

# Red Nacional por la Salud de la Mujer

0215

## MIEMBROS PLENAS

Antígona  
Asociación de Especialistas Universitarias en  
Estudios de la Mujer (ADEUEM)  
Asociación Lola Mora  
Asociación Juana Manso  
Asociación de Trabajo y Estudio de la Mujer  
(ATEM)  
Católicas por el Derecho a Decidir  
Centro de Estudios de la Mujer (CEM)  
Centro Interdisciplinario de Documentación y  
Estudios de la Mujer (CIDEM)  
Comisión por el Derecho al Aborto  
Espacio de Mujer - Brújula  
Fundación para Estudio e Investigación de la  
Mujer (FEIM)  
Fundación TIDO - Casa de la Mujer  
Fundación Alicia Moreau de Justo  
Grupo psicofármacos  
Instituto de Estudios Jurídicos y Sociales de la  
Mujer (INDESO)  
Lihuen  
Manos de San Luis  
Mujeres por el Derecho a Elegir  
Proyecto Mujer - Facultad de Servicio Social -  
Paraná  
Salud Mía  
Servicio de Asistencia a Víctimas de Agresión  
Sexual (SAVIAS)  
Taller La Mujer - San Andrés  
Taller Permanente de la Mujer

## MIEMBROS ADHERENTES

Acción Educativa  
Adolescencia  
Agencia para el Desarrollo Ecológico de zonas  
áridas  
Asociación Argentina de Terapia Familiar (Area  
Mujer)  
Asociación Argentina de Prevención de la  
Violencia Familiar  
Atenco de Monte Caseros  
Centro de Comunicación Popular y Asesoramiento  
Legal (CECOPAL)  
Centro de Estudios sobre Tecnologías Apropriadas  
de la Argentina (CETAAR)  
Instituto Kinsey  
Paternidad Responsable (PARES)  
Posgrado de Especialización en Violencia Familiar  
- UBA  
Servicio a la Acción Popular (SEAP)  
SIGLA

# Documento

## "Mujer, Salud Reproductiva y Sexualidad".



Red Nacional por la Salud de la Mujer

0094

MESA COORDINADORA

ADEUEM

FEIM

FUNDACION TIDO CASA  
DE LA MUJER

GRUPO PSICOFARMACOS

SALUD MIA

SAVIAS

TALLER "LA MUJER"

TALLER PERMANENTE  
DE LA MUJER

FUNDACION ALICIA

MOREAU DE JUSTO

## Documento

"Mujer,

Salud Reproductiva

y Sexualidad".

Este documento fue producido durante las Jornadas del mismo nombre, organizadas por la Red Nacional por la Salud de la Mujer en Córdoba, en el mes de agosto de 1994, con la participación de 59 mujeres representantes de ONGs y servicios públicos de salud de todo el país.

Se presentaron *Documentos Base* realizados por:

- Puntos de Partida,  
Dra. Zulema Palma.
- Mortalidad Materna y Servicios de Salud,  
Dra. Gladis Ponte.                      Lic. Patricia Corvalán.
- Anticoncepción y Aborto,  
Dra. Alicia Ferreira.
- Nuevas Tecnologías Reproductivas (NTR) y Problemas de Bioética,  
Lic. Esther Moncarz.
- VIH/SIDA,  
Lic. Marina Laski.
- Embarazo adolescente,  
Lic. Marisa Ruano.  
Lic. Graciela Costanzi.  
Lic. Inés Cafaratti.

Estos trabajos fueron discutidos y reelaborados en talleres y plenarios.

## PUNTOS DE PARTIDA

El acercamiento crítico a los temas que nos convocan y que tratamos en estas Jornadas fue realizado desde:

a) La perspectiva de género: es una mirada crítica de la construcción socio-cultural de la identidad de la mujer, en la búsqueda de una redefinición de esa identidad desde nosotras mismas.

b) El cuestionamiento a:

1- La naturalización de la maternidad: ponemos en cuestión a la maternidad como único y privilegiado proyecto de vida y como principal determinante de nuestra identidad de mujeres. Cuestionamos que nuestra condición biológica de reproductoras de la especie nos condicione a ser las únicas responsables del sostenimiento social y cultural de la misma, lo que nos ha recluso históricamente al mundo de lo privado y de lo doméstico.

Sostenemos que el llamado "instinto maternal" es una construcción socio-cultural para mantenernos en el rol adjudicado por la sociedad patriarcal y capitalista.

2- El paradigma positivista de la ciencia: consideramos que la ciencia no es ni objetiva ni neutral. Está atravesada por los componentes ideológicos, culturales, políticos y económicos dominantes que determinan sus objetivos de estudio, sus métodos y resultados.

3- El modelo médico hegemónico: de carácter biologista, ahistórico, asocial y sexista.

Se efectiviza en una asimetría jerárquica que no posibilita la presencia del otro como sujeto y como poseedor de saber.

Este modelo tiene como consecuencia, entre otras, la medicalización y psicologización de la vida de las personas, mercantilizando la reproducción y la sexualidad, en particular de las mujeres.

4- La normatización de la sexualidad: los poderes dominantes definen, con un discurso dogmático, los criterios y los valores de normalidad, como dispositivo privilegiado de control social, que condiciona particularmente a las mujeres.

5- El uso del término "vida": dado por los sectores que lo manipulan ideológicamente en beneficio de sus propios intereses económicos, políticos y religiosos.

Identifican a lo biológico con lo simbólico y socio-cultural.

c) En el contexto general de:

1- Un mundo signado por la división en países centrales y periféricos, donde el desarrollo de los sectores económicamente poderosos se hace en detrimento de la mayoría de la población.

2- Esta situación produce el deterioro de la calidad de vida, la limitación de proyectos individuales y colectivos, sobreexplotación, desempleo, devastación del medio ambiente, entre otras consecuencias.

3- Estas políticas agudizan el sometimiento de género y de clase que históricamente padecemos las mujeres y produce la llamada "feminización de la pobreza".

d) Reclamamos que el Estado cumpla con su insoslayable función de garantizar los derechos humanos, creando las condiciones materiales para su pleno ejercicio.

Dentro de ese marco debe prestar los servicios públicos de salud de manera eficaz y eficiente, en beneficio de todas las personas por igual.

e) Reivindicamos el aporte de las ONGs y de otras organizaciones intermedias, como espacios concretos de participación y de defensa de los derechos humanos, en pos de una sociedad solidaria, igualitaria y pluralista.

f) Hemos tomado la salud reproductiva como eje de nuestra producción, enmarcada en la comprensión y atención de los ciclos evolutivos y psicosexuales de las mujeres.

## MORTALIDAD MATERNA Y SERVICIOS DE SALUD

La mortalidad materna es según la Organización Mundial de la Salud y Centro Nacional de Estadísticas de Salud: "la defunción de una mujer cuando está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del embarazo independientemente de la duración y sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales".

Ponemos en cuestión esta denominación porque:

1) Oculta a la mujer en el término "*materna*". Las mujeres que mueren y que este indicador cuantifica, mueren a causa del proceso de gestación que se desarrolla en su cuerpo y no por el hecho de ser madres.

Muchas de ellas mueren por el hecho de no querer ser madres.

Se trata de un indicador que se apoya en lo orgánico, pero cuya denominación es de tipo psicosocial y vincular.

2) La definición considera un aspecto temporal que debería revisarse, ya que hay causas relacionadas con la gestación que provocan muerte más allá de los 42 días de producido el parto.

La mortalidad materna es considerada un indicador del desarrollo de un país, pero este, como otros indicadores de su tipo dan cuenta de situaciones globales, que ocultan las diferencias regionales, sectoriales y de clase. Además sufren de un fuerte subregistro debido no sólo a la impericia o a la negligencia sino a la concepción de mujer y madre que tienen los profesionales.

Si bien la principal causa de mortalidad materna en Argentina es el aborto y sus complicaciones debido a su ilegalidad, hay otras causas de mortalidad materna como sepsis, hemorragia, enfermedades del embarazo, etc., muchas de las cuales se deben a la falta de acceso a los servicios de salud o dificultades de acceso o servicios deficientes, son causas totalmente evitables y no son imputables a las mujeres.

La condición socio-cultural de la mujer de vivir en función de los demás, influye en la postergación de la búsqueda de ayuda en el cuidado de sí misma. La mujer está en último lugar para atender su salud, llegando con mucho más compromiso de la misma a la atención médica.

No se registra la violencia contra la mujer como causa de mortalidad materna y aborto.

A pesar de la idealización de la mujer como madre, las condiciones socioeconómicas y las políticas del Estado no garantizan el ejercicio de la maternidad, parto y la crianza de los hijos/as.

### Propuestas y estrategias

- Modificar la denominación de mortalidad materna por "Mortalidad por Gestación".
- Incorporar las cuestiones de los estudios de género en las carreras de grado y posgrado en las profesiones de salud.
- Mejorar el registro de las causales de enfermedad y muerte desde una perspectiva de género en los servicios de salud.
- Desmedicalizar los temas propios de los problemas de salud de las mujeres, sin negar el conocimiento científico y propiciar la apropiación y recuperación del saber por parte de las propias mujeres. Y rescatamos el rol que las propias ONGs pueden tener en esto.
- Reorientar los gastos en salud, priorizando la prevención y la educación tanto formal como informal.
- Despenalización inmediata del aborto para aportar al descenso de la mortalidad por gestación y abrir el debate para su legalización.
- Apertura de servicios de anticoncepción con perspectiva de género orientados a promover la libertad sexual y reproductiva de las mujeres, respetando la diversidad ideológica y religiosa.
- Propiciar los cambios de reglamentación que permitan registrar la mortalidad por gestación según los códigos de la Organización Mundial de la Salud para unificar criterios.
- Impulsar el proyecto de ley que modifique los certificados de defunción incluyendo el registro de gestación en el último año de vida.
- Apuntar a la disminución de la cesárea y transfusiones sanguíneas innecesarias y en estas últimas favorecer experiencias alternativas.
- La alta concentración demográfica y los altos índices de pobreza exigen normativas precisas de puesta en marcha de servicios de maternidad efectivos, a fin de evitar el deambular permanente de mujeres, derivadas de hospitales por falta de cama o complejidad adecuada, con el consiguiente riesgo físico y psíquico.
- Incorporar a los servicios de salud reproductiva los aspectos relacionados a la salud mental en lo preventivo y asistencial, con perspectiva de género.

## ANTICONCEPCION Y ABORTO

En nuestro país, las políticas públicas en la materia, a través de los diferentes regímenes o gobiernos, fueron siempre pronatalistas. Las acciones han sido fragmentarias e inconexas y no se han tenido en cuenta las diferencias regionales o de estrato social.

En el último gobierno justicialista el Decreto 679/74 del entonces ministro López Rega prohibía la comercialización de anticonceptivos y las prácticas de control de la natalidad, dentro de las instituciones de salud pública.

En ese contexto se cerraron en la Capital y el conurbano bonaerense más de 50 consultorios de planificación familiar que funcionaban en hospitales y centros de salud.

Durante la dictadura se reforzaron estas prácticas coercitivas.

En 1986 se derogó el decreto 679/74 justificando esta medida en el marco de los derechos humanos. No se instrumentaron sin embargo, recursos apropiados para poner los métodos anticonceptivos al alcance de la población ni para posibilitar la reapertura de los servicios que habían cerrado, muy pocos de los cuales reabrieron sus puertas después de 1986.

Un años antes, en 1985 se aprobó por ley la Convención de la ONU sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. A pesar de esta legislación, que acaba de ser incorporada a la nueva Constitución, no se promueve ni la educación sexual ni la anticoncepción y se las aplica en forma muy limitada, cuando no se las sabotea directamente.

Si el decreto López Rega había perjudicado a las mujeres de los sectores populares, ya que los sectores altos y medios continuaron acudiendo a la consulta privada, hoy, que se ha levantado, de todos modos estas mismas mujeres tienen muy poca información sobre métodos anticonceptivos eficaces, la cual proviene en su mayor parte de fuentes no médicas: familiares, vecinas, amigas, farmacéuticos. Por eso utilizan muchas veces métodos poco científicos, ineficaces y peligrosos para su salud.

Por otra parte hay pocos lugares donde pueden recurrir para la consulta al respecto. Si bien en la Capital Federal existe un programa municipal -llamado de Procreación Responsable- este funciona en unos pocos hospitales, en los que tampoco están disponibles todos los métodos.

Los servicios de planificación familiar son más escasos aún en el conurbano y en la mayoría de las provincias.

La crisis económica y las políticas de ajuste estructural complican aún más la cuestión, ya que hay un evidente deterioro de la salud pública, los hospitales carecen de recursos suficientes y las prestaciones han dejado de ser gratuitas.

De esta manera el deseado crecimiento poblacional se está efectuando a expensas de los sectores más desprotegidos, lo cual se refleja, entre otras cosas, en las altas cifras de morbimortalidad materno infantil.

El argumento demográfico utilizado para limitar la anticoncepción es falaz. Por un lado se opone a la anticoncepción para aumentar la fecundidad y el crecimiento poblacional, pero lo único que produce es aumento del número de abortos y, por tanto, aumenta la mortalidad de las gestantes.

El Código Penal, en su artículo 86 sólo autoriza el aborto en dos casos: para salvar la vida de la mujer y cuando hubo violación de una mujer idiota o demente.

Al tratarse de un procedimiento ilegal, es difícil tener cifras exactas, ya que no se lo registra y sólo se conoce en el caso de que su complicación requiera internación. Se estima que se llevan a cabo entre 350.000 y 400.000 abortos por año, es decir que una tercera parte de los embarazos terminan en aborto provocado.

El aborto es en Argentina el causante del 35% de la mortalidad por gestación. Muere una mujer por día como consecuencia de abortos provocados; un 35-40% de las camas de ginecología de los hospitales de la Capital están ocupadas por las complicaciones de los mismos y un tercio de las intervenciones quirúrgicas en los servicios de urgencias son debidas a abortos incompletos o complicados.

En el caso del aborto, nuevamente son las mujeres de los sectores populares las más perjudicadas. Se sabe que un aborto realizado en el primer trimestre del embarazo, con todos los recaudos de asepsia necesarios, no entraña más mortalidad que un embarazo llevado a término. Las mujeres que mueren son aquellas que no pueden pagar una buena atención, que deben recurrir a métodos caseros o a comadronas de barrio, es decir que son abortos realizados en condiciones de alto riesgo.

En aquellos países donde el aborto es legal y de fácil acceso, los riesgos disminuyen en forma considerable, como sucede en Cuba, donde se refiere una muerte cada 100.000 casos.

No es cierto que la despenalización del aborto produzca un aumento de su incidencia, hecho que ha sido demostrado en los países europeos.

El aborto de un embarazo producido por violación es llamado "aborto ético", esto supone que el resto de los abortos no son éticos. Esta división entre abortos éticos y no éticos es una coartada que condena como no éticas a las mujeres que abortan en vez de condenar como no éticos a los hombres que violan.

Tampoco es cierto que el aborto sea "el último método anticonceptivo", de hecho es el signo de su fracaso.

El discurso de la defensa de la vida es contradictorio: por un lado se defiende la vida del embrión en el vientre materno, mientras que por otro, a través de las nuevas tecnologías reproductivas, se promueve la comercialización y el desecho de embriones.

Otro "desliz", esta vez jurídico-político: en la situación de aborto no están enfrentadas "madres asesinas" versus "hijos inocentes", sino las mujeres (y en algunos casos también sus parejas) contra el Estado y la Iglesia, que se proponen como representantes del embrión indefenso pero sólo mientras está encapsulado en el cuerpo de la mujer. Después, que lo protejan ellas como puedan.

El paradigma positivista de la ciencia funciona aquí subordinando la ética: el debate sobre si el feto es o no un ser humano es inconducente.

### Propuestas y estrategias

Es obvio que ni las políticas de salud ni las de población responden a los intereses o necesidades de las mujeres. Es tarea entonces del movimiento de mujeres proponer y exigir a los gobiernos programas de salud que incorporen políticas adecuadas. Debemos buscar alianzas entre los médicos/as, entre los trabajadores/as de la salud, entre los trabajadores/as sociales, entre los/las líderes juveniles, entre los políticos/as, a fin de aumentar la fuerza de estas demandas y constituir grupos de presión fuertes.

Es necesaria la sanción de leyes destinadas a:

- Programas de educación sexual desde una perspectiva de género y de clase, en las escuelas y en las entidades intermedias (clubes, sociedades de fomento) para los jóvenes no escolarizados.
- Provisión de métodos anticonceptivos seguros y gratuitos, acompañada de calidad en los servicios, con profesionales sensibilizados a la problemática de género.
- Investigación respecto de la recuperación del saber popular sobre anticoncepción.
- Asesoramiento para que las mujeres puedan efectuar una elección informada y conozcan el uso adecuado de los anticonceptivos.
- Búsqueda de metodologías dinámicas de educación y comunicación popular para el abordaje de la temática.
- Despenalización y/o legalización del aborto.
- Garantizar (luego de la legalización) una adecuada calidad de los servicios donde se realizan los abortos.
- Garantizar el cumplimiento de esa ley.

NUEVAS TECNOLOGIAS REPRODUCTIVAS (NTR)  
Y PROBLEMAS DE BIOETICA

El acelerado desarrollo de las *Técnicas de Reproducción Asistida* forma parte de la tecnologización en aumento de nuestras vidas, aunque su especificidad radica en que ella opera sobre el cuerpo y en especial sobre el cuerpo de las mujeres.

La infertilidad -trastorno que se manifiesta ante el proyecto de embarazar- es considerada por los médicos y por las mismas mujeres como una enfermedad que debe ser curada. A esta homologación entre infertilidad y enfermedad y a tecnología con terapéutica, subyace una concepción naturalista de la maternidad que es puesta en cuestión cuando una mujer no embaraza. Y algo parece conmoverse cuando esto ocurre, de tal modo que allí posiblemente se iniciará una especie de cruzada que tendrá como escenario el cuerpo femenino, lugar donde parece haberse cometido un acto sacrílego contra la naturaleza.

Reordenando ese "caos" en la naturaleza, la ciencia y la tecnología permanece, sin embargo, sin modificaciones, la adscripción de los roles del maternaje a las mujeres como "naturales".

Es importante puntualizar aquí que:

1) No existen en nuestro país políticas públicas ni legislación alguna que regule la aplicación de las técnicas.

2) Aunque no existen estadísticas en nuestro país, sí las hay en otros países y se considera que el 15% de las parejas que se someten a las *Técnicas de Reproducción Asistida* logran el embarazo y sólo el 10% el anhelado hijo. Este bajo porcentaje de éxitos, no suele ser informado por los equipos a las parejas, que suelen repetir la *Fecundación In Vitro* o el *GIFT* en sucesivas y frustrantes ocasiones en busca del "hijo a cualquier precio", permaneciendo en tratamiento durante largos años.

Los medios de difusión contribuyen, por lo general, a mitificar a las técnicas y sus "logros".

3) Problemas éticos en la utilización de las *Nuevas Tecnologías Reproductivas*. Son diversos los problemas éticos que conlleva el uso y aplicación de las *Nuevas Tecnologías Reproductivas*.

Entre ellos mencionaremos: los deslizamientos eugenésicos y el tráfico de gametos, embriones y vientres. Parece no haber límites para la manipulación y/o experimentación con tal de lograr el "anhelado hijo" y esto justifica el uso de todos los medios.

Aunque hasta no hace mucho tiempo sólo parecían ser objetos de intercambio los vientres fecundos que posibilitaran completar el proceso de gestación. Actualmente también son objeto de compra-venta óvulos y embriones. Parece no estar demasiado lejano el que el hijo "encargado" sea de un determinado sexo y/o color, considerados más "valiosos" que otros dando lugar así a deslizamientos eugenésicos al aplicar estas técnicas.

Otro aspecto conflictivo es el de la utilización ilimitada de tejido embrionario, con justificativos terapéuticos. Ello da lugar a prácticas, que al pretender mejorar las condiciones de salud de quien padece de una cierta enfermedad, se apele en forma irrestricta a este recurso. Aunque no existen dudas acerca de la destructividad que conllevan enfermedades como el *Mal de Alzheimer* o el *Parkinson*. Justifican su supuesta mejoría, la apelación ilimitada de este recurso? Cuáles serán las enfermedades que podrán justificar en el futuro el uso de este recurso? Cuál es el límite y quién lo impondría?

El proceso de mercantilización de las prácticas médicas y en particular de la infertilidad, que dan nuevos dividendos proporciona a los equipos de salud y a los laboratorios que manejan el negocio, conlleva todos los riesgos que las leyes del mercado imponen en un régimen de capitalismo salvaje.

4) Riesgos en la utilización de las *Nuevas Tecnologías Reproductivas* para la salud de la mujer: alta tasa de embarazos múltiples, síndrome de hiperestimulación ovárica, embarazos ectópicos, abortos espontáneos, trastornos psicosomáticos, depresiones, aumento en el consumo de psicofármacos y/o alcohol.

5) No es tema de debate la inequidad social que conllevan los costos de la reproducción asistida, por lo que significan como gasto frente a la gravedad de los problemas sociales vinculados a la medicina, especialmente en lo que hace a la salud femenina.

6) Tampoco es tema de debate el modo como es utilizado el sufrimiento por la infertilidad, como excusa, como coartada para la medicalización ilimitada del deseo de hijo que conduce al fracaso en el 90% de los casos, con su secuela de frustración y vacío.

Por otra parte, las *Nuevas Tecnologías Reproductivas* están enmarcadas en un modelo científico positivista, que supone neutralidad y objetividad. Las consideraciones éticas recién se incorporan cuando se utilizan las *Nuevas Tecnologías Reproductivas*, ocultando la articulación entre ciencia y ética en la producción de conocimiento.

El paradigma positivista da lugar a la hegemonía del poder/saber médico en la orientación y toma de decisiones respecto de quiénes pueden ser "beneficiarias" de las *Nuevas Tecnologías Reproductivas* y cuál es la técnica adecuada en cada caso.

Las prescripciones en la utilización de las *Nuevas Tecnologías Reproductivas* expresan la ética patriarcal: se aceptan sólo parejas heterosexuales monogámicas.

### Propuestas y estrategias

- Legislar, reglamentar, controlar e informar sobre las *Nuevas Tecnologías Reproductivas* como función del Estado democrático.

- Promover el compromiso del movimiento de mujeres para demandar y presionar al Estado para que cumpla con esa función.

- Transformar a las *Nuevas Tecnologías Reproductivas* en una cuestión social abriendo el debate a la sociedad en su conjunto: trasladar la problemática del ámbito privado al ámbito público.

- Inclusión de mujeres de distintas disciplinas, que trabajen con la perspectiva de género en la redacción de los proyectos de ley que reglamenten la aplicación de las *Técnicas de Reproducción Asistida*.

- Participación de mujeres de distintas disciplinas, que trabajen con la perspectiva de género, en el diseño de lo que se denomina "consentimiento informado".

- Revisión de los criterios de indicación con los que se aplican las técnicas, ya que consideramos que en muchos casos no es la adecuada.

- Denunciar la reproducción como última y una de las más sofisticadas formas de producción.

## VIH/SIDA

Los datos epidemiológicos indican que la Argentina se ubica en el séptimo lugar entre los países más afectados de América, con un total de 3.761 casos de SIDA reportados al 28/2/94. De ellos 577 corresponden a mujeres, o sea el 15,3% del total. Sólo se computan los casos de enfermedad, que acusan un importante subregistro. Se excluyen los datos de personas infectadas por el virus, que se estiman entre 100 y 150 mil.

El primer caso de SIDA en mujeres se registra en 1987, siendo la relación hombre-mujer de 12,6 a 1 en 1988, 8,8 en 1989, 6,8 en 1990, 7,3 en 1991, 4,1 en 1992 y 4 en 1993.

El 38% de las mujeres enfermas tiene entre 25 y 34 años, el 28% entre 15 y 24, el 22% menos de 15, el 8% entre 35 y 44 y el 3% más de 45 (28/2/94). Comparando con el grupo de varones de menos de 15 años (5%), podemos destacar la precocidad con que enferman las mujeres.

Las provincias donde se registran mayor número de casos femeninos, al 28/2/94, son Buenos Aires (242 casos), Capital Federal (196), Santa Fe (47) y Córdoba (19). Estas cifras se corresponden con los sitios donde se registran mayor número de casos totales. A semejanza de otros países, la acumulación de casos se da en los grandes centros urbanos.

El considerable aumento de SIDA en mujeres trae como consecuencia inmediata el aumento de SIDA pediátrico.

Aunque los datos epidemiológicos no lo reflejen, la mayoría de las mujeres se contagia el VIH a través de relaciones sexuales heterosexuales en las que no se usan preservativos. La negociación con los varones respecto del sexo protegido es un aspecto sumamente conflictivo. Las violaciones sexuales multiplican los riesgos de contagio. El VIH/SIDA refleja y amplifica las relaciones de desigualdad y sometimiento que caracterizan los vínculos entre personas de ambos sexos y que son conocidas y denunciadas con anterioridad al desarrollo de esta epidemia.

En los servicios de salud las mujeres portadoras de VIH suelen recibir presiones ya sea para evitar que se embaracen o, si ya lo están, para que interrumpan su embarazo, situación sumamente conflictiva en un país que penaliza el aborto.

Algunos profesionales de la salud se refieren al aumento de casos de SIDA en mujeres atribuyéndolo al aumento de la drogadicción endovenosa. Aún no siendo este el factor de riesgo para ellas, las ubican así por ser compañeras sexuales de varones usuarios de drogas. Se niega, de este modo, el sexo desprotegido como factor de riesgo, además de invisibilizar aquellos aspectos que hacen al cuidado específico de la salud de las mujeres.

Los servicios de obstetricia también presionan a las mujeres para que se efectúen análisis de detección de VIH en sus futuros hijos/as. En este punto es interesante el debate que pudiera suscitar lo referido a los derechos de la mujer y los del feto.

Además, se oculta que aún sin la administración de AZT se registra una considerable diferencia en la trasmisión del virus a sus hijos/as entre mujeres de países desarrollados (alrededor del 20%) y las de países subdesarrollados (30 al 40%), diferencia atribuída a la calidad de vida a la que acceden unas y otras.

También la lactancia se problematiza al ser un factor de riesgo para los hijos/as de mujeres VIH +.

Los servicios de ginecología no siempre incluyen el preservativo como método anticonceptivo esencial dada su condición de barrera frente al VIH y otras E.T.S. Muchas consultas por flujo o picazón carecen de una atención adecuada al no considerársela como situación de mayor riesgo para el contagio por VIH, especialmente en las mujeres jóvenes.

La calidad de la alimentación, la vivienda, los factores ambientales, la accesibilidad a los servicios de salud, las condiciones familiares y laborales también influyen en la vulnerabilidad de las mujeres, especialmente en las pertenecientes a sectores populares.

No existen investigaciones en relación a la eficacia del preservativo femenino, siendo además mucho más caro que el masculino.

Se ha observado que las mujeres enferman más rápido que los varones, situación probablemente relacionada con el lugar que se otorga la mujer a la hora de ocuparse de su salud.

Todavía subsisten temores y prejuicios en el equipo de salud que traen como consecuencia la discriminación y el maltrato hacia las mujeres afectadas por el virus. A su vez, los profesionales de la salud que instrumentan prácticas intrusivas, muchas veces, no tienen en cuenta las medidas universales de bioseguridad ya sea por falta de instrumental necesario, por negligencia o por exceso de confianza. En esta situación, el sector de enfermería es el de más riesgo, conformado mayoritariamente por mujeres.

La invisibilización y discriminación hacia las mujeres se observan con más intensidad en relación a las mujeres lesbianas, las que trabajan en prostitución, las que están en cárceles, acentuándose si además es pobre.

Gran parte de las mujeres desconoce la existencia de una ley de SIDA (23.798), que defiende tanto su derecho a la salud como sus derechos laborales. Pero, aún cuando a veces se la conozca, los vínculos que se establecen con el equipo de salud inhiben la capacidad de exigir que se implementen las medidas de bioseguridad. En el caso de que sean portadoras del virus, esta inhibición se profundiza dado que se sienten en la obligación de declarar su condición de tales y muchas veces son rechazadas del consultorio o del servicio. Después de decirlo, a veces, pagando más u ofreciendo más bonos de la obra social se logra la atención adecuada.

En el ámbito laboral, las empresas incluyen en el examen preocupacional el test ELISA, realizado sin consentimiento y que se utiliza como factor determinante y decisivo para la obtención de un trabajo o la permanencia en el mismo.

Existen algunos proyectos oficiales de prevención del SIDA y Educación Sexual, cuya implementación en escuelas primarias y secundarias depende del interés y la buena voluntad de los docentes. No se registran evaluaciones en cuanto a la efectividad de los mismos.

Producto de la política económica, los sectores populares tienen cada vez menor acceso a la Salud y la Educación, situación que se refleja en la falta de información y asistencia adecuadas.

Las campañas publicitarias oficiales tienen mensajes confusos e incompletos, basándose en la represión y el miedo, lo que dificulta la toma de conciencia y compromiso de la población. No hubo, hasta el momento, ninguna campaña (gubernamental o no gubernamental) que diera cuenta de aspectos específicos de la problemática del VIH/SIDA en mujeres.

Se observa falta de voluntad y compromiso político de los organismos oficiales de Salud, Educación, Justicia y Trabajo en relación a la problemática del VIH/SIDA.

Se necesita de programas tanto a nivel preventivo como asistencial que, desde una perspectiva de género, abarquen los aspectos biomédicos, psicosociales, comunitarios, poblacionales, económicos, laborales, legales y de comunicación social.

Los programas que desde el gobierno central se han intentado implementar han seguido un camino errático de acuerdo a los intereses propios de las autoridades de turno, casi siempre presionados por las personas afectadas por la enfermedad, sus familiares, organizaciones no gubernamentales y efectores de salud de centros asistenciales oficiales.

Cada programa ha sufrido los embates de instituciones y sectores de la sociedad que, como la Iglesia Católica, han querido darle a las mismas su propio color teñido por prejuicios y tabúes, tratando de imponer a toda la sociedad un modelo único y totalizador. Muy alejados de las realidades concretas, empujan a las comunidades que dicen proteger hacia situaciones de mayor riesgo de contagio. Rechazan el uso del preservativo en las relaciones sexuales, proponiendo como modo de prevención la abstinencia sexual o la

pareja matrimonial, obviamente heterosexual, estable y monógama. Interpretan al SIDA como un castigo en relación a la homosexualidad y a la drogadicción.

En 1987 el Ministerio de Salud y Acción Social crea Línea Vida Nacional, un servicio telefónico que daba respuestas a las inquietudes de las personas que se comunicaban. Este servicio funcionó hasta 1990.

Luego se implementó otro proyecto que tenía como objetivo fundamental la capacitación de multiplicadores de salud para la prevención del VIH/SIDA.

En 1991 se inauguró el Programa Nacional de Lucha contra el Retrovirus del Humano y SIDA. Esta iniciativa se destacó por su carácter discriminatorio y por promover la realización masiva de análisis, provocando confusión en la población. Actualmente se continúa con dicho programa en un intento por reorganizar los datos estadísticos de la gestión anterior.

A nivel local las provincias implementan sus propios programas, como así también las municipalidades. Generalmente, también están caracterizados por el rumbo errático que se observa a nivel nacional.

Ningún programa contempla la problemática de género desde su especificidad, salvo cuando surge la preocupación por el desarrollo de SIDA pediátrico.

En 1990 se promulgó la ley de SIDA (23.798) que se reglamentó en 1991 (1.244). Defiende los derechos de las personas infectadas y enfermas, especialmente en lo referido al secreto profesional, el rechazo a los análisis masivos y/o compulsivos, la no discriminación y el resguardo del puesto de trabajo.

### Propuestas y estrategias

- Revisión y lectura adecuada del registro epidemiológico.
- Elaboración e implementación de programas nacionales, regionales y locales que, desde las necesidades preventivas y asistenciales de la población, abarque los diferentes aspectos que hacen a un enfoque integral del VIH/SIDA en mujeres (drogadependencia, sexualidad, embarazo, violaciones, prostitución, relación con el equipo de salud, aspectos laborales y legales).
- Capacitación y mejoramiento de las condiciones laborales para las trabajadoras de la salud.
- Programas dirigidos a cada uno de los grupos poblacionales que incluyan modificación de los patrones culturales discriminatorios del género.
- Programas de Educación Sexual para adolescentes, escolarizados o no, que incluyan modificación de los patrones culturales discriminatorios del sexo femenino.
- Programas de capacitación tendientes a mejorar el posicionamiento de las mujeres frente a la negociación con los varones respecto del sexo protegido.
- Programas específicos para mujeres de sectores populares, que incluyan provisión de preservativos.
- Programas destinados a resolver la situación de huérfanos/as por SIDA, que incluyan la participación de la familia ampliada y la implementación de hogares transitorios.
- Centros asistenciales que garanticen adecuada atención médica, psicosocial y orientación legal para mujeres que viven con VIH.
- Programas de capacitación de multiplicadoras fomentando redes de prevención y redes de apoyo para personas que viven con VIH.
- Programas de capacitación en ámbitos universitarios, incluidos en los planes de carreras tales como Medicina, Biología, Odontología, Psicología, Sociología, Antropología, Administración de Empresas, Abogacía, Trabajo Social, Economía, etc.
- Apoyo para las organizaciones no gubernamentales.
- Campañas en los medios masivos de difusión que contemplen la especificidad de la problemática del VIH/SIDA en mujeres.
- Cumplimiento de la legislación vigente respecto de la prohibición del testeo para detectar VIH en los exámenes preocupacionales.
- Desarrollo de investigaciones relacionadas con los factores que contribuyen a la vulnerabilidad fisiológica y psicosocial de las mujeres.

## EMBARAZO ADOLESCENTE

La adolescencia es un período de la vida humana en el que una franja poblacional se encuentra expuesta y vulnerable, vulnerabilidad que varía de acuerdo al sector social y al género.

El embarazo en la adolescencia ya no es considerado solamente un problema biológico. Los riesgos o complicaciones posibles de presentarse durante la gestación no aumentan en esta etapa evolutiva. Es necesario considerarlo desde la perspectiva psicosocial, política, económica, cultural y de género.

La naturalización de la maternidad adquiere la forma de "ser madre" como único proyecto personal posible durante esta etapa de la vida, especialmente en las clases populares.

El embarazo adolescente no constituye en sí mismo un riesgo para la salud. Las consecuencias están ligadas a factores contextuales como la pobreza, la desnutrición, la falta de servicios higiénicos y sanitarios adecuados, la interrupción de los estudios y la expulsión de los hogares. Esto antecede a la situación de embarazo; la maternidad precoz hace más difícil su modificación. En consecuencia, la consulta tardía es una de las problemáticas que se agudizan durante esta etapa, ya que dificulta la detección de patología y la adecuada preparación para el parto.

Entonces, se observa:

- a) Período de ocultamiento del embarazo.
- b) Alteraciones del ciclo menstrual propios de la edad que lleva a las jóvenes a enterarse tardíamente de su estado.
- c) Desconocimiento del propio cuerpo.
- d) Falta de recursos económicos propios.
- e) No reconocer como propio el derecho a la salud.

Respecto de las instituciones de salud, es necesario considerar los siguientes aspectos:

- a) Se trata de instituciones burocratizadas que retardan, complejizan y expulsan a la joven consultante.
- b) Carencia de espacios apropiados para su atención.
- c) Equipos de salud poco capacitados para la atención de adolescentes.
- d) Falta de estrategias preventivas que lleguen a esta franja de la comunidad para realizar una profilaxis real y no continuar atendiendo solo la demanda. Además, muchas veces se produce dispersión y superposición de los recursos.
- e) Falta de políticas públicas que consideren la sexualidad de las jóvenes desde la valorización del placer y el cuidado del propio cuerpo, fomentando la libertad y la responsabilidad.

## Propuestas y estrategias

### Asistenciales:

- Mejorar la calidad de los servicios ya existentes, logrando una atención personalizada en espacios adecuados para la atención.
- Integración de equipos con profesionales especializados.
- Integrar a la consulta los vínculos familiares y parentales, amigos/as, compañero.
- Crear servicios especializados en adolescentes en los centros asistenciales que aún no dispongan de ellos.

### Preventivas:

- En los lugares de socialización temprana, implementar programas de Educación Sexual que incluyan:
  - \* el conocimiento del propio cuerpo;
  - \* valorización de la sexualidad;
  - \* flexibilización de los roles de género.
- Brindar información adecuada de métodos anticonceptivos y acceso concreto a los mismos, promoviendo y respetando el derecho a decidir.
- Fomentar en la adolescente la autopercepción, de modo de facilitar la toma de decisiones respecto de sí misma a partir de sus propios deseos, para una construcción adecuada de su identidad.
- Exigir al Estado compromiso político y programas de acción respecto de la Salud Reproductiva.
  - Apoyo para las ONGs que trabajan la problemática.
  - Participación de las ONGs en las decisiones y lineamientos de políticas sanitarias en Salud Reproductiva.
  - Incentivar la discusión de esta problemática en el seno de la sociedad.

SUSCRIBIERON ESTE DOCUMENTO (ONGs y grupos de mujeres)

ADEUEM (Capital Federal)  
ANTIGONA (Necochea)  
Casa de la Mujer Azucena Villaflor (La Plata)  
CAIMM (Córdoba)  
CAM(Córdoba)  
CLADEM (Córdoba)  
CECOPAL (Córdoba)  
Centro Integral de Salud para Mujeres "Dra. Julieta Lantieri" (Capital Federal)  
CETAAR (Marcos Paz)  
Comunidad Homosexual Argentina (Capital Federal)  
Encuentro de Mujeres (Mendoza)  
Encuentro de Mujeres (Córdoba)  
FEIM (Capital Federal)  
FUNASOL Area Mujer (Tucumán)  
Fundación Alicia Moreau de Justo (Capital Federal)  
Grupo Psicofarmacos (Capital Federal)  
Grupo Rigoberta Menchú (Córdoba)  
Grupo Villa Urquiza (Córdoba)  
INDESO MUJER (Rosario)  
Instituto Kinsey (Rosario)  
Instituto Social y Político de la Mujer (Capital Federal)  
Lihuen (Bariloche)  
Mujeres por el Derecho a Elegir (Neuquén)  
PARES (San Miguel -Provincia de Buenos Aires)  
PRODEMUR (Santiago del Estero)  
SAVIAS (Capital Federal)  
Servicio a la Acción Popular (Córdoba)  
Sindicato de Amas de Casa (Santa Fe)  
Sin Moldes (Tandil)  
Taller Permanente de la Mujer (Capital Federal)  
Urdimbre de Aquehua (Capital Federal)

ARCHENTI, Nélda - BEROIZ, Ileana - BASALO, Nilda - CRESPILO, Eugenia -  
COHEN, Cecilia - CONTRO, Mónica - CASCO, Verónica - CANEVARI, Cecilia -  
CANTERO, Natalia - CARIDE, Carola - CERRUDO, Beatriz - CONSTANZI, Graciela -  
DOMINGUEZ, Alejandra - DOROLA, Evangelina - FENOY, Dolores - FUENTES,  
Mercedes - FERREIRA, Alicia - GUGLIARMELLI, Alicia - GOMEZ, Inés - GOMEZ,  
Olga - GONZALEZ, Roxana - JORGE, Ana María - KLATT, Estela - KLEIN, Laura -  
KOWAL, Mariana - LOPEZ, Marta - LOPEZ, Esther - LANTIFI, Ema - LASKI, Marina -  
MANSILLA, Erika - MONCARZ, Esther - MONTOYA, Juana - MAZZOTTI, María -  
MUGICA, María - MOYANO, Chela - NEWBERY, Safina - NICASTRO, Nélda - NOW,  
María Elsa - ORIA, Piera - PALMA, Zulema - PEREZ, María Isabel - PEREYRA  
ROZAS, Jimena - PAGLIERO, Mónica - PEREYRA, Aurelia - PONTE, Gladis -  
PALACIOS, Gabriela - RE, Cecilia - RUANO, Marisa - REMESAR, Aída - RE, María  
Inés - SOLDEVILA, Alicia - SANTINO, Mónica - TORRES, Margarita - TASAKI,  
Mónica- VELAZQUEZ, Susana - VILLAGRA, María Verónica - VASQUEZ, Liliana -  
VILLALBA, Julia.



## **Red Nacional por la Salud de la Mujer**

---

Luis Sáenz Peña 1089 (1110) Buenos Aires. Argentina.  
Tel: 304 3693. FAX: (00541) 954 3892