio lugar un profundo replanteo de la profesión, sus incumbencias y alcances. En definitiva, una carrera que se enfoca en preparar profesionales que velen por el derecho a parir con respeto, cuidado y amor.

Licenciatura en Obstetricia de la UNAJ: Por el derecho a parir con Respeto, cuidado y amor.

Rodal V, Vallone F.

Bibliografía

1. Organización de Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
2. UNFPA, El Estado de las Parteras Partería 2021. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/sowmy>
3. Organización Panamericana de la Salud. Herramientas para el fortalecimiento de la partería profesional: lineamientos para tomadores de decisiones y planificadores para fortalecer la regulación, acreditación y educación de las parteras tradicionales. 2 ed. Montevideo: CLAP/SMR; 2010. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1578). Edición revisada y aumentada por el CLAP/SMR.
4. Las obstétricas en la salud sexual y reproductiva: un agente estratégico. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Plan Nacional de Prevención del Embarazo no Intencional en la Adolescencia, 2019
5. Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization; 2019
6. El estado de las matronas en el mundo 2021. Disponible en: <https://www.google.com/url?q=https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/21-038-UNFPA-SoWMy2021-Report-ESv7131.pdf&sa=D&source=docs&ust=1652464242305879&usg=AOvVaw1lkLYGUm12wONg35P08f5o>
7. Ley 14802. Disponible en: <https://normas.gba.gob.ar/documentos/xAzk8UoB.html#:~:text=Brindar%20consulta%20para%20prevenir%20la,Ley%20Nacional%20N%C2%B0%2026485.>
8. Obstétricas - Formación y Ejercicio: Estado de situación en Argentina. Ministerio de Salud y Desarrollo Social; Buenos Aires, 2019. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/de->

fault/files/obstetricas._ejercicio_y_formacion_2019.pdf

9. Ministerio de Salud de la Nación. Estadísticas vitales – Argentina Año 2021. Serie 5 Número 65. Buenos Aires, marzo de 2023. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/serie_5_nro_65_anuario_vitales_2021_-_web.pdf

10. Colegio de Obstétricas de la provincia de Buenos Aires. Necesitamos más parteras para salvar más vidas. Disponible en: <https://copba-cs.org.ar/necesitamos-mas-parteras-para-salvar-mas-vidas/#:~:text=Actualmente%20existen%20en%20el%20pa%C3%ADs,cuentan%20con%20servicio%20de%20maternidad.>

11. Ministerio de Salud de la Nación. Secretaría de Salud Comunitaria. Anexo 10 mort materna-Presentación, CoFeSa 2008. Disponible en: <https://www.msal.gob.ar/images/stories/cofesasa/2008/acta-03-08/anexo-10-03-08.pdf>

12. Ministerio de Salud de la Pcia. Bs. As. Información en Salud. Recursos/servicios/Partos y cesáreas provincia /año 2021.

13. Maternidad segura y centrada en la familia con enfoque intercultural - Guía para transformar maternidades tradicionales en Maternidades Centradas en la Familia. Ministerio de Salud, Argentina. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/maternidad-segura-y-centrada-en-la-familia-con-enfoque-intercultural>

14. Lucheti, G; Ramos, S; Zurbriggen, R. La formación de grado en obstetricia en Argentina: una exploración de planes y programas de estudio. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CEDES, 2022. (El trabajo obstétrico en la salud sexual y reproductiva, 3). Disponible en: <https://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4696>

15. Martín, A.L.(2018).Partear y cuidar en Buenos Aires (1877-1920). Una aproximación comparativa Anuario del Instituto de Historia Argentina, 18 (1), e061. <https://doi.org/10.24215/2314-257Xe061>

16. Ley 17132. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-17132-19429/actualizacion>
17. Rodríguez M. Vicente Ierace: Militante de la salud pública. Revista Mestiza - UNAJ. Disponible en: <https://revistamestiza.unaj.edu.ar/vicente-ierace-militante-de-la-salud-publica/>
18. La salud comunitaria en debate / Martín Silberman... [et al.] ; compilación de Martín Silberman ; Ianina Lois. - 1a ed. - Florencio Varela : Universidad Nacional Arturo Jauretche, 2021
19. Salsa-Cortizo V. El rol de la obstétrica ante barreras de acceso a la salud en la Región Sanitaria XI, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Rev Argent Salud Pública. 2020;12:e20
20. Nomenclador Perinatal de Alto Riesgo - Obstetricia. Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires, 2010. Disponible en: https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/Nomenclador_Perinatal_de_Alto_Riesgo.pdf

REPENSAR LAS ÁREAS DE RECURSOS HUMANOS: BORRÓN Y CUENTA NUEVA, CON AGENDA FEMINISTA

RETHINKING HUMAN RESOURCES DEPARTMENTS: FRESH START WITH A FEMINIST AGENDA

REPENSAR AS ÁREAS DE RECURSOS HUMANOS: RECOMEÇAR DO ZERO, COM UMA AGENDA FEMINISTA

ANDREA PAOLA BRUNENGO¹

Contacto: Andrea Paola Brunengo

Email: andrea.brunengo@gmail.com

FILIACIONES:

1. Universidad Nacional Arturo Jauretche. Universidad Nacional Guillermo Brown. Hospital El Cruce.

Citar como: Brunengo AP. Repensar las Áreas de Recursos Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista. Desde Acá. 2023; 1: p. 114-126.

Resumen

Existe un imaginario sobre el rol de las Áreas de Recursos Humanos, sus prácticas y funciones. A lo largo de este trabajo se realizará una reflexión en torno al concepto de “los Recursos Humanos” en el sector salud y así plantar la pregunta ¿se puede continuar pensando en las personas que trabajan en el sector salud como un recurso? Finalmente se señalan algunos puntos necesarios para construir un sistema sanitario que gestione a sus personas con perspectiva de género.

Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista.

Brunengo AP.

Palabras Clave: Recursos humanos, género, salud.

Abstract

There is an imaginary perception of the role of Human Resources departments, their practices, and functions. Throughout this work, a reflection will be made on the concept of “Human Resources” in the healthcare sector, raising the question: Can we continue to think of the people working in the healthcare sector as a resource? Finally, some essential points are highlighted to build a healthcare system that manages its people with a gender perspective.

Keywords: Human Resources, Gender, Health.

Resumo

Existe um imaginário em torno do papel dos Departamentos de Recursos Humanos, suas práticas e funções. Ao longo deste trabalho, será feita uma reflexão sobre o conceito de “Recursos Humanos” no setor de saúde e levantada a pergunta: É possível continuar pensando nas pessoas que trabalham no setor de saúde como um recurso? Por fim, serão abordados pontos necessários para construir um sistema de saúde que gerencie suas pessoas com uma perspectiva de gênero

Palavras-chave: Recursos humanos, gênero, saúde

Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista.

Brunengo AP.

REPENSAR LAS ÁREAS DE RECURSOS HUMANOS: BORRÓN Y CUENTA NUEVA, CON AGENDA FEMINISTA

ANDREA PAOLA BRUNENGO

Recursos Humanos en la Salud

El término Recursos Humanos, en las organizaciones tanto públicas como privadas, se utiliza para señalar a las personas que trabajan en ellas. Desde el ya clásico texto de Aldalberto Chiavenato¹, el concepto tradicional de Recursos Humanos, que aún se practica en muchas empresas y organizaciones, es un producto típico de la era industrial, cuando las empresas se consideraban conjuntos integrados y coordinados de recursos financieros, materiales, tecnológicos e incluso humanos, reunidos para alcanzar objetivos organizacionales imposibles de lograr de manera aislada e individual. Las Áreas de Recursos Humanos tiene como misión entender en la previsión, organización, evaluación y control de los recursos y actividades inherentes a una organización. Gestionando la administración de los Recursos Humanos en un todo, de acuerdo a las leyes y normativas vigentes, a fin de asegurar el desarrollo óptimo de sus funciones y velando por mantener un clima laboral que fomente la responsabilidad y el compromiso, el profesionalismo y el trabajo en equipo, la excelencia y la mejora continua. A su vez Chiavenato asegura que las personas en su conjunto constituyen el capital humano de la organización. Este capital vale más o menos en la medida en que contenga talentos y competencias capaces de agregar valor a la organización, además de hacerla más ágil y competitiva.

La Organización Panamericana de la Salud utiliza el concepto de recurso humano en salud, que comprende a aquellos individuos involucrados en la “producción de servicios de salud” a partir del desarrollo de un particular proceso de trabajo con cierta complejidad de la organización institucional². En esta sintonía, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha seleccionado para su lema anual la frase: “Trabajando por la Salud”, que busca llamar

Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista.

Brunengo AP.

la atención sobre la problemática de recursos humanos en salud, no sólo durante el año, sino además invitando a incluir en la agenda mundial una década completa de políticas y acciones en relación con este tema. Los trabajadores de la salud —la gente que provee cuidados a personas que los necesitan— son el corazón de los sistemas sanitarios.

Sin embargo, alrededor del mundo, la fuerza laboral en esta área está en crisis³. Y dado que se trata de actividades que se ejercen sobre la salud y la vida humana, existen normas legales y reglamentaciones a nivel nacional y provincial que pautan la formación como el desempeño de los agentes de salud⁴. No solo se definen en ellas las condiciones para el ejercicio de la actividad y la regulación de la relación laboral, sino que también están estipuladas las formas de ascensos y permanencia en los puestos. Según Pautassi⁵, el modelo de organización del sector salud en la Argentina en general, y en cada una de las provincias en particular, se caracterizó históricamente por una división en tres subsectores: público -que depende de las administraciones pública nacional, provincial y municipal, conformado por la red de efectores de salud-; el subsector privado, -con una compleja red de instituciones empresariales de diagnóstico, clínicas y sanatorios-; y el de la seguridad social integrado por las obras sociales. El estudio de Novick y Galín⁶ describe al sector salud como una actividad de mano de obra intensiva, con participación en su mayoría de profesionales y técnicos/as a quienes se les asigna un doble rol: como factor productivo y agente social. En este sentido, Horrac⁷ analiza de qué modo el sistema de salud opera como un marco normativo estructurador de prácticas y discursos que han construido a nivel simbólico, subjetivo e institucional las desigualdades entre mujeres y varones en el ámbito de actuación médica. Así sentido, reproduce dichas desigualdades, en la medida que sostiene y refuerza la construcción diferencial de roles de género en la incorporación de las mujeres en tanto trabajadoras.

Históricamente, podemos observar en el sector salud una fuerte presencia de fuerza de trabajo femenina, en comparación con otras actividades económicas. Esta feminización del sector oca-

Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista.

Brunengo AP.

siona discriminación e inequidades, las cuales no son privativas del ámbito laboral, y en muchos casos se extienden al ámbito socio-familiar, que a su vez afecta el desempeño laboral de quienes las padecen⁷. Ciertamente es que viene sucediendo un debate en torno a los “Recursos Humanos” y los estilos de gestión, Rovere⁸ sostiene que la administración de personal y la más modernizada gestión de recursos humanos quedaron atrapadas en una misión típica del pensamiento subordinado: ¿cómo mejorar la eficiencia y la productividad a través de medidas específicas de gestión de personal? Así se vio y se ve desfilar un conjunto de medidas más o menos ingeniosas, más o menos conductistas, de premios y castigos, orientadas a lograr un alto rendimiento individual, a través de medidas coercitivas para el cumplimiento de horarios, estímulos por productividad, medidas reglamentarias como escalafones, carreras y evaluaciones individuales. Nuevas escuelas administrativas que trabajan con la lógica de calidad centrada en el ciudadano, grupos y equipos autodirigidos, empoderamiento, organizaciones abiertas al aprendizaje, coaching, redes, cultura innovadora, abren una posibilidad a la gestión del trabajo totalmente diferente, permitiendo recuperar la centralidad del trabajador y la trabajadora en organizaciones “talento intensivas” que pueden tratar de otra forma a sus recursos humanos, no sólo como un capital valioso sino como protagonistas activos de innovación y cambios organizacionales, estableciendo nuevos contratos con la población al liberar a los servicios de salud de la grave enfermedad productivista que los aqueja. Una perspectiva restrictiva de género podría conformarse con cambiar un director por una directora, pero si ambos continúan imaginando al hospital como una fábrica se avanzaría poco. Un real enfoque de igualdad de género demanda una democratización radical de las instituciones con cambios significativos en los estilos de administración⁸ (p.170).

El trabajo es un derecho humano, esencial para la vida de las personas, principalmente el trabajo en el sector salud fue el centro de debates, crecimientos y demostraciones de que fue el principal sujeto dentro de este duro camino provocado por el virus SARS-CoV-2. Ahora bien, las denominadas áreas de recursos hu-

Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista.

Brunengo AP.

manos que fueron pilares fundamentales a la hora de buscar, seleccionar personal capacitado para afrontar dicha pandemia, necesitan potenciar los engranajes para fomentar una mirada distintas sobre el trabajo en el sector salud.

La importancia de la perspectiva de género en la salud

En el caso del sector salud, su razón de ser ha sido brindar a sus pacientes/usuarios/ios los mejores cuidados que necesitan, y quienes son responsables de esta atención son sus trabajadores/as. Profundas desigualdades de género se evidencian, en un sector altamente feminizado y en el cual la principal tarea es la de brindar cuidados. Según Rovere⁸, en dichas desigualdades dadas por la división sexual del trabajo en el interior del hogar, la(s) mujer(es) asume, además, las tareas reproductivas sin grandes posibilidades de delegarlas. Distintos autores y autoras han teorizado la categoría de género como una herramienta para el análisis histórico; en este caso, para las relaciones en el mundo del trabajo, recurrimos al clásico texto de Joan W. Scott⁹, el género se propone como un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y como una forma primaria de relaciones significantes de poder. La autora Frances Olsen¹⁰ reconstruye de qué modo la división entre lo masculino y lo femenino, ha sido crucial para este sistema dual del pensamiento y ha permeado las estructuras organizativas, el campo jurídico y el mundo del trabajo. Los varones y cierta construcción de la masculinidad hegemónica se han identificado con un lado de los dualismos: lo racional, lo activo, el pensamiento, la razón, la cultura, el poder, lo objetivo, lo abstracto, lo universal. Las mujeres resultaron proyectadas hacia el otro lado e identificadas con lo irracional, lo pasivo, el sentimiento, la emoción, la naturaleza, la sensibilidad, lo subjetivo, lo concreto, lo particular. En esta misma línea, Pastor entiende el género como una construcción social y cultural que se articula a partir de definiciones normativas, de lo masculino y de lo femenino, las que crean identidades subjetivas y relaciones de poder, tanto entre varones y mujeres como en la sociedad en su

Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista.

Brunengo AP.

conjunto¹¹. Por último, Horrac⁷ explica que el enfoque de género trata de recuperar diversas dimensiones de la subjetividad y la interculturalidad teniendo en cuenta las relaciones de poder en juego en el ámbito laboral, o del mercado de empleo remunerado. Dichas coordenadas de análisis se vuelven centrales para observar, comprender y analizar las relaciones laborales en los ámbitos del sector de la salud.

Desmantelando estructuras, un futuro posible

He trabajado por muchos años en las Áreas de Recursos Humanos, desde mi experiencia considero que aún tenemos pendiente la articulación más amplia de esta área con el feminismo y la incorporación de la perspectiva de género. En estas áreas la perspectiva de género es un concepto invisibilizado para quienes día a día participan en el mundo del trabajo, permea las decisiones que se toman desde las áreas de gestión, selección y administración de personal. Si bien los feminismos vienen cuestionando el modelo biologicista, binario y heteronormado del sector salud, estas prácticas aún siguen vigentes en las áreas de Recursos Humanos en procedimientos tales como la selección de personal, formularios, etcétera. En la coyuntura actual, la promulgación de la ley de protección integral a las mujeres en 2009, de identidad de género en 2012 y la ley Micaela en 2019 resultaron en oportunidades para elaborar una agenda de las relaciones laborales con perspectiva de género, articular acciones concretas en este camino es hacer visible lo invisible; la perspectiva de género en salud ha permitido tematizar y atender cuestiones relativas a la procreación y la sexualidad, a las violencias, las crianzas-infancias y los derechos sobre el propio cuerpo —que incluye sus malestares y bienestar— de todas las personas —aunque mayormente, convertida en políticas de salud, apele a las mujeres¹². La pandemia por el virus SARS-CoV-2 puso en evidencia la importancia de que las personas que trabajan en el sector salud no sean vistas como un número más; al contrario se evidenció que sin estas personas no existe organización tal. Ellas son el alma, la sangre, la inteligencia y el dinamismo de la compañía, y aportan las habilidades básicas

Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista.

Brunengo AP.

de la organización indispensables para su competitividad y sustentabilidad, pero insistimos en que las personas no son recursos, sino seres humanos, y que sobrepasan en mucho las estrechas limitaciones de esa antigua denominación¹. En este marco, recurrimos a la noción de gramáticas de género que según Faur y Zamberlin son las representaciones que operan para construir, perpetuar o bien, transformar las estructuras y dinámicas de género en el ámbito laboral¹³. Allí el género constituye un elemento prácticamente silenciado o invisibilizado, pero se expresa en la segregación o discriminación ocupacional, en el hecho de que varones y mujeres se inserten en distintos sectores y puestos de la estructura productiva, lo cual suele ser un dato particularmente naturalizado para quienes día a día participan en el mundo del trabajo. La formación de futuros/as profesionales en relaciones del trabajo con perspectiva de género es un requisito elemental en pos de una sociedad más justa e igualitaria. Sin perspectiva de género, abordar estas temáticas sería perpetuar las desigualdades que hoy en día las mujeres y disidencias encontramos en esta sociedad patriarcal.

Comentarios finales

Las Áreas de Recursos Humanos reeditan en cada espacio lo difícil que resulta desandar y deconstruir las representaciones que sostienen un orden de género; en el caso del sector salud, se han logrado interpelar esas representaciones y prácticas. La perspectiva de género representa un pilar fundamental para lograr un futuro en el que todas las personas gocen de igualdad de derechos y de acceso a los beneficios y oportunidades. Las relaciones del trabajo están expuestas a cambios constantes y se encuentran en proceso de adaptación continua, es por ello que formar profesionales con perspectiva de género tiene por objeto promover oportunidades para que mujeres, varones y disidencias puedan obtener un trabajo decente en condiciones de libertad, equidad, seguridad y dignidad humana. Es sumamente importante impulsar la transversalización del enfoque de género en los distintos organismos, y pensar algunas acciones a futuro

Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista.

Brunengo AP.

dentro de las Áreas que gestionan personas, tales como intervenir en la programación e implementación de programas de capacitación en temáticas de género, diversidad y derechos humanos, promoviendo los derechos de las mujeres y disidencias sexuales, capacitación sobre selección de personal con perspectiva de género, implementación del cupo laboral trans. Las denominadas áreas de recursos humanos con una lógica mercantil del mundo del trabajo, requieren un espacio de debate y pensamiento crítico, con la formación de marcos propicios para alcanzar equidad en los espacios de trabajo, principalmente en el ámbito de la salud. Incorporar una agenda feminista con una mirada que nos permita complejizar las desigualdades de clase, raza/etnia que se reflejan día a día en el mundo del trabajo. Esto significará necesariamente analizar las bases de las inequidades que se reproducen entre varones, mujeres y disidencias, y así comenzar a subsanar desventajas históricas, sociales y culturales que impiden el acceso a la igualdad de oportunidades.

Humanos: Borrón y cuenta nueva, con agenda feminista.

Brunengo AP.

Bibliografía:

1. Chiavenato I. Administración de recursos humanos. El capital humano de las organizaciones. México: Mc Graw Hill; 2009.
2. Organización Panamericana de la Salud. Observatorio de los Recursos Humanos en Salud. Propuesta inter-agencial OPS-CEPAL-OIT. Quito: OPS; 2000.
3. Marco F, Rico MN. Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2006.
4. Partenio F et al. Informe Final del Proyecto de investigación (2012-2015) Transformaciones socio-productivas y territoriales en el Conurbano Sur: Un estudio sobre trayectorias laborales, calificaciones y relaciones del trabajo según heterogeneidades sectoriales. Resolución N° 303/12. Florencio Varela: Instituto de Ciencias Sociales y Administración de la UNAJ; 2015.
5. Pautassi L. Equidad de género y calidad en el empleo: Las trabajadoras y los trabajadores en salud en Argentina. En: Bravo L. y Rico MN, compiladores. Hacia la institucionalización del enfoque de género en las políticas económico- laborales en América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas, CEPAL-GTZ; 2001.
6. Novick, M., Galín, P. Flexibilización del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud. En: Observatorio de recursos humanos en la Argentina: Información estratégica para la toma de decisiones. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS; 2003
7. Horrac B. et Al. Percepción sobre las condiciones y

medioambiente de trabajo, su impacto sobre la salud y la prevención en enfermería. El caso de tres hospitales provinciales interzonales del gran La Plata. En Las Condiciones de Trabajo en la Provincia de Buenos Aires, TOMO 1, Serie de Estudios nº1, Documentos presentados en la Primera Edición del Concurso del Bicentenario de la Patria. La Plata: Ministerio de Trabajo; 2010.

8. Rovere M. Los nuevos renovados debates en torno de los recursos humanos en salud. En: Marco F, Rico MN, coordinadores. Mujer y empleo: la reforma de la salud y la salud de la reforma en Argentina. Buenos Aires: Siglo Veintiuno; 2006.
9. Scott, JW. El género: una categoría útil para el análisis histórico. En: Amelang , JS, Nash M, editores. Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea. Valencia: Edicions Alfons el Magnánim; 1990
10. Olsen, F. El sexo del derecho. En: Kairys D, editor. The Politics of Law. New York: Pantheon; 1990. p. 452-67.
11. Pastor R. Mujeres, Género y Sociedad. En: Knecher L y Panaia M, compiladores. La mitad del país La mujer en la sociedad argentina. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina; 1994.
12. Pozzio M. La perspectiva de género y la salud comunitaria. En: Silberman M y Lois I, coordinadores. La salud comunitaria en debate. Florencio Varela: Editorial UNAJ; 2021.
13. Faur E, Zamberlin N. Gramáticas de género en el mundo laboral: perspectivas de trabajadoras y trabajadores en cuatro ramas del sector productivo del área metropolitana de Buenos Aires. En: Novick M, Rojo S, Castillo V, compiladores. El trabajo femenino en la post convertibilidad

Argentina 2003-2007. Santiago de Chile: CEPAL-Naciones Unidas; 2008.

Abramzón M. Argentina: recursos humanos en salud en 2004. 1.^a ed. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS; 2005.

Bach S. Tendencias en las reformas sectoriales de salud en Europa y sus repercusiones en la gestión de los Recursos Humanos. En: Observatorio de los Recursos Humanos en Salud. Quito: OPS/OMS; 2000.

Brito P, Campos F, Novick M. Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: Cambios y oportunidades. Washington DC: OPS/OMS; 1996.

Fundación Soberanía Sanitaria. Salud feminista: soberanía de los cuerpos, poder y organización. Buenos Aires: Tinta Limón Ediciones; 2019.

Gómez E. Equidad, género y salud: retos para la acción. Rev Panam Salud Publica. junio de 2002; 11: 454-61.

Millet, A. Cisexismo y Salud. Algunas ideas desde el otro lado. Buenos Aires: Puntos suspensivos Ediciones; 2020.

Pozzio M. Médic@s : Otra relación posible entre perspectiva de género y políticas de salud. En: V Jornadas de Sociología de la UNLP, 10, 11 y 12 de diciembre de 2008 [Internet]. 2008 [citado 4 de junio de 2023]. Disponible

en: https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6339/ev.6339.pdf

Spade D. Una vida «normal»: la violencia administrativa, la política trans crítica y los límites de derecho. Barcelona: Bellaterra; 2015.

“LILI” ROMERO EN LAS MEMORIAS FEMINISTAS DE LA SALUD PÚBLICA.

MARÍA TERESA POCCIONI
MARÍA ALEJANDRA WAGNER

En este texto, las docentes-investigadoras María Teresa Poccioni (secretaria general de la UNAJ) y María Alejandra Wagner (decana de FTS-UNLP) recuerdan a Liliana Romero, impulsora de la agenda de Género y Salud en la provincia de Buenos Aires. Romero coordinó la materia de Género, sexualidad y reproducción en la carrera de Medicina e integró el comité académico de la Diplomatura de Género y Salud en nuestra Universidad. Seguramente, hubiera participado de este número relatando sus muchas experiencias en la implementación de políticas de salud sexual y reproductiva. Porque la perspectiva de género también implica recuperar los linajes de las que ya no están, en este número sobre Género y Salud, va nuestro homenaje.

Faltaban un par de días para el Día Internacional de la Mujer, cuando recibimos la peor noticia. Nuestra amiga y compañera Liliana Romero, con quien tantas veces habíamos compartido la marcha cada 8 de marzo, falleció luego de un largo proceso que comenzó con la detección de cáncer de pulmón y posteriores complicaciones frente a las cuales luchó con todo, pero no fue suficiente. Liliana, Lili, era docente en la carrera de Medicina en la UNAJ. También daba clases en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata. Fue su larga trayectoria en el campo de la salud pública, como médica ginecóloga defensora del derecho a elegir sobre el propio cuerpo de las mujeres, militante de la ILE/IVE y referente de la Región Sanitaria XI en esos temas, lo que llevó a convocarla cuando se comenzó a gestar la carrera de Medicina en el Instituto de Ciencias de la Salud de la UNAJ. Primero en la materia Salud y Sociedad, y luego como coordinadora de Género, sexualidad y reproducción. Más tarde cuando dimos inicio a la Diplomatura en Género y Salud, era claro que ella tenía que estar, y lo asumió como todo en su vida, con alegría y con mucho compromiso.

“Lili” Romero en las memorias feministas de la salud pública.

Poccioni MT, Wagner MA.

En este primer número de la revista del ICS queremos homenajearla, en un texto a dos voces, de quienes fuimos sus amigas y en diferentes momentos compañeras de trabajo y de desafíos en el campo de la salud y el género.

Conocimos a Lili en un año emblemático en la historia de nuestro país, el 2001. Ella integraba el equipo de su querido Programa Materno Infantil, en la sede de Región Sanitaria XI. En ese espacio promovió muy especialmente las acciones de promoción y asistencia ligadas a salud de la adolescencia, volcándose luego de lleno a los desafíos que trajo consigo la ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable, política que militó, contribuyó a implementar y defendió aguerridamente desde su sanción, en octubre del año 2002.

Esta política se constituyó en una de las primeras medidas estratégicas en salud del gobierno del presidente Néstor Kirchner, impulsada por Ginés González García, en ese entonces al frente del Ministerio de Salud de la Nación. Liliana celebró su surgimiento, porque como tantas otras profesionales dedicadas a la salud de las mujeres, entendía que se trataba de un derecho humano que urgía garantizar. Como referente y responsable del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable, concurrió a cuanta actividad de gestión, capacitación y sensibilización se desplegaron por aquellos años, bregando por la efectiva implementación de esta política en todos y cada uno de los 17 distritos que conforman la región capital de la provincia de Buenos Aires. Propició no sólo espacios de asesoramientos para la organización de servicios de consejería y orientación; sino también talleres y debates destinados a revisar mitos, prejuicios y temores que circulaban en los albores de este Programa, tanto entre los equipos de salud como en la población a quienes se encontraba especialmente orientado.

En el caso de la ciudad de La Plata, evaluando las dificultades que se generaban para que la población pudiera acceder efectivamente a los métodos anticonceptivos y los espacios de consejería (dado el peso local de la cúpula eclesiástica y las restricciones que prevalecían en el primer nivel de atención), Liliana impulsó el proyecto de creación del Centro Regional de Salud Sexual y Procrea-

“Lili” Romero en las memoria
feministas de la salud pública.

Poccioni MT, Wagner MA.

ción Responsable que tuvo sede en el Hospital Elina de la Serna, cuando corría el año 2005. En ese espacio, de cuya planificación e implementación tuvimos la alegría de ser parte, Liliana generó un circuito que aseguraba no sólo los controles de salud de adolescentes y puérperas (dos grupos de población detectados inicialmente como quienes menos accedían a esta política); sino también la apertura de un servicio orientado a mujeres y varones interesados en recibir asesoramiento, orientación y asistencia para decidir cómo cuidarse y vivir su salud sexual en plenitud, asegurando los circuitos de estudios complementarios y demás interconsultas que se referenciaban a Hospitales de la zona. De esta manera, se fueron estableciendo redes de atención, turnos y retiro de resultados que se concentraban luego en el Centro Regional, a efectos de evitar el clásico peregrinar de quienes buscaban procurarse una atención integral en relación al tema.

Otra cuestión estratégica que fue espacialmente sostenida en su trayectoria, refiere a las acciones de promoción y prevención, tareas que generaba recorriendo escuelas, clubes, organizaciones sociales y cuanto espacio se abriera para hacer llegar información acerca de los derechos comprendidos en esta política y sus múltiples alcances.

Quienes conocimos a Lili, no dejamos de evocarla a diario, entre los equipos e instituciones por donde transitó. Mujer cálida, con un tono de voz muy singular que no recordamos que haya levantado alguna vez, salvo para reírse o para cantar (algo que amaba hacer, también colectivamente). Y esto es así porque fue una de esas personas que no recurría al grito o la impostación para hacerse escuchar. Firme en sus convicciones, Lili enfrentó situaciones político institucionales profundamente complejas al disputar con argumentos sólidos en favor del ejercicio pleno del derecho a la asistencia de calidad por parte de mujeres en situación de violencia obstétrica y abusos.

Con amor por la docencia, fue una gran entusiasta a la hora de alentar y acompañar las acciones de promoción y prevención de sus estudiantes y compañeras de trabajo; y una comprometida militante de la salud pública y los derechos de las mujeres y disidencias.

“Lili” Romero en las memoria
feministas de la salud pública.

Poccioni MT, Wagner MA.

Seguramente ha dejado su huella en quienes pasaron por sus aulas, pero fundamentalmente en quienes tuvimos la suerte de tenerla en nuestras vidas, de compartir largas noches de charlas sobre política, sobre la vida, sobre nuestros afectos, sobre nosotras. Lili era cultora de la amistad, de los encuentros, de los festejos.

La lucha por los derechos sexuales necesita muchas Lilianas que no sólo los declamen sino que le pongan el cuerpo, que trabajen para generar las condiciones para que dichos derechos se puedan ejercer libremente.

“Lili” Romero en las memoria
feministas de la salud pública.

Poccioni MT, Wagner MA.

Vaya aquí nuestro homenaje a esta gran mujer, madre, profesora, amiga, compañera. Siempre en nuestros corazones.

**ESPACIO
DE RESUMENES
AMPLIADOS**

INTERVENCIÓN KINEFILÁCTICA PARA PREVENIR LA DISMINUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS¹

Autor: Daniel Humberto Zandomeni

Email: zandomenidaniel@gmail.com

Director: Sebastián Leymarie.

En el mundo, como así también en Argentina, el aumento de la expectativa de vida y el consiguiente envejecimiento de la población, presentan problemas de salud pública que deben ser atendidos. Un ejemplo se relaciona con el crecimiento exponencial de la osteoporosis en la población adulta. Se estima que en los próximos años la proporción de la población con este problema se incrementará, lo que implica una carga importante para salud pública, debido al aumento de la incidencia de fracturas de cadera. Por consiguiente, un aumento de la morbilidad, mortalidad y disminución de la calidad de vida de los pacientes afectados. En las mujeres posmenopáusicas, la osteoporosis tiene una incidencia muy elevada, afectando a una de cada tres mujeres. Estas problemáticas, debidas a la baja densidad mineral ósea (DMO) puede detectarse con un estudio (absorciometría de rayos x de energía dual (DEXA)).

Por lo expuesto este trabajo se propuso analizar qué tipo de ejercicio físico tiene mayor evidencia científica y genera mayores beneficios, para prevenir la disminución de la densidad mineral ósea en mujeres postmenopáusicas. Su buscó comparar distintos ejercicios terapéuticos y analizar las pruebas que tengan mejores resultados. Para ello, se analizó información pertinente para identificar los métodos kinefilácticos que son más adecuados para la población de mujeres postmenopáusicas.

Intervención kinefiláctica para prevenir la disminución de la densidad mineral ósea en mujeres postmenopáusicas

Zandomeni DH

1. Tesina de Daniel Humberto Zandomeni para la licenciatura en Kinesiología, dirigida por el prof. Lic. Sebastián Leymarie

Las fuentes de información consultadas fueron las siguientes: PubMed, Lilacs, Biblioteca Virtual en Salud (BVS) y Biblioteca Electrónica Mincyt, de los períodos comprendidos entre 2009 y 2019. Los resultados de ésta revisión bibliográfica confirmaron que la actividad o ejercicio físico, influye de manera positiva sobre el componente óseo, manteniendo o aumentando la DMO en las mujeres posmenopáusicas.

Hacer una revisión bibliográfica exhaustiva contribuyó a la temática pues constituye un área de vacancia dentro de los estudios kinesiológicos orientados a la promoción y prevención de la salud. Además de esa vacancia en el área de la kinesiología, es importante mencionar que desde la perspectiva de género y salud es una temática importante pues los cuerpos de las mujeres han sido históricamente patologizados y abordados desde su capacidad reproductiva. Las problemáticas de las mujeres luego de la menopausia, han sido invisibilizadas y cuando se abordan, siguen pensándose en términos de patologías y no de salud. Por todo ello, poner en el foco de atención las problemáticas de las mujeres postmenopáusicas desde una mirada que contemple su bienestar, contribuye a garantizar sus derechos.

Intervención kinefiláctica para
prevenir la disminución de la
densidad mineral ósea
en mujeres postmenopáusicas

Zandomeni DH

DESCRIPCIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS SOBRE VIOLENCIA OBSTÉTRICA EN ESTUDIANTES DE LA LICENCIATURA EN ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL ARTURO JAURETCHE¹

Autora: Tamara Anabela Gómez

Email: tamara.anelaa@gmail.com

Director: Mariano Benítez

La violencia obstétrica corresponde a una problemática social y de género que afecta a las personas gestantes, especialmente mujeres, que se produce en un momento de vulnerabilidad de la persona y de la cual son responsables los profesionales de la salud. Argentina no cuenta con una base de datos oficial sobre los niveles de violencia obstétrica. En relación a este tema, un trabajo realizado por el Observatorio de Violencia de Obstétrica de la ONG “Las Casildas” (2016) detectó un 35,25% de maltrato verbal, un 43,63% de violencia en las intervenciones hacia la gestante, un 54,6% de violencia en relación a las intervenciones realizadas en el recién nacido y un 58,8% de falta de información hacia las madres. Desde la formación para el abordaje y desarrollo de la atención de Enfermería, es fundamental que el futuro profesional cuente con una base teórica sólida respecto a este tema para el desarrollo de cuidados humanizados, a fin de conseguir una relación que garantice el respeto por los derechos de la persona. Como objetivo se propuso describir qué conocimientos sobre violencia obstétrica posee la población estudiantil de la Carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche (UNAJ). Se tomó una muestra representativa, intencional, no aleatoria de 84 estudiantes de la licenciatura pertenecientes a la UNAJ que hayan cursado previamente las materias del área materno infantil. Se utilizó un cuestionario de elabo-

Descripción de los conocimientos sobre violencia obstétrica en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Gómez TA

1. Resumen ampliado de Tesina para la licenciatura en Enfermería.

ración propia, incluyendo aspectos basados en la ley N° 25.929 de Parto Humanizado (2015). Entre los resultados obtenidos se evidenció que solo el 31% de la muestra conoce la definición correcta de Violencia Obstétrica. El 88,1% consideró a la violencia física como una modalidad de la Violencia Obstétrica y el 100% incluyó a la violencia psicológica como otra de sus modalidades. No obstante, 65,5% indicó que la Violencia Obstétrica puede ser simbólica y el 39,3%, que puede ser económica. Por otra parte, el 61% de las y los encuestados consideró que el equipo de salud es quien decide sobre la forma en la que se transita el trabajo de parto y el 77% contestó que es el equipo de salud el que evaluará la posibilidad de que la persona gestantesea acompañada durante el parto por una persona de su elección según las circunstancias; esto implica garantizar lo que establece la ley 25.929 respecto al derecho a decidir sobre el proceso del parto.

Es de destacar que las y los encuestados consideran la necesidad de profundizar los cambios y promover un mayor conocimiento sobre la ley de parto humanizado como desarrollar otras acciones para optimizar los cuidados de calidad en la atención materno infantil.

Descripción de los conocimientos sobre violencia obstétrica en estudiantes de la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Gómez TA

VIOLENCIA OBSTÉTRICA: PERCEPCIÓN DE LAS MADRES USUARIAS EN UN HOSPITAL ZONAL DEL CONURBANO BONAERENSE¹

Autora: Fernanda Romina Miranda.

Email: fernanda15romina@gmail.com

Director: Jeremias Martí

Durante el proceso de embarazo, parto y puerperio las familias transitan por una etapa de vulnerabilidad que en muchas ocasiones se transforman en situaciones de estrés. Estos actores acuden a los efectores de salud en busca de contención, asesoramiento y atención para afrontar la experiencia que están atravesando.

La violencia obstétrica consiste en la violencia que ejerce el personal de salud sobre los cuerpos y procesos reproductivos de las personas gestantes, tanto así, como los tratos deshumanizados, el abuso diagnóstico y terapéutico, la patologización de los procesos naturales.

La violencia obstétrica adquiere entonces relevancia en la agenda de salud pública, por un lado, son vulnerados los derechos humanos durante el proceso de atención, y por otro, significa una utilización del recurso material y humano en los servicios de salud que pueden ser innecesarios. Hay que considerar que la sobremedicación y los numerosos estudios al que pueden ser sometidas las personas gestantes, resultarían iatrogénico a un cuidado que debiera ser más natural.

El presente estudio consta de un informe de investigación descriptivo de corte transversal, con un enfoque cuantitativo.

Los datos obtenidos fueron recolectados a través de fuente primaria realizada en una entrevista a través de una encuesta estructurada con preguntas cerradas con opción múltiple. Para información y aceptación de las personas que fueron encuestadas, se les solicitó la firma de un consentimiento informado.

Violencia obstétrica:
percepción de las madres
usuarias en un hospital zonal
del conurbano bonaerense

Miranda FR

1. Resumen ampliado de Tesina para la licenciatura en Enfermería.

La población en estudio estuvo compuesta por cincuenta mujeres embarazadas usuarias de un hospital del conurbano bonaerense. Como criterio de inclusión se utilizó a aquellas mujeres que se encontraban en el mismo espacio físico, aquellas comprendidas en la edad de 18 a 45 años y aquellas que accedieron a participar voluntariamente.

Como objetivo general se propuso conocer la perspectivas de las mujeres usuarias de un hospital del conurbano bonaerense de zona sur, respecto de la percepción violencia obstétrica en el año 2021.

Como conclusión y a raíz de los resultados obtenidos se pudo determinar que existe un grupo mayoritario de mujeres que reconocen haber sido víctimas de violencia obstétrica, no obstante, la diferencia entre aquellas que sí reconocen ser víctimas y las que no, es ínfima. Sumando a esto y analizando las diversas respuestas, existe un porcentaje de mujeres que sufren actos de violencia obstétrica y no se reconocen como víctimas de sufrir tales actos. Esto se puede interpretar como actos naturalizados, permaneciendo invisibles en la sociedad.

Si la población en general logra incorporar e informarse sobre esta problemática, adquiriendo estos conceptos para luego reconocerlos y defender los derechos que corresponden a cada individuo se logrará que la Violencia obstétrica quede expuesta y sea visibilizada en la sociedad.

Por otro lado, la realidad del sistema de salud, tal como la infraestructura de cada nosocomio, como así también el recurso humano y material en cada uno de los centros de atención sanitaria, no siempre se logra adaptar a la demanda y a la necesidad de la comunidad.

Violencia obstétrica:
percepción de las madres
usuarias en un hospital zonal
del conurbano bonaerense
Miranda FR

CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO EMOCIONAL Y SOCIAL EN LA VIDA COTIDIANA DE LAS MUJERES CONVIVIENTES CON PAREJAS ADICTAS¹

Autora: Alejandra Coria

Email: alejandra.rosana.coria@hotmail.com

Director: Gerardo Moreyra

Esta investigación explora las problemáticas referentes a la salud de mujeres convivientes con parejas con algún tipo de adicción, la afectación de su salud y sus relaciones interpersonales.

Al hablar de salud, nos referimos a la unidad que representan sus diferentes áreas física, social y emocional. Es la salud entonces, un todo donde debe existir equilibrio. (Alfonso Roca, 1992)

La adicción a las sustancias es un tema de estudio frecuente a nivel mundial, pero poco es abordado lo que produce a nivel emocional en las compañeras de estos adictos.

El objetivo general fue el de describir los cambios de comportamientos emocional y social de la vida cotidiana que refieren las mujeres con parejas adictas que acudieron al Centro de Salud “Evaristo Rodríguez” (Villa Hudson) en el periodo 07/21 al 01/22.

Se entrevistó a 100 mujeres con un instrumento diseñado específicamente para este estudio y las variables principales fueron la edad, el tiempo de convivencia, el tipo de adicción de su pareja, si su pareja realiza tratamiento, aspectos en que las afectan, el abandono de actividades, el sentimiento que genera el abandono de las actividades, la necesidad de proteger a su pareja, el sentimiento de secuestro dentro de la pareja, el sentimiento de infelicidad, los antecedentes familiares con algún tipo de adicción, grupos de contención con lo que cuentan las mujeres, la necesidad de mentir para cubrir a su pareja y la tolerancia de conductas inapropiadas que nunca imaginaron.

Cambios en el comportamiento emocional y social en la vida cotidiana de las mujeres convivientes con parejas adictas

Coria A

1. Resumen ampliado de Tesina para la licenciatura en Enfermería.

De las 100 mujeres entrevistadas que conviven con parejas adictas, se destaca que el mayor porcentaje correspondió al grupo etario de 31 a 40 años de edad. El 55% manifestó ser pareja de un adicto al alcohol, mientras que el 40% a las drogas y solo el 5% al juego.

Se pudo detectar como las conductas de las personas con diferentes adicciones pueden influir en los cambios de comportamiento emocional y social de sus parejas, describiendo los principales aspectos que se ven afectados a causa de la enfermedad.

Es decir, que una persona que convive con la adicción, podría ser adicta a una sustancia, pero también como conviviente, lo puede ser a nivel de sus emociones. En este sentido se pudo establecer que la convivencia con alguien con problemas de adicción a drogas, alcohol y/o al juego pueden producir en las mujeres una adicción emocional que no les permite llevar una vida saludable.

El rol de enfermería es importante para detectar de manera precoz, lo que hay detrás de una simple consulta, en general algo que impresiona como independiente de su verdadera dolencia. Es allí que la mirada integral de un enfermero/a puede detectar estos casos, mediante una actitud de escucha activa que brinde confianza.

Cambios en el comportamiento
emocional y social en la vida
cotidiana de las mujeres
convivientes con parejas adictas

Coria A

Este estudio puede contribuir problematizar con perspectiva de género la temática de los consumos y adicciones, para así capacitar a futuros profesionales en una intervención de la temática.

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA PRODUCCIÓN EN IDIOMA ESPAÑOL SOBRE EL ROL DE ENFERMERÍA Y LAS INFANCIAS Y ADOLESCENCIAS TRANS¹

Autora: Gladys Nartallo

Email: gladysenartallo@gmail.com

Directora: María Pozzio

El trabajo en formato de tesina propone un acercamiento a la niñez y adolescencia trans, a través de una revisión bibliográfica de artículos. El objetivo principal fue realizar una búsqueda bibliográfica de artículos científicos para conocer y ordenar lo desarrollado desde el campo de la enfermería y el rol de la misma en la atención de la salud de la niñez y adolescencia trans. La niñez y adolescencia es una etapa trascendental de la vida de las personas; en algunos casos, la identidad de género no siempre puede expresarse, producto del rechazo y la discriminación.

Para la búsqueda se eligieron como criterios de inclusión y exclusión, lenguaje español, durante los años 2012/2022, y cuya temática sea específica de niñez y adolescencia trans y de enfermería. El resultado cuantitativo fue que se encontraron escasos artículos, mostrando la vacancia de la temática. En cuanto a los resultados cualitativos, se puede destacar la existencia de muchos programas y guías para equipos de salud, de organizaciones no gubernamentales y de familias que fundan un espacio de activismo y escucha compartida, que logran visibilización y realizan un aporte fundamental.

No se encontraron resultados de publicaciones de enfermería sobre la temática, lo cual es llamativo, dado el marco normativo (Ley 26743 de Identidad de Género, Convención de los DD del niño y Principios de Yogyakarta, entre otros) y el rol de enfermería como

Revisión bibliográfica de la producción en idioma español sobre el rol de Enfermería y las infancias y adolescencias trans

Nartallo G

1. Resumen ampliado de Tesina para la licenciatura en Enfermería.

garante de derechos del paciente, de la promoción y prevención de la salud individual y colectiva, que requiere un abordaje con perspectiva de género.

Por lo tanto, se concluye que resulta urgente la necesidad de desarrollar estrategias afirmativas que mejoren la práctica profesional. No solamente el incremento de los conocimientos y conceptos teóricos, sino el aporte en la construcción de valores que contribuyan a cambios conductuales que mejoren la práctica profesional. Algunos aprendizajes requieren reflexión y actitud no juzgadora. En cuestiones de género, bregar por la despatologización y eliminar barreras es parte del ejercicio del rol de la enfermería.

Revisión bibliográfica de la producción en idioma español sobre el rol de Enfermería y las infancias y adolescencias trans

Nartallo G

PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL NOVIAZGO ADOLESCENTE¹

Autoras: Nadia Szeremeta, Elizabeth Soto, Lorena Hermann, Milena Lencina, Saavedra Ivana

Emails: nadiazseremeta@gmail.com, lorena23hermann@gmail.com, umaymilena@gmail.com, ivanainessaavedra@gmail.com

Profesoras: Alejandra Massone y Claudia Congett

La comunicación de riesgo no solo es una de las etapas de la gestión de riesgos, sino también un proceso de construcción social de un riesgo determinado; en el caso de este trabajo el tema abordado es “la violencia de género y la violencia en el noviazgo” que ocurre lamentablemente con mucha frecuencia en nuestra sociedad; la estrategia es la prevención en grupos o comunidades vulnerables. Nos referimos a “violencia de género” a cualquier acto con el que se busque dañar a una persona por su género o identidad sexual. La violencia de género nace de normas perjudiciales, abuso de poder y desigualdades de género; constituye una grave violación a los derechos humanos y al mismo tiempo se constituye como de un problema de salud y de protección que pone en riesgo la vida. Se estima que una de cada tres mujeres sufrirá violencia física o sexual en el transcurso de su vida. En situaciones de crisis y desplazamiento, aumentan las posibilidades de que las mujeres, adolescentes y niñas sufran violencia de género. Dado este marco, el objetivo de este trabajo es llegar a la comunidad con medidas de prevención y concientización para prevenir, detectar y disminuir los casos de violencia. El trabajo se desarrolló para la aprobación final de la asignatura “Comunicación de Riesgo” y como proyecto de intervención, será puesto en práctica en distintas escuelas y comedores barriales del partido de Florencio Varela.

Prevención de la violencia de género en el noviazgo adolescente

Szeremeta N, Soto E,
Hermann L, Lencina M,
Saavedra I.

1. Resumen ampliado del Trabajo final de la asignatura Comunicación en Emergencias de la carrera de Tecnicatura en Emergencias Sanitarias y Desastres”



Florencio Varela

Centros de atención para mujeres y LGTBI+

- » Centro de Familia Niñez y Adolescencia: Servicio local de Promoción y Protección de Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

UBICADO EN CHASCOMÚS, ENTRE LOBOS Y TRES ARROYOS, Barrio "El Rocío"
(011) 4221-5823 - (011) 42213688
Lunes a Viernes de 9 a 15 hs.

- » Familia Niñez y Adolescencia: Centro Verelense de Rehabilitación Social CEVARESCO.

UBICADO EN AV. DEL TRABAJO 199, ENTRE AV. CALCHAQUÍ Y CAMINO GENERAL BELGRANO.
(011) 4275-7309
Lunes a Viernes de 8 a 17 hs.

- » Familia Niñez y Adolescencia: Servicio local de promoción y protección de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

UBICADO EN ARISTÓBULO DEL VALLE Y ALBERDI
(011) 4237-7856 - (011) 4355-78779
Lunes a Viernes de 8 a 14 hs.

- » Gobernador Julio A. Costa. Familia Niñez y Adolescencia: Servicio local de promoción y protección de derechos de Niños, Niñas y Adolescentes.

UBICADO EN CALLE 532 A y Calle 323.
BARRIO VILLA ARGENTINA.
(011) 4355-7639
Lunes a Viernes de 8 a 15hs.

Prevención de la violencia de género en el noviazgo adolescente

Szeremeta N, Soto E,
Hermann L, Lencina M,
Saavedra I.



ESPACIO DE DIVULGACIÓN

DESPERTAR VOCACIONES: ENTREVISTA A SILVIA KOCHEN DIEGO DE ZAVALÍA DUJOVNE MARÍA C. SCAGLIA

Desde Acá entrevistó a Silvia Kochen, docente de la UNAJ, investigadora del CONICET y médica del HEC. Silvia es vice-directora de la Unidad Ejecutora de Estudios en Neurociencias y Sistemas Complejos (ENyS) dependiente del CONICET, la UNAJ y el Hospital El Cruce y también dirige el Centro de Epilepsia del hospital. Conversamos con ella sobre su trayectoria, su militancia feminista en el campo científico, su trabajo en neurociencias, su participación en la creación de la Red Argentina de Cannabis Medicinal, y el significado que tiene para ella investigar en la UNAJ.

Desde Acá: Hola Silvia, queríamos comenzar preguntándote ¿Qué son las neurociencias?

SILVIA: La neurociencia es una disciplina que se formaliza, más o menos alrededor del siglo XIX, que tiene que ver con el estudio del comportamiento, tanto en seres humanos como en animales utilizados como modelos experimentales, tanto en condiciones normales como patológicas. Abarca desde el aspecto funcional hasta las bases estructurales, materiales del comportamiento humano. En una definición muy amplia, se la podría definir así. Tiene, como cualquier otra disciplina, distintos niveles de abordaje, desde un nivel molecular hasta un nivel macro, que puede ser el estudio de una persona, evaluando cómo es su conducta en condiciones normales o si se presenta alguna patología. Nosotros lo que hacemos en la ENyS, es un poco eso, desde distintas perspectivas, investigamos fundamentalmente en los seres humanos, aunque tenemos algunas líneas con modelos animales. Siempre con una perspectiva de medicina traslacional. Nuestras investigaciones abordan desde niveles moleculares, genéticos, hasta el estudio de sujetos que no tienen ninguna patología, o en pacientes en especial con epilepsia o alteraciones cognitivas.

Las líneas se centran en el lenguaje, la memoria, la actividad motora, y la conciencia. Y aspectos fisiopatológicos y estructurales de las patologías estudiadas, como alternativas terapéuticas en estas poblaciones.

D. A.: Yo soy docente y mañana tengo que dar una clase sobre historicidad del conocimiento, y una de las cosas que me llamó la atención es que vos explicitás en qué siglo empieza la disciplina ¿por qué eso te parece importante?

Silvia: Bueno, ubiqué esa fecha porque hubo un médico que se llamó John Hughlings Jackson que fue contemporáneo a Darwin, y que hizo un aporte considerable, estableció las bases materiales de las neurociencias en los seres humanos. Justamente lo hizo estudiando y observando un paciente con epilepsia. Hasta ese momento había muchas discusiones sobre el funcionamiento del cerebro. Se pensaba al cerebro como un todo, no tenía estructuras ni funcionamiento diferenciados; también se planteaba una mirada dicotómica del ser humano que ubicaba ese tipo de patologías como problemas del “alma”. Jackson observa a un paciente que se le mueve la mano, una parte de la cara y un brazo de un mismo lado, y entonces dice “Bueno, si pasa esto es porque hay una parte del cerebro que se ocupa de esto. No es cierto que el cerebro tiene la misma función en cualquier lugar”. Y por otra parte, define la epilepsia, sin contar con los instrumentos con que contamos hoy, la definición que él realiza aún sigue siendo válida. Me interesó mucho el tema, porque él tenía una relación epistolar con amigos que le planteaban que por qué no salía a comunicarlo más, pero él decía que le daba miedo por lo que le estaba sucediendo a Darwin, y sentía que no tenía las mismas espaldas que Darwin para bancarse todo el aluvión de críticas que se le vino encima. Un tiempo después, ocurrió un aporte importantísimo de la escuela rusa, con Luria a la cabeza, que a partir de pacientes que habían sido heridos en la Segunda Guerra Mundial, comienza a observar determinadas alteraciones en la memoria, en el lenguaje, y en la lectura; sus estudios fueron una contribución importante para establecer las bases materiales del comportamiento humano. La escuela francesa también contribuyó notablemente

al desarrollo de la disciplina.

D. A.: Vos hablás de ciencia del comportamiento, ¿no? ¿Es posible vincular esto con ese título tan provocativo que vos habías usado para unas jornadas “Mujer y cerebro”? Me gustaría que nos contaras un poco por qué habías llamado a esa jornada así

Silvia: Fueron dos jornadas de duración de un año cada una, seguramente ahora en el segundo cuatrimestre largamos con otra. Se llamaron “Cerebro y mujer” porque hay toda una línea, a la que se le dió el nombre de neuro-sexismo, a todas aquellas publicaciones que pretenden demostrar cosas que son falsas, y que están en relación con estereotipos negativos sobre las mujeres. En los inicios del siglo XX se utilizó el peso del cerebro para decir que las mujeres éramos un poco más idiotas y que no éramos capaces de determinadas cuestiones, sin tener ninguna evidencia científica... era un fraude científico. A partir del siglo XXI se utiliza un recurso que es maravilloso: la Resonancia Magnética del cerebro, que permite investigar el cerebro sin ningún tipo de invasión, permitió que la llamada “caja negra”, deje de serlo. Se utiliza tanto para estudiar la estructura del cerebro como para estudiar aspectos funcionales, y de hecho nosotros tenemos varias líneas de investigación para las que utilizamos este recurso. Pero, a veces, se utiliza la Resonancia tan valioso con pretendidos paradigmas científicos, para construir fraudes científicos, y con los resultados alcanzados intentar demostrar y confirmar las hipótesis que en realidad ya tenían, que las mujeres somos un poco más tontas; que somos incapaces de ejecutar distintas tareas que solo los hombres pueden hacer, lamentablemente hay muchos ejemplos. Entonces, estas jornadas apuntaban, por un lado, a mostrar todo lo que las mujeres hacemos con nuestro cerebro, por eso es que es tan variopinto el ciclo y a demoler estos trabajos de neuro-sexismo. Se trataba de encuentros quincenales o mensuales, donde nosotros invitábamos a mujeres destacadas en cada área temática. Por otro lado, las mujeres como yo, que hablábamos desde la neurociencia, cuestionábamos esas falacias, como que las mujeres somos mejores para cocinar, porque es “natural” es “genético”; este tipo de afir-

maciones carece de cualquier base científica. Cuando nacemos, menos de 10% de nuestras neuronas están conectadas entre sí, que es lo que nos hace humanos, se llama sinapsis. Quiere decir que el 90% restante de la red neuronal se va estableciendo a lo largo de la vida, en función de los aprendizajes que se van teniendo. Las modificaciones de la estructura cerebral, que se llama plasticidad neuronal, se hace en función de eso. Entonces, es una falsedad establecer una tensión, entre lo natural o lo congénito y lo aprendido, es decir que, en un cerebro todo es aprendido. Esto vale para cualquier aprendizaje y para nosotras las mujeres también. Hay que demoler todos estos estereotipos negativos, por eso se habla de neuro sexismo, por eso se hizo este ciclo y lo vamos a repetir. Lo vamos a hacer virtual con sede en la UNAJ, con la misma estructura, entre la RAGCyT que es la Red de Género Ciencia y Tecnología de la que yo soy la secretaria, y la ENyS.

D. A.: En una nota vos decías “el machismo atravesó mi carrera. En la residencia, las mujeres éramos minoría. Yo usaba un guardapolvo varios talles más grandes. Era una manera de invisibilizarlos.” ¿Eso fue lo que motivó la creación de la red?, ¿qué aspecto de tu trayectoria es lo que motiva la creación de esta red? Y ¿en qué consiste la red de género y ciencia?

Silvia: No me acordaba de eso, porque era muy joven, tenía 23 años. Yo tuve un papá maravilloso, con un gran sentido de la equidad, no sé si con mi mamá, pero sí con nosotras, las hijas mujeres. Creo que eso para mí fue muy inspirador y muy motivador y me ayudó a entender rápidamente las situaciones de injusticia. Yo vivía en un barrio que era un barrio proletario, Mataderos en la Ciudad de Buenos Aires, y me molestaba profundamente que a mi hermano lo dejaban salir a la calle a jugar a la pelota, o ir a la fogata de San Pedro y San Pablo y a mí no. Me querían hacer jugar a las muñecas, y me parecía una cosa... me aburría, no quería, siempre me daba mucho odio eso. En cuarto año de medicina empecé a descubrir mujeres que se morían por haberse hecho un aborto y eso me marcó mucho porque yo tenía la misma edad que una de esas mujeres, 21 años y me había hecho un aborto. Yo era estudiante de medicina, de clase media, y esa había sido una

experiencia traumática por la cuestión legal fundamentalmente, pero no me afectó mi salud porque podía realizarlo sin riesgo. Y esa piba que tenía la misma edad que yo, que era pobre, se murió y nunca más en mi vida ni me olvidé, ni me quiero olvidar. Mi militancia feminista tiene que ver con esas historias. Después cuando viví en Francia, resultó muy estimulante la experiencia del movimiento de mujeres en ese país. En el año 1995, en una reunión científica, se organiza una reunión preparatoria del Encuentro Internacional de Mujeres en Beijing, y nos encontramos allí con Ana Franchi, que es ahora la presidenta del CONICET y con Diana Maffia. Ahí nos dijimos “por qué no nos ponemos a ver qué pasa en la Argentina con este tema de mujeres y ciencia”. Lo primero que descubrimos fue que no era sencillo saber cuántos hombres y cuántas mujeres éramos investigadores del CONICET, lo hicimos a través de un artilugio, a partir del número de CUIL, ya que el de las mujeres y el de los hombres es distinto. Hasta ese momento no había forma de saberlo, ya que no estaba discriminado en los listados. Así empezamos a investigar, hicimos algunas publicaciones, y mostramos con datos duros y puros cómo se produce la famosa “tijera” donde las mujeres somos mayoría en las bases y a medida que se asciende en los cargos esa proporción se revierte y aumentan los hombres en los lugares de mayor jerarquía. Ahí decidimos crear la red y la llamamos RAGCyT.

D. A.: ¿Y para qué ha servido esa red desde que fue creada? ¿Qué impacto tuvo?

Silvia: Tuvo mucho impacto porque pudimos visibilizar situaciones de absoluta inequidad, y también de a poco, pero comenzó a verse muy políticamente incorrecta esa situación de inequidad. Empezamos a reclamar medidas de discriminación positiva, por ejemplo, si una mujer tenía un bebé podía postergar la entrega de su informe a CONICET, o la entrega de la tesis doctoral y por otra parte generar mejores condiciones en su trabajo. Cuando Dora Barrancos estuvo en el Directorio, que es una amiga y compañera de RAGCyT, puso en práctica muchas de estas medidas. En este momento, el que Ana sea la presidenta del CONICET,

también es muy importante; aunque todavía hay un largo camino para recorrer, creo que hemos avanzado mucho.

En la carrera de investigador científico hemos avanzado mucho, antes resultaba un problema para el desarrollo académico en ese ámbito, el que una mujer tuviera hijos. Y ocurría frecuentemente que la mujer quedaba fuera del sistema. Las mujeres tenemos menor producción científica en el primer año de vida de nuestros hijos (eso está publicado en Nature, en Science, y en otras revistas de muchísimo nivel), pero pasado ese periodo nos equiparamos con los hombres o con mujeres sin hijos. Nos cuesta mucho más, es mucho más duro, pero no es cierto que quienes tenemos hijos, tenemos menor producción que las mujeres que no tienen hijos o los hombres.

Para mí siempre hay una preocupación que es despertar vocaciones, entonces, no hace falta ser Marie Curie y que tengas una vida tan dura y sacrificada ...no todo el mundo quiere eso. Desde la RAGCyT en el año 1998, hicimos entrevistas a mujeres, pioneras de edades en ese momento 60-70 años, que habían alcanzado una posición de poder y el relato que las unía era que habían tenido que elegir, por ejemplo, habían elegido no tener hijos porque querían seguir haciendo investigación o habían elegido no tener pareja, es muy duro eso. Justamente, yo creo que las generaciones que seguimos, y las que están ahora mucho más, decimos “No es así, no queremos elegir”, queremos situaciones de equidad con los hombres. Nosotras hicimos un trabajo que mostraba que, becarias/os del CONICET con la misma edad y con la misma cantidad de años becarias/os, en el caso de los varones la mayoría vivían en pareja y tenían hijos; en cambio las mujeres no, es decir que no es una elección. Socialmente, cuando dice alguien “me gané una beca, me voy afuera”, si es un hombre todo el mundo asume que “ah, bárbaro, la mujer se va a ir con él”, pero cuando se trata de una mujer no es así. Por supuesto que pasa menos que hace unos años, pero sigue pasando.

D. A.: Refiriéndonos específicamente a tu trabajo, ¿cómo te planteas el vínculo entre lo asistencial y la investigación?

Silvia: En los últimos años se puso de moda hablar de investigación traslacional, pero, en realidad, uno se puede remontar a Jorge Sábato, por ejemplo, que hablaba del triángulo, postula que para que realmente exista un sistema científico-tecnológico es necesario que el Estado, la infraestructura científico-tecnológica y el sector productivo, estén relacionados. En nuestra experiencia el sector de servicios de salud ocupa el lugar del sector productivo. Profundizar el vínculo entre la investigación científica y los problemas de la comunidad, creo que es una cuestión ideológica y a mí me acompañó toda mi vida. Soy consciente de que esta posición no es frecuente y que en algunos sectores de la academia no está tan bien vista, y entre los médicos y médicas tampoco. En mi grupo de trabajo, todas/os los que somos profesionales de la salud, hacemos investigación y hacemos actividad asistencial, y demostramos que se pueden conjugar ambas cosas, como así también la actividad docente. Por ejemplo, el nuestro es el único centro en el país y en Latinoamérica que hace estudios en pacientes con epilepsia refractaria con registros intracerebrales, esos registros permiten localizar donde comienza la epilepsia en aquellos pacientes que no responden a la medicación convencional y son candidatos a cirugía de epilepsia, nosotros tenemos que decirles a los cirujanos exactamente dónde empieza para que lo operen esa zona. Así, al mismo tiempo que se hace el estudio de diagnóstico, al indicarle el tratamiento quirúrgico, le estamos cambiando la calidad de vida y generando un bienestar a los pacientes. Durante el estudio que mencione, se hace registro además con microelectrodos, lo cual permite el registro de neuronas únicas, y realizamos investigaciones para establecer las bases materiales de la memoria en humanos.

En nuestro equipo tenemos becarias y becarios de la UNAJ, eso nos llena de alegría y de emoción. Yo me gradué en la UBA, soy primera generación universitaria en mi familia, y en la UNAJ hay un enorme porcentaje de estudiantes que tiene una historia parecida a la mía. Cuando nosotros recibimos estudiantes, becarias/os es fascinante ver cómo se enganchan, cómo se motivan y cómo estas experiencias los transforma en mejores estudiantes.

D. A.: Te quería preguntar qué significó para vos la creación de la UNAJ, y su articulación con el Hospital El Cruce, ya que se trata de un espacio único en Latinoamérica ubicado en el “extraño” lugar del conurbano bonaerense.

Silvia: Yo me incorporo al hospital El Cruce en el año 2014, es decir que no participé de la creación de la UNAJ, ni de la construcción de la UNAJ desde sus orígenes. Una vez que me incorporé, llevé parte importante de mi grupo, todos teníamos experiencia en investigación, en asistencia y en docencia. Algunas personas facilitaron este proceso, como Arnaldo Medina que era a su vez director del hospital y vicerrector de la UNAJ, también ayudó la relación muy estrecha que establecimos con el Dr. Ariel Saez de Guinoa que junto con el Dr. Romano crearon la carrera de medicina. En ese contexto, nos propusimos la creación de una unidad ejecutora de CONICET, que es la primera y **única hasta ahora** en el conurbano bonaerense, lo cual nos llena de súper orgullo. Es todo un desafío, porque se trata de demostrar que, si vos contás con recursos humanos especialmente y recursos tecnológicos, con el apoyo de las autoridades se puede hacer investigación de punta. Esta vinculación tan estrecha entre el Hospital y la Universidad ha facilitado esto que estoy contando, ya que nosotros tenemos una actividad muy intensa de posgrado que cada vez es más exitosa en relación a calidad y a cantidad, es como uno cuando va a ver el teatro: el boca a boca funciona de verdad. Entonces tenemos cada vez más estudiantes y el nivel de los estudiantes es cada vez mejor y contribuye a seguir creciendo. Además, muchos de las/los investigadores que trabajan en la Unidad son docentes de grado en la UNAJ, y eso sin duda enriquece al docente, y también enriquece a la UNAJ, porque tener docentes que a su vez hagan investigación siempre es un valor agregado muy importante.

D. A.: Cuando comentás el funcionamiento de la red de cannabis medicinal, en una entrevista decís “tiene un funcionamiento muy horizontal como el movimiento feminista”, ¿podrías explayarte en esa idea?

Silvia: Eso también tiene que ver con mi experiencia feminista. Yo había ido a todos o casi todos los Encuentros Nacionales de Mu-

jeros, cualquiera que participó de esa experiencia contra la lógica del patriarcado, sabe que se trata de una organización muy horizontal, a nadie se le ocurre decir -como hacen los hombres- “yo acá dirijo”; incluso algunas mujeres lo quieren hacer y les va muy mal. Allí aprendí que era posible funcionar horizontalmente, no solamente en esos encuentros, sino también cuando militamos tanto por el derecho al aborto legal y seguro. Entonces, cuando contribuyo a la creación de la RACME (Red Argentina de Cannabis CONICET) sin querer queriendo se da una organización similar. La realidad era y es que se sabía mucho más afuera de la academia que en ella, y desde esa situación se abrió el juego para la participación de todas/os aquellos interesados en la temática. En la gestión anterior nos miraban un poco mal, pero tampoco se atrevían a decirme, decirnos porque teníamos una posición en el CONICET, “se van de acá”. Cuando asume el nuevo gobierno, y la Presidencia la asume la doctora Ana Franchi, junto al Directorio del CONICET nos dan todo el apoyo y la red se incluye en la figura institucional que tiene el CONICET, que son las redes temáticas. La particularidad que tiene la Red de Cannabis, es que no se pide currículum para estar en la red, lo que se pide es una actitud de respeto hacia el otro, hacia la otra, y de interés en el tema, y así funciona; tiene siete comisiones, tenemos reuniones regulares, tenemos un espacio de legitimidad social, cultural, política.

Además me permito anunciarles..., porque yo tengo otra faceta de mi vida, desde hace unos años hago cine y el 11 de mayo se estrena en el Cine Gaumont un documental que dirigí junto a Emiliano Serra que se llama Cannabis Medicinal; así que bueno están invitados. Volviendo a tu pregunta original, es un lugar desde donde se contribuyó a cambiar la reglamentación existente, ahora estamos proponiendo distintos aspectos que tienen que ver con la democratización del uso del Cannabis, con que esto no quede en manos solamente de los grandes laboratorios industriales, como pasa en algunos países, sino que sea amplio y que represente a todos los que vienen laburando en la temática.

En relación a la investigación con cannabis, les cuento que se acaba de aceptar una publicación nuestra en una revista interna-

cional, de alto impacto, que hicimos a través de un ensayo clínico en pacientes con epilepsia, con excelentes resultados.

Por otra parte, creamos la empresa de base tecnológica Cannabis CONICET que está constituida por la UNAJ, el hospital El Cruce y el CONICET, donde estamos dando servicios de control de calidad de los productos que se utilizan, y empezamos con la venta de semillas nacionales que fueron inscriptas en el INASE. También damos asesoramiento a empresas o a ensayos clínicos, todo un desafío.

D. A.: Es muy interesante además esto que contás que cómo se articularon y cómo se combinaron con buena energía los saberes propios de la autoatención con los saberes científicos.

Silvia: Si me pedís que haga una sinopsis, sobre el Documental que comentaba, lo que acabas de decir es una excelente sinopsis!

D. A.: Silvia si nos tuvieras que recomendar o sugerir algo para la revista, ya que es su primer número, qué sería?

Silvia: Que traten de incorporar voces que puedan contribuir a crear ilusión en hacer investigación, como intenté hacer yo, y al mismo tiempo incorporar opiniones que motiven, a partir de la divulgación de lo que se está haciendo y también de la experiencia de los estudiantes que lo van logrando.