

1^{er} *Encuentro Universitario:* **SALUD, GENERO, DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS**

*Diálogos entre Universidad
y Organizaciones de Sociedad Civil.*

*Cátedra Libre en Salud Reproductiva,
Sexualidad y Género
Facultad de Psicología (UDELAR)
Universidad de la República*

*Tristán Narvaja 1674 CP 11200 - Montevideo
Tel (598 2) 400 8555 int. 236. FAX (598 2) 400 8640
E-mail sexrep@psico.edu.uy
Web: www.psico.edu.uy/acadrmic7sexrep.htm*



*Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género
Facultad de Psicología
Universidad de la República*



Con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas



**MONTEVIDEO – URUGUAY
20, 21 y 22 de Noviembre de 2003.**

Organizado por:

**Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología.
Universidad de la República.**

Con el apoyo de:

Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA).

Con la participación de:

**Universidad de la República.
Facultad de Psicología.
Facultad de Medicina.
Facultad de Ciencias Sociales.
Facultad de Humanidades y Ciencias.
Facultad de Derecho.
Instituto de Enfermería.
Programa APEX-Cerro.
Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)
Comisión Nacional de Seguimiento: Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía.
CLADEM – Uruguay
Cotidiano Mujer
Instituto El Abrojo.
Foro Juvenil. El Faro.
Instituto de Desarrollo Social (IDES)
Iniciativa Latinoamericana
Instituto de Desarrollo Humano de Asociación Cristiana de Jóvenes (IDHU - AC))**

Con el Auspicio de:

***Rectorado de la Universidad de la República (UdelaR)
Red Temática de Estudios de Género de la UdelaR
Facultad de Medicina (UdelaR)
Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud (DIGESA).
Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE)
Comisión de Equidad y Género del Parlamento.
Intendencia Municipal de Montevideo.
Coordinadora de Psicólogos del Uruguay (CPU).
Sindicato Médico del Uruguay (SMU)
Mujer y Salud en Uruguay (MYSU)
Comisión Nacional de Seguimiento: Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía.
Ashoka – Emprendedores Sociales
Asociación Nacional de Organizaciones No Gubernamentales (ANONG)***

COMPILADORES:

PS. ALEJANDRA LÓPEZ GÓMEZ

Psicóloga. Especializada en género, sexualidad y salud reproductiva. Docente e investigadora de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, donde es coordinadora de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR). Integrante de la Red Temática de Estudios de Género de la UDELAR. Integrante de la coordinación de MYSU (Mujer y Salud en Uruguay). Consultora en diversas instituciones en temas de su especialidad. Cuenta con publicaciones en la materia.

DR. WILSON BENIA

Médico. Magister en Epidemiología. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Prof. Adjunto del Dpto. de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR) Investigador asociado de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología (UDELAR). Coordinador del Programa de Salud Integral de la Mujer del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE-ASSE-MSP).

DRA. MYRIAM CONTERA

Médica. Especialista en Epidemiología. Especialista en Salud Pública. Prof. Agregada del Dpto. de Medicina Preventiva y Social de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República (UDELAR) Investigadora asociada de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología (UDELAR). Jefa del Departamento Técnico del Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE-ASSE-MSP).

DR. CARLOS GÜIDA

Médico. Coordinador de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género y Docente del Área de Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR). Fellow de ASHOKA – Emprendedores Sociales, coordinando el Programa "Varones, masculinidades y democracia". Coordinador del "Área Adolescentes, Género y Salud" de la Asociación Civil Gurises Unidos.

AGRADECIMIENTOS

*Agradecemos particularmente
al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)
por el apoyobrinado para hacer posible e
l 1er. PRIMER ENCUENTRO UNIVERSITARIO
SOBRE SALUD, GENERO, DERECHOS SEXUALES
Y DERECHOS REPRODUCTIVOS
y esta publicación que recopila las ponencias
presentadas en conferencias y paneles temáticos.*

*Asimismo agradecemos a todos los y las profesionales que
con sus aportes de alto nivel académico calificaron
los diferentes espacios de intercambio
desarrollados durante el Encuentro*

INDICE

Presentación | **Alejandra López - Carlos Güida** | 11

1. Conferencia.

Dilemas y Desafíos en Derechos Sexuales y Reproductivos | **Dra. Miriam Ventura** | 15

2. LAS DECISIONES SEXUALES Y REPRODUCTIVAS EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH – SIDA

2.1. Decisiones sexuales y reproductivas en mujeres viviendo con VIH/SIDA: ¿qué quieren y sienten?

Soc. María Luz Osimani - Soc. Mónica Guchin | 31

2.2. Reconocer ya es conocer: la Sexualidad y el Sida en Uruguay

Soc. Juan José Meré Rouco | 43

3. ADOLESCENTES, CIUDADANIA Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

3.1. Adolescencia, inequidad social y de género: apuntes desde la realidad

Rita Perdomo - Cristina Pereiro - Beatriz Ruben | 59

3.2. Trabajo con los y las adolescentes desde APEX –UDELAR

Jorge Rondán Moumdj | 69

3.3. Una Estrategia Preventiva de enfermería:

Iniciar el abordaje a la Salud Reproductiva desde el ámbito escolar

Lic. Ana Correa - Lic. Mercedes Perez - Lic. Rosana Tessa - Lic. Verónica Sánchez | 81

4. VARONES, MASCULINIDADES Y ROLES REPRODUCTIVOS

4.1. Las prácticas de género y las prácticas excluyentes de los varones en el campo reproductivo

Dr. Carlos Güida | 93

4.2. Algunas reflexiones desde donde pensar los roles reproductivos de los varones

Ps. David Amorín | 107

4.3. Masculinidad, sexualidad y violencia. Factores de riesgo para la salud reproductiva de las mujeres

Ps. Elina Carril | 121

5. ABORTO EN EL URUGUAY: INTERPELACIÓN A LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS

5.1. Comentarios al Proyecto de Ley de "Defensa de la Salud Reproductiva"

Dra. Graciela Dufau | 135

5.2.Aborto: una visión desde la ginecología

Dr. Leonel Briozzo | 149

5.3. Aborto y Derechos Sexuales y Reproductivos: interpelación al Uruguay

Lilián Abracinskas | 161

6. DEL ENFOQUE MATERNO INFANTIL AL ENFOQUE DE LA SALUD REPRODUCTIVA.

Factores vinculados a la incorporación de un programa de salud integral

de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno infantil

Ps. Alejandra López Gómez (*investigadora principal*) - **Dr. Wilson Benia-** **Dra. Myriam**

Contera - Dr. Carlos Guida - Dra. Laura Echeveste | 175

Presentación

Alejandra López*

Carlos Guida**

El campo de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos en el Uruguay adquiere especial visibilidad a partir de las Conferencias Internacionales de NNUU sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y sobre la Mujer (Beijing, 1995). Es a partir del impacto de estas conferencias a nivel nacional, conjuntamente con las acciones desde las organizaciones de mujeres, que el Estado Uruguayo comienza a asumir paulatinamente su responsabilidad de definir políticas públicas sobre la Salud Sexual y Reproductiva de la población.

El papel relevante de las organizaciones de mujeres en los niveles nacional, regional e internacional, ha permitido avances significativos en los distintos actores que tienen una función a cumplir en este campo. En tal sentido, actualmente varias organizaciones no gubernamentales están incorporando a sus programas y proyectos líneas de trabajo en la promoción de la salud sexual y reproductiva de diferentes grupos poblacionales (jóvenes, mujeres, niños/as) y focalizando diferentes tópicos (violencia y abuso sexual, educación sexual, anticoncepción, aborto inseguro, entre otros).

Asimismo, en otros actores profesionales, parlamentarios y decisores políticos la salud sexual y reproductiva comienza a ser visibilizada como un asunto de suma relevancia.

A nivel universitario en Uruguay, el campo de la Salud Sexual y Reproductiva desde una perspectiva de género, comienza a adquirir visibilidad a partir de la creación de la

* Coordinadora de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

** Coordinador de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género. Facultad de Psicología. Universidad de la República.

Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género (1999) de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. No obstante, algunos/as académicas/os, en especial de las Ciencias Sociales y de la Salud, quienes tienen una inserción en el campo del activismo social, han desarrollado investigaciones y producciones teóricas, las cuales no son hasta el momento suficientemente reconocidas y visibles en el ámbito universitario. Tampoco están lo suficientemente articuladas entre sí, para conformar un corpus teórico específico a nivel universitario. A los efectos de darle visibilidad, la Cátedra implementó durante los años 2000 y 2001, los Ciclos de Coloquios Tópicos en Sexualidad y Salud Reproductiva, que convocaron un total aproximado de 500 participantes en su gran mayoría médicos/as, enfermeras, psicólogas/os, sociólogos/as y estudiantes de estas disciplinas. Estas instancias que contaron con panelistas invitados/as de nuestro país provenientes de los ámbitos académicos, legislativo y de las organizaciones de la sociedad civil, en especial organizaciones de mujeres, permitieron generar un ámbito de debate e intercambio académico inédito en la vida universitaria del país.

En este Primer Encuentro Universitario sobre Salud, Género, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos hemos propuesto como principales objetivos, profundizar el intercambio y la producción académica sobre este campo centrada en un enfoque de derechos y de género, y promover el diálogo con distintos actores sociales, en especial las organizaciones no gubernamentales dedicadas a este campo.

El reconocimiento de los derechos sexuales y los derechos reproductivos como derechos humanos, en su carácter de indivisibles, interdependientes y universales, cuestionan el contrato social moderno, en tanto ubica las decisiones en sexualidad y reproducción, al mismo tiempo que como asunto privado y personal, como cuestiones sociales y políticas. Y, por tanto, confrontan las relaciones de poder en sus diversas expresiones: de clase, de género, generacional, étnico – racial, de orientación sexual.

Este libro presenta los aportes presentados por los y las panelistas invitados/as, que, desde diversos ámbitos, comparten sus reflexiones, los dilemas y los retos presentes en las prácticas sociales y profesionales en el abordaje y la promoción de los derechos sexuales y reproductivos en el Uruguay actual. Los aportes, fueron enriquecidos desde la mirada aguda de los y las comentaristas, así como por las reflexiones de los y las participantes. De eso se trata, de construir colectivamente un campo de conocimiento, de acción sociopolítica y de intervención profesional que desafía la imaginación creadora, que exige perspectivas complejas y que demanda de una ética de la diversidad y la autonomía.

Noviembre 2003.

1 Conferencia

DILEMAS Y DESAFIOS EN DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

DILEMAS Y DESAFIOS EN DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Dra. Miriam Ventura*

I – INTRODUÇÃO

Esta apresentação examinará, inicialmente, alguns dilemas e desafios na construção e afirmação dos direitos reprodutivos e sexuais na sua dimensão normativa. A partir do conceito afirmado nos diversos Tratados de Direitos Humanos e nas Plataformas das Conferências do Cairo e Pequim, serão identificados algumas normas que compõem a noção de direitos sexuais e reprodutivos no sistema jurídico internacional, e a debilidade dos conceitos até então desenvolvidos para a construção de garantias jurídicas e ampliação do conteúdo desses direitos.

Considerando que a promoção, defesa, ampliação e pleno exercício de qualquer direito dependem de garantias na esfera social, política e jurídica, este exercício implicará em abordar, mesmo que de forma superficial, as condições sociais e políticas que vem propiciando e/ou embargando o desenvolvimento dos direitos sexuais e direitos reprodutivos às novas e crescentes exigências sociais.

* As idéias centrais deste texto foram desenvolvidas pela autora no livro Direitos Reprodutivos do Brasil, publicado pela Fundação MacArthur, e na coordenação dos projetos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos na Perspectiva dos Direitos Humanos, e Marcos Jurídicos Normativos dos Direitos Sexuais e Reprodutivos, com apoio do UNFPA. O projeto é desenvolvido pela organização ADVOCACI – Advocacia Cidadã Pelos Direitos Humanos, também integrante e coordenadora do consórcio que desenvolve o plano de trabalho sobre marco jurídico normativo dos direitos sexuais e reprodutivos, no UNFPA Brasil.

Por fim, será apresentada uma proposta para a promoção e defesa dos direitos sexuais e reprodutivos a partir de uma atuação articulada dos diversos movimentos sociais e instituições nacionais e internacionais, que possibilite a ampliação do debate público sobre os marcos jurídicos e conceituais dos direitos sexuais e reprodutivos, estabelecendo-se consensos e argumentos jurídicos que permitam a incorporação e o desenvolvimento do tema e a consolidação de marcos referenciais para expressão jurídica desses direitos.

II - AS LEIS INTERNACIONAIS DOS DIREITOS HUMANOS E AS QUESTÕES SEXUAIS E REPRODUTIVAS

No ano de 1919 a Organização Internacional do Trabalho – OIT regulou a proteção à maternidade, impondo limites ao trabalho das mulheres grávidas. Pode-se afirmar que a OIT foi pioneira no estabelecimento de direitos relativos à maternidade como o direito: à licença maternidade, ao acesso à saúde reprodutiva, à amamentação, à proteção contra a discriminação de mulheres na idade reprodutiva, à proteção da família, e outros, que foram sendo incorporados e afirmados nos Pactos e Convenções Internacionais das Nações Unidas.

No sistema internacional de proteção dos direitos humanos das Nações Unidas, destacam-se os seguintes Tratados que asseguram direitos relativos à reprodução e sexualidade.

- 1948 – Declaração Universal dos Direitos Humanos, garantiu que ninguém será sujeito a interferências na sua vida privada, na sua família, no seu lar (art. XII) e que homens e mulheres têm o direito de contrair matrimônio e fundar uma família, sem qualquer resistência, exceto uma idade mínima para contrairlo (art. XVI).
- 1965 - Convenção Internacional sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação Racial, garantiu o à igualdade no acesso à saúde (artigo 5, letra e, n. IV); à igualdade no casamento e na constituição da família (artigo 5, letra d, IV).
- 1966 - Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, o direito à vida e à liberdade (artigo 6); à privacidade (artigo 17); ao casamento e à constituição de família, à proteção da honra e da reputação (artigo 23); à igualdade entre homens e mulheres (artigo 3);
- 1966 - o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais ratifica os princípios da igualdade e da liberdade, e obriga os Estados a reconhecerem o direito de proteção especial às mães por um período de tempo razoável antes e depois do parto e, às mães trabalhadoras, licença remunerada ou licen-

ça acompanhada de benefícios previdenciários adequados (art. 10, item 2); reconhece o direito ao acesso à assistência à saúde (art. 12), à proteção contra interferência ilegal na privacidade, na família e na casa (artigo 17), o direito ao casamento e à constituição da família (artigo 23).

- 1984 – a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher, reiterou o princípio da igualdade entre os sexos e a obrigatoriedade de adotar ações afirmativas para assegurar essa igualdade. Dentre os direitos a serem assegurados pelos Estados, destacam-se: acesso à educação e informação que garanta a saúde da mulher e da família, inclusive assistência ao planejamento familiar; proteção e segurança nas condições de trabalho para salvaguardar a reprodução, recomendando medidas que proibam sanções, demissões e exclusões por motivo de gravidez ou estado civil, licença-maternidade (art. 11); liberdade para a escolha do marido e para contrair casamento; não reconhece os sponsais de uma criança e determina que os Estados fixem uma idade mínima para o consentimento matrimonial (art. 16); obriga os Estados a tomarem medidas apropriadas, inclusive legislativa, para suprimir todas as formas de tráfico de mulheres e exploração de prostituição da mulher (art. 6.º).

- 1989 - A Convenção sobre os Direitos da Criança, reconheceu que as crianças e os adolescentes, de ambos os sexos, são sujeitos plenos de direito, em peculiar condição de desenvolvimento, merecedores de cuidados especiais e prioridade absoluta nas políticas públicas. O reconhecimento pelas Nações Unidas da criança e do adolescente como sujeitos sociais, portadores de direitos e garantias próprias, independentes de seus pais e/ou familiares e do próprio Estado, foi a grande mudança de paradigma que estabeleceu obrigações diferenciadas para o Estado e a titularidade de direitos por esse segmento, em diversos campos, como o direito à saúde, incluindo o direito à proteção da saúde sexual e da saúde reprodutiva. Destacam-se: o direito à vida e à sobrevivência (artigo 6); o direito à liberdade e à segurança pessoal (artigo 37, letras b-d); o direito à igualdade em relação à saúde; (artigo 24); o direito de buscar e receber informações (artigos 12, 13, 17); o direito à educação (artigos 28 e 29); do direito à vida privada e familiar (artigo 16); o direito à não discriminação por motivo de sexo (artigo 2, inciso 1); o direito à não discriminação por qualquer motivo, tais como idade ou por ser portadora de deficiência (artigo 2, inciso 2).

Na I Conferência Mundial de Direitos Humanos, em 1968, promovida pela ONU em Teerã, a preocupação com as medidas adotadas pelos países e agências internacionais de impacto demográfico, é refletida na proclamação de que os pais têm o direito humano fundamental de determinar livremente o número de filhos e os intervalos entre seus nascimentos.

Verifica-se que as disposições legais relacionadas a reprodução e sexualidade reforçam a idéia de proteção à saúde materno-infantil, com o fim de salvaguardar a reprodução, a importância da instituição familiar constituída por casais, à proteção à privacidade, às escolhas individuais e à segurança pessoal. Todas obrigações internacionais são exclusivas do Estado, que devem garantir e promover esses direitos através de medidas legislativas, administrativas e judiciais.

III – CONSTRUINDO A EFETIVIDADE DAS LEIS INTERNACIONAIS DE DIREITOS HUMANOS

Apesar das leis e normas refletirem os sistemas de dominação vigentes, o discurso do direito é relacional, permitindo, sem abandonar sua linguagem, ser reconstruído de forma a especificar necessidades vigentes, que emergem das relações sociais constituídas através da tensão de inclusão e exclusão de determinados sujeitos, bens e interesses .

Assim, historicamente, o sistema de direitos humanos foi se ampliando para especificar as necessidades das mulheres, das crianças e adolescentes, as raças/etnias discriminadas, das pessoas portadoras de deficiências, etc., gerando novas categorias de direitos, que vão sendo formalizadas por intermédio do acordo e do consenso da comunidade política. Até o final da década de 1970, os direitos sexuais e reprodutivos estavam centrados nas reivindicações das mulheres pela igualdade, pelo controle do próprio corpo, da fecundidade e atenção especial à sua saúde. Foi um período fortemente marcado por reivindicações de natureza jurídica como a legalização do aborto e o acesso à contracepção, que continuavam ilegal nos vários países, inclusive europeus. Posteriormente, nos anos 1980 e 1990, a agenda dos direitos sexuais e reprodutivos incorporou a questão da concepção, do exercício da maternidade e das novas técnicas reprodutivas.

O conceito de direitos sexuais surge na década de 1990, no âmbito dos movimentos gays e lésbico europeus e norte-americanos, e é adotado pelo movimento feminista que considera a sexualidade como domínio crucial para compreender e transformar a desigualdade de gênero (Correa, S , 2003).

Resultado desse processo histórico de reconstrução, as reivindicações das feministas sobre as questões reprodutivas e sexuais, que de maneira genérica estavam garantidas nos tratados internacionais de direitos humanos e em diversos documentos internacionais consensuais da ONU, ganham o fórum da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Cairo,1994) afirmando que os direitos relacionados à reprodução, são direitos humanos . A expressão "direitos sexuais" é eliminada do documento do Cairo no processo de negociação, mas, consegue se afirmado na plataforma da

Conferência da Mulher um ano após, sem contudo, fazer referência a questão da diversidade sexual.

Na Conferência do Cairo a questão demográfica, que tradicionalmente sugere políticas de intervenção estatal impositivas, é estrategicamente deslocada para o âmbito dos direitos humanos, que limita a intervenção dos Estados na vida privada e impõe obrigações políticas de bem estar social, segurança pessoal e liberdade política, como elementos essenciais para a nova prática democrática.

Dessa forma, firma-se a noção de que os direitos reprodutivos fazem parte dos direitos humanos e que as políticas demográficas, de saúde e legislativas, devem se orientar a partir dos direitos humanos.

O Plano de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, realizada no Cairo em 1994, e o documento resultante da IV Conferência Mundial da Mulher, que ocorreu em Pequim em 1995, legitimaram o conceito de direitos reprodutivos na sua concepção atual e estabeleceram novos modelos de intervenção na saúde reprodutiva e de ação jurídica, comprometidos com os princípios dos direitos humanos.

O conceito de direitos reprodutivos e, mais recentemente, o de direitos sexuais, busca a interação de direitos sociais, como os direitos à saúde, à educação e ao trabalho, com os direitos individuais à vida, à igualdade, à liberdade, à inviolabilidade da intimidade.

O objetivo é reduzir as violações à autonomia pessoal, integridade física e psicológica de que são alvos indivíduos e coletividades, e garantir os meios necessários para o ser humano alcançar seu bem-estar sexual e reprodutivo.

Podemos relacionar alguns desses direitos:

- direito de decidir sobre a reprodução sem sofrer discriminação, coerção, violência ou restrição ao número de filhos e intervalo entre seus nascimentos;
- direito de ter acesso à informação e aos meios para o exercício saudável e seguro da reprodução e sexualidade;
- direito a ter controle sobre seu próprio corpo;
- direito de exercer a sexualidade sem sofrer discriminações, coerções ou violências.

O público-alvo do Plano de Ação do Cairo constitui-se de casais, adolescentes, mulheres solteiras, homens e pessoas idosas, que deverão ser alcançados pelos programas e políticas públicas e pelas normas legais que garantem os direitos reprodutivos. Nesse sentido, a Conferência do Cairo representa um avanço na conquista de direitos por parte desses segmentos da população. Até então, as pessoas que estivessem fora da estrutura de

casal eram negligenciadas pelas políticas públicas relacionadas à sexualidade e à reprodução, resultando na restrição aos meios para exercer amplamente esses direitos.

O documento de Pequim, da IV Conferência Mundial da Mulher, reitera o conceito de direitos reprodutivos e enfatiza a importância de garantir os direitos sexuais de autodeterminação, igualdade e segurança sexual e reprodutiva das mulheres, que afetam diretamente sua saúde sexual e reprodutiva.

O conceito embrionário dos direitos sexuais no plano internacional, fica afirmado na Plataforma de Pequim, como:

"97. os direitos humanos das mulheres incluem seu direito a Ter controle sobre as questões relativas à sexualidade, incluída sua saúde sexual e reprodutiva, e decidir livremente a respeito dessas questões, sem se verem sujeitas à coerção, à discriminação ou à violência. As relações sexuais e a reprodução, incluído o respeito à integridade da pessoa, exigem o respeito e o consentimento recíprocos e a vontade de assumir conjuntamente a responsabilidade das consequências do comportamento sexual. "

A importância dos documentos resultantes das Conferências Internacionais realizadas no Cairo e em Pequim, para a agenda dos direitos humanos, foi o reconhecimento da sexualidade e reprodução como bens jurídicos merecedores de proteção e promoção específicas, em prol da dignidade e do livre desenvolvimento dos seres humanos. Assim, os documentos reafirmam o dever dos Estados na promoção da saúde sexual, independentemente da saúde reprodutiva, como integrante não só do direito à saúde, mas de outros direitos individuais e sociais essenciais para o exercício da sexualidade e reprodução. Em Pequim, a afirmação de que os direitos sexuais são direitos humanos, amplia o conteúdo dos direitos afirmados no Cairo, estabelecendo uma nova ordem mundial sobre a sexualidade.

O reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos constitui-se em princípio fundamental para a reconstrução do discurso de direitos. Com esse reconhecimento, diferenças de gênero, geração, classe, cultura e outras passam a ser consideradas, ao mesmo tempo em que são reconhecidas as necessidades sociais. A partir dessa construção, são gerados instrumentos políticos e normativos com o objetivo de intervir no grave quadro de desigualdades e permitir o exercício e acesso igualitário dos direitos reconhecidos por todos, bem como, amplia-se as possibilidades de uso dos mecanismos internacionais de promoção e proteção desses direitos.

Além dos documentos das Conferências Internacionais os relatórios dos Comitês de Fiscalização dos Tratados das Nações Unidas vem avançando, recomendando medidas

administrativas, judiciais e legislativas para os países, a partir da interpretação de determinados artigos dos Tratados. Essas várias recomendações analisam questões relativas aos direitos sexuais e reprodutivos, como a alta taxa de mortalidade materna, de morte por abortos clandestinos, infecção do vírus HIV, deficiências no sistema de saúde, violência sexual, inclusive por razão de orientação sexual, discriminação contra as mulheres na esfera política, educacional, acesso dos adolescentes a educação sexual e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, dentre outras. Demonstrando a importância dos movimentos sociais vincularem as questões sexuais e reprodutivas às questões de direitos humanos.

Alguns esforços de pesquisadoras e ativistas em acompanhar o trabalho desses Comitês vem chamando atenção para a relevância dessas interpretações para o desdobramento dos direitos reprodutivos e, com menor intensidade, dos direitos sexuais. As recomendações vêm aprofundando aspectos dos conceitos inseridos no Cairo e Pequim. Por exemplo, o Comitê da Convenção da Mulher, aprovou a recomendação geral n.º 24 e o Comitê da Criança a recomendação geral n.º 14, no sentido de que os países devem eliminar toda e qualquer barreira legal ou norma que penalize o acesso das mulheres a procedimentos médicos a elas especificamente destinados – os casos de aborto - já que tais normas implicam em discriminação, bem como, impeçam as mulheres e adolescentes através de restrições ao acesso aos serviços de saúde, como é o caso da autorização de terceiros (pais, tutores, cônjuges).

Essas recomendações permitem aos ativistas e juristas cobrarem de seus Estados medidas judiciais, legislativas e administrativas que se harmonizem com a interpretação dada pelos órgãos do sistema de direitos humanos aos Tratados, já que os próprios países ao aderirem a essas leis internacionais, se obrigam a cumpri-los e prestar informações periódicas e justificativas sobre sua implementação e integral cumprimento, sob pena de sanções políticas.

Outro importante instrumento para a implementação e ampliação do conteúdo dos direitos humanos é o uso pela sociedade civil organizada dos mecanismos jurídicos de denúncias e comunicações de particulares e/ou de grupos, vítimas de violação dos direitos enumerados nos Tratados de Direitos Humanos, as Cortes Internacionais de Direitos Humanos. Mesmo considerando que o uso desses instrumento depende de que os países previamente tenham aderido aos protocolos facultativos que permitem essa intervenção de justiça internacional no âmbito nacional, a mobilização em torno da adesão e/ou uso de outros mecanismos não convencionais junto as Cortes, demonstrando as violações de direitos humanos internas, podem contribuir para a efetivação dos direitos humanos e o fortalecimento da argumentação de que os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos.

O aperfeiçoamento do sistema internacional de direitos humanos passa pela ampliação de seu poder judicial, que seja capaz de atender diretamente as vítimas das violações, obrigando aos Estados-Partes cumprirem a decisão internamente. Dessa forma, aumenta a efetividade da lei internacional que vai além das denúncias e dos constrangimentos políticos impostos aos Estados violadores, e permite ampliar o conteúdo e o alcance de vários direitos, através do processo judicial internacional.

IV – DILEMAS E DESAFIOS NA CONSTRUÇÃO DOS CONCEITOS E EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

A situação concreta na política internacional desses direitos vem se mostrando cheia de tensões, conflitos e dificuldades de se reconhecer esses direitos como universais, já que compartilhamos moralidades e culturas diferentes no exercício da sexualidade humana.

As tensões que circundam o conceito dos direitos reprodutivos, e com muito mais força o conceito de direitos sexuais, são extremamente complexas e fluídas. Não podemos identificar mesmo nos grupos políticos mais progressistas consensos acerca dos temas, como, historicamente, verificamos nos debates legislativos sobre a descriminalização do aborto ou para aprovar legislação que vise impedir a discriminação e garantir o direito à diversidade de orientação sexual.

As forças fundamentalistas nas suas várias manifestação vêm funcionando de forma bastante marcante nos planos internacional e nacionais, obstruindo e dificultando negociações nessa área. A Santa Sé, por exemplo, expressou sua reserva geral sobre o Capítulo VII – Direitos Reprodutivos e Saúde Reprodutiva, do Plano de Ação da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento, 1994, que deve ser interpretada nos termos da declaração feita por seu representante na 14ª Sessão Plenária, em 13 de setembro de 1994.

Outros setores conservadores preferem não defender ou discutir questões relativas a sexualidade, por considerarem que interessa somente a minorias sexuais progressistas e pervertidas. Além disso, possuem restrições a plena autonomia sexual e reprodutiva, refletida na pressão social e cultural contra a descriminalização do aborto e contra a autonomia dos adolescentes na esfera da sexualidade e reprodução, dentre outras.

A noção de direitos reprodutivos e sexuais, mesmo nos documentos do Cairo e Pequim, está muito centrada na esfera da saúde, por exemplo, enfatiza a questão do aborto e sua descriminalização como um tema para a saúde pública, sem relacionar o aborto às violações direitos individuais das mulheres, portanto, a reivindicação jurídica de abrandamento

das leis punitivas é justificada pela saúde. A questão da sexualidade, como a educação sexual, é abordada para resolver os riscos da infecção do HIV e problemas da violência sexual e gravidez não desejada, principalmente, das adolescentes, e não propriamente para uma vivência positiva e prazerosa dos direitos sexuais.

Os movimentos sociais que trabalham com o tema, notadamente, o de mulheres, profissionais do sexo, homossexuais e de Aids, não tem uma atuação articulada ou um diálogo constante que possibilite cambiar experiências e ações políticas para a ampliação do debate público sobre os marcos jurídicos e conceituais dos direitos sexuais e reprodutivos, a partir de uma agenda única que estabeleça consensos e argumentos jurídicos e políticos que permitam o desenvolvimento do conceito. A troca de experiências de advocacy do movimento feminista junto ao Legislativo desses temas, com as experiências do movimento de aids, cujos avanços foram conquistados no Poder Judiciário com a litigância de temas de interesse público. A troca de experiências com o movimento sexual que vem trabalhando para a inclusão de temas relacionados ao direito à diversidade sexual, ao direito de família, através da regulamentação da união de pessoas do mesmo sexo, do uso de técnicas reprodutivas, da adoção de crianças, dentre outras, junto ao Legislativo e também no Judiciário.

Na realidade, prevalece relações conjunturais sobre temas de direitos reprodutivos e sexuais focalizando o movimento feminista o tema do aborto, o movimento homossexual o tema da orientação sexual, o movimento de aids o tema do acesso a medicamentos, o movimento de criança e adolescente o tema da gravidez precoce, pedofilia e prostituição infantil.

Além de uma agenda articulada entre os movimentos sociais, precisamos de uma ampliação de alianças com outras instâncias que trabalham com direitos humanos, como os profissionais do sistema de justiça, as faculdades de direitos, a academia, dentre outras.

Devemos, ainda, recuperar a idéia de que os direitos humanos são uma construção histórica, portanto não nascem ao mesmo tempo nem para sempre, mas constituem formulações para atender novas exigências frente a antigas demandas, problemas e necessidades. A partir daí devemos estabelecer um processo de negociação e constante exercício individual e coletivo de poder, que dependem de formulação de estratégias conjuntas e articuladas, de consensos e de se pensar a lei como "espinha dorsal de um sistema que se transformam os sujeitos e relações que os produzem, e não como um arcabouço que determina a realidade ou o futuro".

Considerando a debilidade dos conceitos que estamos defendendo, devemos concentrar nossos esforços na implementação do que já foi conquistado, e ao mesmo tempo trabalhar no desenvolvimento dos direitos humanos como linguagem dos direitos sexuais e reprodutivos. Isso implica em ampliar nossa capacidade de trabalhar, dentro dessa estrutura mais ampla de direitos humanos, um conceito positivo de direitos sexuais e reprodutivos que possa relaciona-los em sua integralidade e indivisibilidade com os direitos individuais, sociais, econômicos e culturais, afirmados nos Tratados de Direitos Humanos.

A construção dos direitos sexuais e reprodutivos na perspectiva da integralidade e indivisibilidade dos direitos humanos, afirmadas em Viena, é indispensável, para o desenvolvimento dos conceitos, pois se os entendemos como liberdades privadas ou escolhas, não têm sentido, especialmente para os grupos sociais mais pobres e mais vulneráveis socialmente, quando ausentes as condições (Corrêa, Petchesky, 1996) que permitam sem exercício pleno e consciente, para assumir as responsabilidades, tão enfatizadas nos documentos do Cairo e Pequim.

Outro desafio na construção do recente termo e sua conjugação com os direitos humanos, é não permitir sua restrição no âmbito da saúde ou apenas nos marcos normativos, mas aportá-lo na esfera da cidadania plena, buscando sempre tratá-lo na dimensão política mais ampla e não, simplesmente, dentro das limitações das práticas de saúde pública. Devemos buscar ampliar o debate sobre outros temas como família, novas formas de conjugalidade, de filiação, dentre outros.

A efetivação dos direitos humanos na América Latina e, conseqüentemente, os direitos sexuais e reprodutivos, aponta que não basta para a efetividade desses direitos, estabelecer um elenco de valores e estabelecer garantias jurídicas nos marcos normativos. É preciso desenvolver novas formas de participação política e diferenciar as lutas democráticas, não deixando que fique somente na racionalidade técnico-instrumental, à mercê de engrenagens burocráticas públicas ou privadas, que nos reduz em apenas e tão somente ao status de "incluídos" (e, por conseguinte, "cidadãos servos" numa economia globalizada e flexibilizada) ou de "excluídos" (e, por conseqüência, vivendo como "párias", sem condições de exercer e gozar dos direitos mais elementares consagrados pelas leis, códigos e constituições em vigor). A luta pela universalização e efetivação dos direitos humanos significa formular, implementar e executar programas emancipatórios no âmbito dessas redes e configurações de poderes – programas esses cujo o valor básico é o "sentimento de civilidade", em que se fundamenta a idéia mesma de comunidade (Faria, 1994).

V - EXPERIÊNCIAS BRASILEIRAS PARA A PROMOÇÃO E DEFESA DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Como estratégia de enfrentamento dessas limitações o UNFPA no Brasil, em 2001, junto com seus parceiros de instituições governamentais, sociedade civil organizada, setor privado, doadores e agências das Nações Unidas, elaborou um plano de trabalho para um período de cinco anos, que tem como objetivo central desenvolver as capacidades locais, consolidar resultados e institucionalizar projetos já desenvolvidos.

O plano de trabalho traçou estratégias específicas para o marco jurídico normativo, que estão sendo coordenadas por um consórcio de organizações da sociedade civil, responsáveis pela gerência das atividades com a supervisão geral e apoio do UNFPA.

As atividades referente ao marco legal e jurídico, tem o propósito de fortalecer as leis e normas favoráveis de suporte aos direitos sexuais e reprodutivos, permitindo uma visão global das leis nacionais e sua vinculação necessária com os tratados e documentos de direitos humanos, de forma que auxilie e influencie decisões judiciais, legislativas e dos gestores de políticas públicas. A estratégia consiste em produzir e disseminar conhecimento sobre direitos sexuais e reprodutivos, ampliando o debate sobre o assunto; apoiar encontros que possam estabelecer consensos e estratégias em torno de ações de defesa desses direitos, apoiar iniciativas de defesa de direitos; identificar avanços e obstáculos nas leis brasileiras que restringem os direitos sexuais e reprodutivos; apoiar iniciativas de reformulação desses marcos restritivos e a implementação dos favoráveis.

As atividades vêm sendo executadas junto a atores-chaves na sociedade, especialmente, parlamentares, profissionais do sistema de justiça, associações profissionais e acadêmicas, que favoreçam a operacionalização, promoção e garantia dos direitos sexuais e direitos reprodutivos para mulheres, homens e adolescentes, ampliando a mobilização social em torno da defesa desses direitos e a efetividade das ações e políticas públicas.

No primeiro ano de trabalho foi realizado um amplo diagnóstico da jurisprudência e das leis nacionais sobre direitos sexuais e reprodutivos. Além do diagnóstico a estratégia buscou criar novas alianças com atores-chaves do sistema de justiça. Assim, nasceu, por exemplo, a parceria com a Escola Superior do Ministério Público da União para a realização de seminários regionais sobre o tema.

A atividade alcançou resultados surpreendentes, comprovando a importância e o impacto da atuação dos membros do Ministério Público da União no sistema de justiça e na implementação de políticas públicas através dos diversos mecanismos institucionais existentes.

No primeiro seminário realizado em São Paulo, organizações da sociedade civil organizada, parlamentares, gestores e membros do Ministério Público Federal de diversos Estados brasileiros, puderam discutir e articular importantes parcerias e novas alianças para a implementação local de ações, programas e políticas públicas favoráveis à saúde sexual e reprodutiva, com destaque para as questões da mortalidade materna, planejamento familiar e acesso à saúde sexual e reprodutiva por grupos vulneráveis e estigmatizados.

O interesse sobre a importância do componente jurídico para a implementação das políticas públicas, e a constatação de que avanços foram conquistados e que os obstáculos podem ser superados através da atuação e articulação da sociedade civil e do Ministério Público junto ao Poder Executivo vem animando os ativistas e profissionais que trabalham com o tema.

O UNFPA – Divisão Regional da América Latina, apoiou um projeto, recém concluído, de pesquisa dos parâmetros internacionais recomendados pelos Comitês de Direitos Humanos das Nações, relativos à sexualidade e à reprodução. Os resultados da pesquisa estão sendo publicados em três idiomas (espanhol, português e inglês) e será brevemente distribuído.

Para a elaboração da publicação foram acessadas mais de 5.000 páginas relativas a recomendações gerais e específicas, até fevereiro de 2003, proferidas pelos Comitês das Nações, para cada uma das Convenções e dos Pactos das Nações Unidas, com indicações precisas e fundamentais para o reconhecimento e efetividade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos. Além das Recomendações dos Comitês de Fiscalização dos Tratados, foram destacadas as Convenções da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e as orientações da Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando que essas agências das Nações Unidas possuem instrumentos específicos que tratam de temas centrais para os direitos sexuais e os direitos reprodutivos.

Sob o enfoque das relações de gênero e dos princípios dos direitos humanos, a publicação apresenta as diretrizes internacionais para a efetividade dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos formuladas para os principais campos de ação – saúde, educação, trabalho, família, segurança. Dentro de cada campo de ação foram assinaladas questões voltadas para grupos específicos, historicamente mais vulneráveis às violações de direitos humanos.

O objetivo central do projeto é divulgar o conjunto de recomendações que tem pautado a sistematização dos direitos humanos, aplicado aos direitos sexuais e aos direitos reprodutivos, e ainda demonstrar as possibilidades de articulação desses diversos instrumen-

tos, potencializando seus efeitos e sua incorporação nas legislações nacionais e nas políticas públicas dos Estados-Partes das Nações Unidas.

Assim, contamos com o aprofundamento e continuidade do diálogo, iniciado neste encontro, para que juntos possamos desenvolver novas e múltiplas estratégias para a construção teórica e prática dos direitos sexuais e reprodutivos.

VI - CONCLUSÃO

Verificamos que temos grandes desafios sociais e jurídicos para construção adequada dos direitos sexuais e reprodutivos nas perspectivas propostas pelos direitos humanos, que implica em uma ampla revisão interpretativa da normatividade existente e de aprofundar estudos para propositura de novos marcos jurídicos e normativos.

A América Latina possui marcos legais muito parecidos, assim, abrir discussões em espaços como este, contribui para identificar os nós conceituais e selar parcerias que permitam pensar novos marcos jurídicos e conceituais para os direitos sexuais e reprodutivos, que ultrapassem divisões setoriais e sirvam de base para a promoção, defesa e ampliação desses direitos.

Bibliografía

- Correa, Sonia. - Petchesky, Rosalyn. Direitos Sexuais e Reprodutivos uma perspectiva feminista – Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 6 (1/2): 147-177, p.149. 1996.
- Faria, José Eduardo. Direitos Humanos e o dilema latino-americano às vésperas do século XXI. Novos Estudos CEBRAP, vol. 38, p.61-78, março, 1994.
- Rojas, Olga Lorena. El Debate sobre Los Derechos Sexuales en M_xico. Documentos de Trabajo no. 7, Sexualidad, Salud y Reproduccion, Programa Salud Reproductiva y Sociedad el Colegio de M_xico.

2

LAS DECISIONES SEXUALES Y REPRODUCTIVAS EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH – SIDA

Decisiones sexuales y reproductivas en mujeres viviendo con VIH/SIDA: ¿qué quieren y sienten?

Soc. María Luz Osimani.*

Soc. Mónica Guchin.**

Estas reflexiones recogen la experiencia del trabajo en conjunto, que venimos realizando, con mujeres viviendo con VIH/SIDA procurando contribuir a la organización de su Comunidad Local. En el marco de este trabajo, hemos realizado entrevistas que nos permitan avanzar en el reconocimiento de su realidad como personas portadoras del VIH. Las entrevistas transmiten las realidades cotidianas viviendo con la enfermedad, o al decir de una de ellas, de “permitir que el VIH viva conmigo”. Conocer sus realidades, sus frustraciones, sus luchas y fantasías, como elementos para su crecimiento como mujeres – y el nuestro- y para el fortalecimiento de su organización.

Uno de los temas difíciles de abordar en el trabajo conjunto es la **forma de la transmisión**. Primero debemos decir que la población con la que estamos vinculadas y tiene inquietudes de organizarse es bastante homogénea: mujeres jóvenes, todas con más de 5 años viviendo con el virus, con estudios secundarios incompletos, con trabajos informales o desocupadas, con parejas de años, también portadoras en su mayoría e hijos pequeños algunos de ellos positivos.

Cómo dijimos el tema de cómo se transmite el virus siempre es difícil de abordar y en todos los casos su tematización va acompañado de una justificación al respecto, a veces

* Coordinadora Área Salud de IDES. Docente universitaria: Instituto Nacional de Enfermería y Facultad Psicología (Formación Didáctica de los Docentes Universitarios Área Salud) .- UDELAR

** Docente en Sociología de la Salud. Investigadora Área Salud de IDES, en las temáticas de aborto y violencias, así como sexualidad y VIH/SIDA.

se argumenta de mala suerte y en otros se siente la necesidad de correrse del espacio estigmatizado del consumo inyectable. Uno de los aspectos que siempre está presente es que la transmisión se efectuó en estos casos en el marco de una pareja, aunque haya sido causado por el consumo inyectable.

Las experiencias son variadas:

...” yo conocí todo pero tampoco me maté con todo, tuve mala suerte, que me pique 100 veces y me agarre VIH, porque fue ahí cuando me lo agarre, inyectándome” (E1)

...”yo por ejemplo el VIH me lo contagie no por droga, tenía una pareja que era adicta y me infecte...” (E3)

...” yo, por relaciones, estuve alguno años con una pareja que era adicta nunca imagine que tenía VIH, él supuestamente no sabía, eso nunca lo supe, si era mentira o verdad” (E5)

Otro de los aspectos que se perciben con claridad por parte de las entrevistadas es su condición de ser “mujer” viviendo con VIH y la especificidad que ello implica.

Por un lado comparten aspectos de los que podríamos llamar “normas hegemónicas de género”, expresadas en la representación de la mujer como la más luchadora, “encaradora”, la que “es” por lo otros, y sólo se permite sufrir, cuando es por lo demás, no por sí misma. El ser mujer como sinónimo de “fuerza”, pero más que nada de “sentimiento”, abnegación; frente a una imagen masculina construida en contraparte como sinónimo de “dureza”, “insensibilidad”, la falta de apoyo a la mujer portadora, “el borrarse”; “que no dan la cara”.

A su vez la maternalización natural de los cuidados y apoyo que ellas le brindan al hombre y a su pareja. La “capacidad de dar que tiene la mujer”, reconocida con orgullo.

“...el hombre como que siempre precisa el apoyo de la mujer, nosotras muchas veces nos podemos arreglar solas, más allá de que nos necesitamos, yo en este momento necesito la ayuda de mi pareja, la mujer puede, aguanta más, puede con todo” (E 3)

Pero por otro vivir con el virus ha funcionado cómo un cristizador de las inequidades de género, que en otros momentos de sus vidas estaban ocultas. Ahora potenciadas con la discriminación, la estigmatización por su condición de portadoras, mujeres - en algunos casos madres - y/o usuarias de drogas inyectables. Pero a su vez, su nueva situación de positivas, vino a echar luz sobre su condición de mujer en situación de subordinación, y el sentimiento de rabia y a veces frustración que esa realidad genera.

“si claro es distinto, creo que no sufren tanto la discriminación, como la mujer, porque claro, en todo ellos siempre salen bien parados, cuando son violentos con una mujer, hasta salía culpable la mujer, o cuando era violada, siempre es la mujer que paga los platos rotos y más en cuestiones de sexo, son menospreciadas, me duele decirlo, pero es verdad...” (E1)

Es así que se percibe claramente en sus respuestas **una relación diferente con la enfermedad** si se es hombre o mujer. En primer término respecto a su propio salud “... al hombre le da todo igual, le da lo mismo, tener, no tener (VIH) ...”. En cambio ellas se perciben y es un discurso presente en todas, más fuertes – cómo ya dijimos - frente a su propia enfermedad, incluso si no tienen hijos.

“El hombre se entera que es portador y ya está, sigue su vida como si nada, no se organizan o no participan y si lo hacen son pocos. Generalmente los que se movilizan son mujeres” (E4)

“...la mujer en todo sentido es más fuerte, más luchadora [...] conozco muy poca gente que encarar el tema, como que es portador y sigue en la misma, llega al limite que el cuerpo no da más y es así, la mujer es diferente, yo encaré” (E3)

Pero por otro lado la posibilidad de “encarar la enfermedad”, de cuidarse, más que nada se realiza a través de los otros, en especial con la llegada de los hijos. Sólo así puede pensar en cuidarse, preservarse, en especial si se es usuaria de drogas. Es así, que se deja de consumir, de tomar alcohol, y se cumple con la medicación, ya que se tiene alguien que cuidar y por tanto necesita cuidarse. Estando presente la angustia de “poder disfrutar de los hijos”, siendo que cómo expresan “... ahora yo pasé a segundo lugar, mi hijo está primero, y ahora como que veo el VIH de otra manera, a pesar de que siempre me cuide y encare bien, pero no me preocupaba demasiado, pero ahora pienso mucho en eso, me preocupa no disfrutarlo, y bueno espero seguir bien...” (E3).

Es así que pueden pensar en evitar exponer a los hijos a la posibilidad de ser positivos; pero le cuesta más reconocer que es por ellas que deben evitar exponerse a situaciones que la dejan vulnerable. Al mismo tiempo, que para algunas mujeres el cumplir el mandato social de ser madre, se siente más completa, desconociéndose así en su integralidad como mujer y persona; el rol “de cuidado y protección de madre”, favorece el cuidado de sí misma y la protege de prácticas de riesgo. Ahora debe velar por el cuidado y salud de otros.

LOS ÁMBITOS DE LA DISCRIMINACIÓN

“Sos una puta”

Ante la mujer portadora, se revela con fuerza la culpabilización, la estigmatización y en otros la negación que han obstaculizado la posibilidad de discusión abierta, de que se traspase la experiencia y el apoyo a otras mujeres viviendo con el virus. Esto hace difícil y compleja la organización de la Comunidad de Mujeres Viviendo con VIH y SIDA.

El VIH funciona como revelador de la sexualidad de las mujeres, y del uso de drogas inyectables. Es eso lo que la sociedad cuestiona y pretende negar en el caso de la mujer, el reconocer su sexualidad.

“Cuando sos VIH,... no se porque, es más difícil, a una mujer enseguida te dicen “sos una puta”, el hombre porque era drogadicto o mujeriego”.(E 4)

“...yo lo viví con una pareja que tuve que en la familia se entero todo el mundo y armaron un escándalo donde yo era la peor basura, y fue horrible, y yo soy consciente de que hice lo mejor que pude con mi pareja, nunca la puse en riesgo” (E2)

“...es más difícil dar la cara siendo mujer, mucho más difícil salir y decir que sos VIH, ser mujer VIH siempre sos una puta, a mí me gritaban 10 años atrás sidos, yo lo viví, me sentí discriminada pero igual salí, me costo, pero hay mujeres que se meten en una cueva y no salen, se quedan como replegadas”.(E1)

La posibilidad de la maternidad

La discriminación asociada a su condición de mujer- madre, es uno de los puntos sentidos con más dolor por las mujeres- por ellas mismas- pero más que nada por sus hijos.

Es así que la discriminación de la mujer como portadora, se potencia ante la posibilidad de la maternidad. Ellas expresan que pueden soportar la discriminación hacia ellas, pero no a los hijos. Consideran que el punto de quiebre para soportar la discriminación de vivir con VIH está en los hijos, en la maternidad.

“Mi nene que es portador también y jugaba con el nene de ellos, un día vino el marido y me dijo que era un peligro, todo eso es discriminación, yo trataba de informarlos, con folletos, o avisándoles de algún programa de televisión” (E5)

“...tengo miedo, que se enteren en la escuela. Aunque hay niños con VIH, pero nadie sabe, yo no quiero que nadie sepa, por la discriminación, por parte de los padres o de las maestras. Tuve que mentir, me enviaron un cuaderno preguntándome si tenían algún problema de salud, yo puse que no, me gustaría decirlo, si lo entendieran.” (E4)

El sistema de salud

Y esta discriminación llega a grados impensables, en el sistema de salud, cuando la mujer es VIH, pobre y madre... dicen:

“Una ve las mujeres del interior que vienen todas achuchadas, a tener familia..Quedás aislada en un cuarto, muchas veces identificada como portadora. Pero además si estás en un hospital público, no tenés derecho a que te acompañe un familiar en el trabajo de parto, es una sala grande con varias camas, con muchas mujeres en la misma situación: solas, sufriendo” (E1)

Y si además es madre adolescente o madre usuaria de drogas, recibe la represión y el control social, que castiga a la mujer que se aparta de las reglas o valores constituidos para ser madre.

Se critica por parte de la sociedad y se promueve por parte de muchos profesionales de la salud que la mujer portadora quede embarazada, siendo que actualmente con los actuales tratamientos, sólo el 8% y aún menos, tiene probabilidad de transmitir el VIH al bebe (durante el embarazo, parto y/ amamantamiento).

Cuando una mujer VIH desea tener un hijo/a, o queda embarazada, se introducen otros cuestionamientos en este caso de orden ético, ya que la decisión se plantea entre atender la salud de la madre o cuidar de la salud del niño. A su vez esto nos remite a la discusión de la capacidad de elección y toma autónoma de decisión de esa mujer – tanto de tener un hijo en caso de así decidirlo- o de interrumpir su embarazo en caso de no desearlo, ya que al decir de las entrevistadas *“...se cuestiona mucho el hecho de ser mamá, toda mujer tiene derecho a ser mamá si esta decidida”*.

A su vez es discutida la pertinencia ética, de los tratamientos antirretrovirales suministrados a las mujeres embarazadas, ya que los mismos pueden traer trastornos a éstas, aún no totalmente identificados. Es así, que se les debe poner en conocimiento antes de la administración del tratamiento durante el embarazo- en el marco de una consejería- las consecuencias que éste puede traer a su salud.

LA MATERNIDAD

Maternidad, ¿quién toma la decisión?

Uno de los aspectos centrales de cambio en las mujeres cuando se conoce que son positivas es el deseo y al mismo tiempo el miedo, de ser madres.

En algunos casos la decisión es muy difícil, ya que pesan no sólo la nueva situación de VIH sino la historia de consumo de drogas. Y la decisión es depositada en otros, la suerte o la mala suerte, el médico o la pareja.

- “¿Quisiste tener hijos?”.

“No, yo no quería, debido al consumo y todo eso, pero quede embarazada y la decisión la tomo él, y después con el segundo sí, yo tenía ganas...” (E2)

“Para mí cambio por ejemplo, que yo me había hecho alguno abortos antes y que después, cuando me enteré, con mi pareja queríamos, tener un hijo, pero en ese momento el médico, fue tan bestia, nos dijo `quieren tener un hijo, tiene un 50% de que sea positivo (E1)

¿Cómo se vive la maternidad?

Para muchas mujeres tener un hijo/a representa compromiso y entrega, en otros casos la posibilidad de algo propio, “lo mejor que me pudo pasar, ahora tengo una personita, ahora yo pase a segundo lugar, esta ella primero ...”, comentan en algunos casos.

En otros la maternidad implica trascender y vencer al virus, ya que como dice una de las mujeres “...tengo una bebe, que al momento de ser portadora era lo que más me importaba, poder ser madre”.

“...el segundo embarazo lo tome mejor, fue un proceso largo, porque me entere que era portadora a los pocos días, ahora lo llevo bien, más allá de las dificultades económicas con mis hijos, con mi pareja, estamos encontrando un equilibrio que nunca lo tuvimos, hace pocos años que nos enteramos que éramos portadores y nos cambió todo, nos acomodamos de otra manera”.

LA SEXUALIDAD

Las prácticas sexuales viviendo con VIH/SIDA, implican dos cosas diferentes si se es varón o mujer. Es imposible el análisis fuera de una perspectiva de género.

La idea de sexualidad presente en las entrevistas está asociada a una idea más abarcativa, asociada a lo que traemos desde el nacimiento, a una forma de estar en el mundo, mientras que las relaciones sexuales lo asocian a la genitalidad, el “fornicar”. La sexualidad ligada a los sentimientos, al amor donde no aparece el placer...

“Relaciones sexuales, para mi es fornicar, puede haber o no amor, pueden haber caricias o no, según con quien según el momento, depende. Que hayan caricias por lo menos, porque sino queda como un sabor amargo, como que parecería una violación, cuando no hay esa otra parte, es lo que puede pasar en la trabajadora sexual” (E1)

Las relaciones sexuales y el VIH.

Es de destacar que la mayoría de las experiencias de vida que conocemos se relacionan sexualmente dentro del grupo de pares, con “gente que está en la misma”, en especial vinculada al ambiente del consumo de drogas. Es así que en algunos casos las relaciones afectivas y sexuales se dan sin mayores dificultades, como lo expresan “... siempre tuve gente al lado mío que estaba en la misma que yo, como que lo tienen más presente, no sentía discriminación, compartir mi vida con gente como yo...” (E1).

Pero en otros, se expresa las dificultades que implica el relacionarse sexualmente viviendo con el VIH. Es así que plantean “...es muy difícil empezar una pareja nueva, pararte para decirle lo que tenés, te hacés la cabeza de que te puede rechazar, o que está todo bien. Y tuve que pasar por mucho, personas que me apoyaron en todo sentido, sin importar lo que yo tenía, que estaban al lado mío, personas que no estuvieron ni ahí, fue enterarse y se borraron, siempre hablando de personas que no son portadoras...” (E4)

Respecto a las prácticas sexuales hacen presente determinados cambios a partir de su situación de positivas, restringiendo así, por un lado el repertorio de prácticas, como el sexo oral. Así como el no incluir por ejemplo la droga en el momento de las relaciones e incorporar el uso sistemático del preservativo.

Uso del condón

Las situaciones que encontramos son diversas, por un lado aquellas donde el hombre - sabiendo que su compañera sexual es portadora- no quieren usar el preservativo, a los que no tienen reparo en su uso sistemático.

“...por alguna reinfección, yo me cuido, él se cuida, nos cuidamos mutuamente, con el uso de preservativo siempre, si no tenemos, no lo hacemos. Es consciente que lo tenemos, y tenemos que usar desde el inicio de la relación sexual” (E2)

En algunos otras situaciones se manifestaba la condición de portadora a la pareja sexual y no se usa el preservativo, porque el hombre no quiere, aún no siendo portador.

Tal vez por las características de los vínculos de pareja, de años, con hijos, en algunos casos con parejas portadoras, algunas no expresan mayores dificultades en la negociación del preservativo en esta nueva situación de vivir con VIH. Tienen presentes las posibilidades de reinfección, y también del quiebre que la enfermedad implicó en su ahora uso sistemático.

En otros sigue estando en poder del hombre el uso del condón, a riesgo de contraer él, el virus y la mujer otras infecciones de transmisión sexual o reinfectarse.

Debemos destacar que el uso del condón masculino, es responsabilidad del hombre, es en su cuerpo que debe ser usado. Pero por otro lado, muchos mensajes desde la prevención, refuerzan la responsabilidad en la mujer. Esto es correcto pensando en su auto cuidado, pero es necesario un fuerte abordaje de los mensajes, que apuesten a los hombres promoviendo actitudes de género más equitativas e incentive el uso del condón. Así como que desarticulen, los aspectos que ponen en riesgo la salud tanto de varones como de mujeres.

A la vez, que urge poder avanzar en el perfeccionamiento y difusión del condón femenino - barrera en la transmisión sexual – que permitiría mayor autonomía a la mujer para su cuidado.

Pero debemos destacar que los cambios necesarios hacia una cultura de auto cuidado y de “sexo seguro”, implican para la mujer un proceso de empoderamiento, que va más allá del uso o exigencia del condón como primer paso- para decidir sobre su cuerpo y sexualidad. Debemos estar alertar que el “empoderamiento” corre el peligro de continuar como mera retórica si se descuida la desigualdad de poder en las relaciones de género a otros niveles, colectivo, institucional y social, más amplio (Tallis, 2002).

EL USO DEL TIEMPO Y LAS POSIBILIDADES DE ORGANIZARSE

El VIH, pone al descubierto y al mismo tiempo permite en muchos casos, pensarse distinto en su condición de mujeres militantes. Es para muchas la posibilidad de lograr espacios propios y visibilidad pública. Y así vivencian con su pareja, una tensión en procura de defender su propio espacio, y cuestionar algunos aspectos de la condición de género.

¿Maternidad o vida pública?, es lo que se preguntan cuando se pone en cuestión el mundo privado, la protección de sus hijos, la estabilidad del hogar, la mujer abandona la posibilidad de mayor visibilidad pública, desde su militancia en la organización de mujeres. El mundo de lo público, no está pensado para mujeres con hijos, viviendo con VIH. Ya que está presente el miedo a que ellos sean discriminados, *“...al comienzo estaba con mucha fuerza, trabaje, iba y venía, después vino la prensa, ahí fue cuando dieron mi nombre completo y mi apellido completo por la radio, ahí me puse paranoica, la gente en la escuela de mis hijos, porque no saben o porque no comprenden. Dije, el trabajo pasa por otro lado, eso no lo puedo hacer más”*.(E 6)

Pero las dificultades - pasan en el caso de tener hijos - también por compatibilizar las responsabilidades de madre y de militante, ya que cómo ellas expresan de sus propias compañeras, *“...lleva tiempo, como que tienen miedo...”*.

Reconocen las dificultades que tienen como mujer, para poder agruparse y mirar por sí misma su situación de portadoras del virus, sus reivindicaciones, *“...cuesta tanto que nos juntemos, hay una falta de estima de la mujer, como para poder trabajar hacia ella misma, entonces cuesta mucho juntar a las mujeres...”*

A su vez tienen presente las dificultades de negociación de esos espacios con la pareja, donde se reconoce que *“...el marido la tira para atrás, para que no se una – con otras mujeres viviendo con VIH – los maridos les han dicho que no sigan, que no sirve para nada, para ellos el derecho de la mujer no existe”* (E2)

Al mismo tiempo se sufre la falta de “espacio”, de respeto a los tiempos y postergación de los deseos propios.

“Mi marido a veces es algo egoísta, no entiende que yo necesito tiempo para mí, pero como yo soy la responsable de los niños todo el día, como que él no respeta otras actividades más ” (E2)

“Yo colaboro en lo que puedo, en proyectos y cosas, voy a los grupos, como que busco mi espacio, tengo mi casa, mis hijos, cumplo con todo, trato de vivir y después me hago un espacio para mí” (E6)

Sus reivindicaciones como militantes de Organización de Mujeres Viviendo con VIH.

Dijimos que vivir con el VIH, para muchas mujeres les permitió repensarse en su dimensión personal y posicionarse de otra manera y luchar por sus espacios.

Es así que como mujeres militantes se plantean: *“Primero- Contactar mujeres y que nos cuenten que necesitan, que es lo que les molesta. Segundo- Que no solo haya una comprometida,*

que estemos todas comprometidas y bueno, luego a hacer cosas. Tercero - Ayudar a los niños, una consejería para las mujeres” (E5)

Así mismo reivindican “...que la mujer no tenga vergüenza, que el VIH es una enfermedad como otras, que hay en el mundo, lo único que se contrae de una forma que no es la habitual, falta de costumbre, hace 100 años la lepra también era una enfermedad y te tiraban piedras, si hay gente que sigue viendo así la cosa seguiremos en el siglo pasado...”(E4)

Es así que no cesan de pensar en el desafío de “encarar” y lograr legitimidad, visibilidad en la esfera pública y poder mejorar su condición de mujeres, en una más equitativa en relación al hombre.

“...lograr apoyo es lo que reivindicamos en nuestra comunidad, apoyo en el trabajo conjunto, aprender, capacitarse para poder apoyar a programas donde quieran desarrollar prevención, para trabajar activamente con ellos, tanto los gobiernos como ONGs...”

“...nosotros ser una ONG sacar la personería jurídica, que nos consideren como personas que vivimos con VIH, ... que nos incluyan más”.

MUJER, POBREZA Y VIH

“Hay cosas más importantes que el VIH...”

Pensar una estrategia de prevención y tratamiento del VIH en mujeres, exige considerar estos aspectos de género, de situación de pobreza, de VIH.

No exigir a la mujer el doble de lo que le es posible. Si debe o quiere trabajar, deberá contar con el apoyo de políticas sociales que se hagan cargo de los hijos (guarderías, escuelas de tiempo completo), atender en fin el cuidado de los hijos, sin exigirle a la mujer la doble o triple responsabilidad.

La atención y el cuidado de la salud, una función asignada a la mujer en relación a su familia, deberá pensarse desde el sistema de salud. Desde los horarios de las policlínicas hasta en la promoción de la paternidad responsable y del cuidado de la salud de los hijos compartido. La tensión está en que deberemos apoyarnos en esta realidad, pero a la vez, procurar cambios que favorezcan las condiciones de mejor salud para la mujer.

El desigual acceso de las mujeres a recursos y a oportunidades, conforman el entramado que genera y potencia el VIH/SIDA. Muchas veces originado por la pobreza, la des-

información y las desigualdades de género y luego potenciado por esas mismas diferencias de género, acentuando la discriminación.

Entendemos que el VIH visibiliza las brechas, las “distancias entre la igualdad formal y la igualdad real” siguiendo a Aguirre (2003) de las mujeres viviendo con el virus. Distancia que se refleja en múltiples aspectos de la vida cotidiana y en especial frente al sistema de salud. Esa distancia al decir de la autora “fragiliza” la ciudadanía social de las mujeres y se expresa en la exclusión, discriminación en la que muchas veces viven y el VIH viene a potenciar y a ser más patente.

“Porque si estas con un peso en el bolsillo estás contento, te olvidas del VIH, te olvidas de todo, y si tenés un laburo, influyen tantas cosas que son más importantes que el VIH...” (E5)

Es importante considerar entonces, que la efectividad de las respuestas frente a la epidemia, depende básicamente de la capacidad de las políticas para enfrentar las desigualdades sociales que generan y potencian a ésta. Es así que debemos de una vez por todas, comenzar a debatir sobre sexualidad en nuestro país, y cómo generamos relaciones sexuales más equitativas, como eje central para abordar el desafío que nos plantea esta epidemia.

ASPECTOS ÉTICOS

Por último y no menos importante, estas entrevistas fueron una experiencia movilizadora y enriquecedora para las dos partes: entrevistadas y entrevistadoras. Por momentos nos reconocíamos en las fortalezas y en las dificultades o sufrimientos. Las frases que hemos rescatado, en el análisis, carecen de los nombres u otras características de las entrevistadas, así como las fechas y/o datos de manera de preservar la confidencialidad que habíamos acordado con ellas.

Para terminar, sólo nos queda agradecer una vez más a este grupo de mujeres, que nos dieron la posibilidad de entrar en su vida y pensar juntas sobre esta problemática.

Bibliografía

Aguirre, R. (2002). *Género, ciudadanía y trabajo social*. Montevideo: UDELAR/FCS/DS.
Bronfman, M.; Magis, C. (2001). “Ética y SIDA: lo público y lo privado”. En Juan Guillermo Figueroa (Coordinador), *Elementos para un análisis ético de la reproducción*. México, Programa Universitario de

Investigación en Salud / PUEG / UNAM.

ICW (2002). *Positive Women, Voices and Choices: A project led by positive women to explore the impact of HIV on their sexual well-being and reproductive rights and to promote improvements in policy and practice*. London, ICW.

Tallis, V. (2002). *Gender and HIV/AIDS: Overview Report*. BRIDGE Cutting Edge Pack, Brighton: Institute of Development Studies.

Vidal, J.; Somma, V.; Basso, J. (1998). *Mujer y SIDA. Investigación sobre comportamientos sexuales en mujeres VIH positivas*. Montevideo, MSP.

Hartigan, P. (2001) *Enfermedades Transmisibles, Género y Equidad en Salud*

Publicación Ocasional No.7; Organización Panamericana de la Salud, Harvard Center for Population and Development Studies.

Osimani, M.L. organizadora (1999) *Derechos Humanos y Salud Integral*.- Editorial Latina. Montevideo.

RECONOCER YA ES CONOCER: la Sexualidad y el Sida en Uruguay

Soc. Juan José Meré Rouco*

1. INTRODUCCION

Este artículo quiere presentar una apretada síntesis del trabajo de investigación "Sexualidad y Sida en el Uruguay: conocer para prevenir" realizado conjuntamente con la Soc. Mónica Guchín, con el apoyo del Sector Educación de la Oficina de la UNESCO en Uruguay. Efectivamente, conocer para prevenir fue el decidido enfoque que intentamos darle a nuestra tarea de sistematización y análisis de los datos existentes en nuestro país sobre la sexualidad de las uruguayas y uruguayos, con un particular énfasis en los jóvenes, confrontados a la epidemia del SIDA.

Sin embargo, a medida que avanzábamos en nuestro trabajo, comenzamos a visualizar y valorizar el imperceptible movimiento de los protagonistas de encuestas y cuestionarios, al verbalizar, explicitar, "hablar", sus prácticas sexuales. Reconocer es el primer paso de todo conocimiento auténtico, y punto de partida para toda eventual modificación que pueda plantearse.

En un contexto de falta de cura definitiva para la enfermedad y de su extensión en especial en los sectores de mayor vulnerabilidad - de menores posibilidades de cuidado de sus cuerpos, disfrute de sus relaciones afectivas y desarrollo pleno de su sexualidad- es fundamental los aportes que pueden y deben, realizar las ciencias sociales al diagnóstico de la epidemia para una prevención precoz y eficaz.

* Sociólogo. Programa Sexualidad y Género. Iniciativa Latinoamericana

Por ello, este trabajo tiene como objetivo fundamental el generar un mayor conocimiento y una mejor comprensión de la sexualidad de las/os uruguayas/os -con énfasis en las/os jóvenes-en tanto insumos relevantes, que permitan contribuir con los programas y acciones de prevención de la epidemia del VIH/SIDA en Uruguay. Se trata, por la propia naturaleza de la información disponible de un estudio de carácter exploratorio, cuya lectura posibilite abrir pistas tanto para el análisis como para investigaciones futuras.

En ese sentido nos propusimos elaborar con la información ya disponible el estado de situación de las prácticas y representaciones sexuales y el VIH/SIDA, intentando configurar una línea de base en nuestro país. Así, se realizó un esfuerzo de recopilación de investigaciones y estudios, de diferente nivel de rigurosidad y diseño metodológico, sobre la temática, provenientes de diferentes campos disciplinarios, las que, aún de forma fragmentada, proporcionan valiosos datos para visualizar algunos componentes de las prácticas sexuales en nuestro país.

Para facilitar una primera lectura, agrupamos y ordenamos los datos entorno a un abanico de ejes temáticos críticos, que permitan identificar algunas tendencias socioculturales de la población en el campo de la sexualidad y el VIH/SIDA. Finalmente, nos propusimos identificar vacíos relevantes, aún inexplorados -en términos de abordajes y conocimientos- que contribuyan para futuras investigaciones.

En general, sexo y edad – y en menor medida lugar de residencia - fueron las variables relevantes que los datos permitieron de explorar con un mínimo de confiabilidad. Aún así, intentamos transformarlas en puntos de apoyo para un abordaje desde las relaciones de género, dimensión clave para comprender la dinámica epidemiológica del VIH/SIDA. Aquí presentaremos solamente algunas conclusiones respecto de las prácticas, por lo tanto no haremos referencia a las representaciones que obviamente completan la comprensión de las mismas.

2. LA EPIDEMIA DEL VIH/SIDA EN URUGUAY: "HETEROSEXUAL, JOVEN Y CADA VEZ MÁS FEMENINA"

En Uruguay, se han notificado al Programa Nacional de SIDA, al 30 de abril del 2003, 7.018 personas positivas, 4.855 personas portadoras (VIH+) y 2.163 enfermos de SIDA, total acumulado (desde 1983 a la fecha) en todo el país.

El VIH/SIDA en nuestro país es una epidemia concentrada en "poblaciones vulnerables", con una prevalencia, en éstas igual o mayor del 5% (MSP-PNS, 2001). Los estudios cen-

tinelas que se realizan en nuestro país anualmente desde 1991, mostraron desde 1996 un enlentecimiento del crecimiento anual de la epidemia, un aumento de la participación de las mujeres y una disminución de la edad de las personas.¹

ONUSIDA(2001) advertía en el informe mundial sobre la epidemia del peligro del exceso de confianza, nuestro país ya está comenzando a vivir las consecuencias de ello. La tasa de prevalencia que mantuvo cierta estabilidad en los primeros estudios centinelas, haciendo pensar que se había alcanzado una fase de meseta en el crecimiento de la epidemia, experimentó en el estudio del 2002 un salto significativo. Con prevalencias históricamente bajas en población general de menos del 1% (0.23, año 2000), el estudio del año 2003 mostró una prevalencia de 0.36%, de 2 personas infectadas por VIH cada 1000 habitantes, se pasa a casi 4 personas cada 1000, según el estudio centinela de ese mismo año, en población laboral activa.

Según el PNS-MSP en la infección de VIH predomina la transmisión sexual (69.5%), sobre la sanguínea (21.3%), seguida por la transmisión perinatal (1.6%). La transmisión sexual es predominantemente heterosexual (63.8%), seguida por la categoría de exposición homosexual (21.6%) y luego la bisexual (14.6%). Es de destacar que el compromiso conjunto de homo/bisexual llega al 36.2% de los infectados por la vía sexual. Respecto al sexo, el 69.2% son hombres y el 30.8% mujeres, siendo éstas últimas casi un tercio del total de los VIH + acumulados en el país y en permanente aumento. La franja etaria más afectada está entre los 15-44 años, con una máxima incidencia entre los 15-34 años de edad. El 31% de los VIH+ adultos del país se halla en la franja etaria de 15 a 24 años de edad (PNS-MSP, 2003).

A su vez, las características de la etapa SIDA de la enfermedad, presenta un patrón epidemiológico tipo I/II, también un claro predominio de la transmisión sexual (68.9%). Dentro de ella los heterosexuales representan el 48.2%, seguidos por los homosexuales con un compromiso del 31.9%. Los bisexuales representan el 19.4%, llegando el compromiso conjunto de homo/bisexuales al 51.3% de los casos de SIDA por ésta vía de transmisión. Por la vía de transmisión sanguínea, hay un predominio entre los usuarios de drogas inyectables (96.2%), seguido por los transfundidos (2.2%), y hemofílicos (1.6%). Respecto al sexo, el 76.8% son hombres, frente a un 23.2% de mujeres; observándose un lento pero constante aumento de los porcentajes femeninos en los totales acumulados (PNS-MSP, 2003).

3. LA SEXUALIDAD EN EL URUGUAY: ¿NO SABE, NO CONTESTA?

La aparición del VIH también ha modificada las preocupaciones, que en general dominaron otros estudios y encuestas. En la etapa previa a la epidemia, los núcleos de interés eran básicamente aquellos relacionados con el embarazo, es decir, la edad de la primera relación o la frecuencia de las relaciones sexuales o el uso de anticonceptivos. La epidemia trajo nuevos aspectos como el número de parejas, las prácticas y las opciones sexuales, el uso del preservativo, aún en el marco de la visión epidemiológica de la sexualidad y la infección del VIH/SIDA. Sin embargo es preciso ir mas allá de toda mirada reductora que pueda descuidar los valores, las relaciones de género, las pautas sociales dominantes, es decir lo social como estructurador de actitudes y prácticas sexuales.

3.1 La primera vez: diferencias que se acortan

En nuestro país, los estudios señalan repetidamente que los jóvenes de ambos sexos están iniciándose sexualmente a edades cada vez más tempranas y que las diferencias entre varones y mujeres tienden a acortarse.

Las encuestas de los años 90, ya surgidas en el marco de la epidemia del VIH/SIDA, marcan la edad promedio de inicio, en los 17 años, para todas las zonas del país consideradas. Pero, si atendemos sólo al grupo de 18 a 35 años, la edad promedio para varones se sitúa en los 15 años, y la de las mujeres en los 19 años promedio (Opertti y otros, 1992).

En ese mismo período, la encuesta que indaga en la sexualidad de los adolescentes montevideanos (Portillo y otros, 1992), muestra como la edad de inicio de las "relaciones sexuales completas", se dan en el varón entre los 14 y 15 años, y en la mujer en los 16 años.

Por otro lado, el estudio de Spinelli y Calero, encuestando a una muestra de habitantes de Montevideo mayor de 17 años, arroja que para la edad de su primera relación, más del 60% de los hombres declara que "lo ha hecho" entre los 14 y 17 años. Mientras que algo más de un tercio de mujeres se ha iniciado entre los 18 y 20 años. Las investigadoras constataban ya una relativa estabilidad de la edad de iniciación de los hombres si la desglosamos por edad, "mientras que se aprecia un adelanto en la de las mujeres" (1996: 47).

Osimani y otros, en estudio realizado en 1998, para población general de 18 a 65 años de los barrios La Teja, Capurro y Victoria, presentan tendencias similares.:La media para los más jóvenes (18-29 años) era de 16.9 años, bajando a 15.7 años, a medida que se descende de tramo etario (18-19 años).

Más recientemente, disponemos del trabajo realizado a través de historias clínicas, para conocer el comportamiento de 1.440 adolescentes mujeres de 12 a 20 años, de una institución de asistencia médica colectiva (IAMC), que consultaron entre el período 1997 a 2000. Al momento de la primera consulta, el 35% de las jóvenes ya había tenido relaciones sexuales, situándose la edad de inicio en casi la mitad de ellas, entre los 15-16 años (Martínez y Lorenzo, 2001).

Por otro lado entre el 2001-2003, un estudio en usuarias del Hospital Pereira Rossell y Policlínica de Medicina Familiar de Las Piedras, Canelones, sitúa la edad de inicio de las relaciones sexuales en la población adolescente entre los 15-19 años. Un 17% de ellas tuvo su primera relación antes de los 14 años (Etchevarren y Gómez, 2003).

Estos datos, aún sin contar con información comparable por estrato social para poder analizar el comportamiento en uno y otro grupo frente a la edad de inicio sexual, nos permiten destacar el hecho que las usuarias adolescentes de un servicio de Salud pública y las de una mutualista, no presentan mayores diferencias en las edades de inicio sexual.

Un trabajo reciente sobre casi 400 estudiantes liceales y UTU del departamento de Paysandú (Ferreira, Grassi y otras, 2002) arroja elementos para reflexionar sobre la caída de la edad de inicio sexual, en particular en las jóvenes mujeres. Así, se muestra que el comienzo de la vida sexual en el interior del país – Paysandú capital- se concentra para las jóvenes entre los 15-16 años, mientras que en los varones, se sitúa en los 14-15 años.

Por otro lado, en un estudio realizado en el departamento de Salto, en jóvenes de un liceo público, se constató que el 46% de los mismos se inició entre los 14 y 16 años (Argenzio, 2003).

Asimismo, el estudio piloto en 200 estudiantes montevideanos - de un liceo público, uno privado y una escuela técnica – realizado por el Programa Nacional de Sida -del MSP para el año 2002, constató que la mayor frecuencia de inicio sexual se daba en los 16 años para las mujeres y en los 15 años para los varones.

De estos últimos datos presentados, que rompen con las miradas reductoras desde y hacia la sola capital, parece desprenderse que esta tendencia abarca también el interior del país, y aún reforzarse. Es decir una posible indagación para futuras investigaciones.

En un plano más explicativo, debemos interrogarnos si la disminución en la edad de la iniciación sexual que muestran los estudios implica a su vez una modificación de los modelos de toma de decisiones y una flexibilización de los roles sexuales masculinos y

femeninos entre los adolescentes hacia una mayor horizontalidad. O por el contrario, si la iniciación más temprana, bajo pautas de comportamiento aún asimétricas implica un reforzamiento de las diferencias de género, en el plano de la sexualidad en esas generaciones, lo que generaría situaciones de riesgo mayores, en particular para las mujeres jóvenes.

Por otro lado, estas transformaciones descritas deben llevarnos a reflexionar cómo se compatibiliza la compleja ecuación inicio temprano, disfrute de la sexualidad y prácticas preventivas seguras y eficaces, es decir "proteger el placer" con responsabilidad. Esta indagación central nos remite a la necesidad de profundizar en el conocimiento del contexto social, afectivo, en las cuales se da la primera interacción sexual en tanto espacio posible de generación de riesgos no solo frente a la infección del VIH sino también a un embarazo no deseado. A principios de los noventa, Portillo y otros ya mostraban que más de un 40% de los adolescentes que se habían iniciado, lo habían hecho sin ningún tipo de protección. Por lo tanto, luchar contra el "desamparo sexual" en el cual pueden caer los adolescentes, pone sobre el tapete los momentos, los espacios y las modalidades, para comenzar a intervenir con acciones educativas precisas, amplias y oportunas.

3.2 Las/os compañeras/os de iniciación: las diferencias persisten

Los primeros estudios, ya mostraban – más allá que esta perspectiva no estaba incorporada – las diferencias de género, como claro discriminador a la hora de elegir compañeros/as de iniciación sexual. Algunos estudios señalan que lo que es común a casi todos los adolescentes, es identificar el placer, como la principal motivación para el mantenimiento de relaciones sexuales (en algunos casos también la curiosidad), sin que existan mayores diferencias entre clases sociales y entre barrios (Portillo, 1992). Más allá de esas semejanzas, el elemento más significativo a tener en cuenta, es la persona compañera en la iniciación.

Pero interrogarse acerca de la pareja sexual de inicio es algo más que saber el sexo o la edad de la misma. Apunta a rastrear el lugar social y afectivo que esa persona ocupa en ese momento, teniendo como hipótesis que la percepción de ese lugar será determinante para configurar las conductas y actitudes en la interacción sexual y, en este caso, para enfrentar el riesgo del VIH. Se trata de una pareja ocasional, o de sexo pago, o novia/o o amiga/o? Que implica cada posicionamiento afectivo y sexual en términos de compromisos, confianza, y sobre todo prácticas, en particular de cuidados, mutuos o no?

Los primeros estudios (Operti y otros, 1992) si tenemos en cuenta toda la población estudiada, discriminada por sexo, mostraban que alrededor del 45% de los varones encuestados tenía su primera relación fuera de la "pareja estable"; mientras que las mujeres, en una 80% tenía su primera relación dentro de esa "pareja estable" con la cual mantenía un vínculo afectivo previo, al momento de la encuesta.

Para el caso de la población femenina montevideana, los grupos etarios analizados (18-35 y 36-49), mostraban porcentajes similares respecto a la pareja de iniciación. El 86.8 % de las mujeres encuestadas entre 18-35 años, iniciaban su vida sexual con su novio o esposo, para las de 36-49 años el porcentaje es de 88%. Mientras que en el caso de los varones montevideanos, entre 18-35 años, el inicio con la pareja estable bajaba al 20.4% y a tan sólo el 6.8% en los hombres mayores de 36 años. Es interesante destacar aquí la tendencia en los varones jóvenes respecto a generaciones anteriores, de iniciarse sexualmente con sus parejas estables.

Como plantean Spinelli y Calero, el sexo es un elemento claramente discriminador a la hora de calificar con quien se inician: los hombres declaran iniciarse en un 27.7 % con "prostitutas", seguido por una pareja ocasional, y sólo el 17.7% de los encuestados dice iniciarse con su novia. Las mujeres, por su parte, dicen iniciarse en un 62.5% con sus novios, seguido por las que lo hacen con los cónyuges, en un 23.4%. El "afecto" comentan las autoras está presente en el 92.5% de las iniciaciones sexuales femeninas, mientras que en el caso de los varones, esto se da sólo en un 43.2% de las mismas.

El peso de las construcciones culturales tradicionales de lo masculino y lo femenino tiene tal vez en esta doble definición del lugar que ocupa la persona y de las motivaciones implícitas en la primera interacción sexual, su expresión mas fuerte como estructuradora de la inequidad en las relaciones de género y del impacto en el abanico de posibilidades para el cuidado de la salud.

Siguiendo a Spinelli y Calero, la asociación entre "sexo y amor", continúa mayoritariamente presente en las mujeres, pero la mayoría de las veces deriva en el no uso del preservativo. Por otro lado, persisten las representaciones que asocian el no uso del preservativo con una "prueba de amor y confianza", considerando así a la "pareja estable" como la barrera más importante de prevención.

Es así que nos preguntamos ¿cómo impacta esta asociación entre "amor y sexo", fuertemente presente en las mujeres, en el cuidado de su salud? ¿Hasta dónde la mujer antepone el amor y la confianza frente al cuidado de sí misma?. Pero más importante, ¿Cómo

podemos desmontar estas representaciones que se traducen en prácticas inseguras, en especial para las mujeres?

3.3 Número de parejas sexuales: menos de lo que se comenta

De los datos, lo primero que surge con claridad son nuevamente las diferencias entre varones y mujeres, en este caso en el número de parejas distintas, tanto en el último año, como durante los últimos años o toda la vida. Es así que nos arriesgamos a hipotetizar que las diferencias entre ellos van acortándose, tal vez debido que por un lado las mujeres se atreven a declarar más sus encuentros sexuales; y los hombres por otro lado, se animan a declarar con más veracidad los suyos.

Los estudios en nuestro país nos llevan a confirmar, lo que en general, se ha encontrado en otras investigaciones, por un lado, que son los varones quienes tienen más parejas sexuales que las mujeres (OPS, 1995). A su vez que el número de parejas declarados por los hombres son menos de lo que se piensa a nivel de imaginario; y que lentamente las mujeres abandonan la "exclusividad" de una pareja sexual.

En 1992, la encuesta CACP, en cuanto al "número de contactos sexuales con personas distintas", ocurridos en los últimos 10 años o desde el momento de su iniciación sexual, promedia para los montevideanos 4 compañeros sexuales.

Para la fecha de la encuesta, los hombres jóvenes declaraban entre 7 y 8 parejas en los últimos 10 años, en el caso de las mujeres se observa un rango de variación promedial mayor a uno, pero siempre menor a dos, al decir de los autores. Podemos decir que estas cifras expresaban para el caso de las mujeres un comportamiento sexual, casi de exclusividad sexual, o de "fidelidad".

Una perspectiva complementarias al número de parejas sexuales, es conocer si se ha tenido relaciones fuera de la "pareja estable". Alrededor del 80% de los entrevistados en la encuesta CACP, de todas las zonas del país analizadas, señalan que no han tenido relaciones fuera de la pareja estable. Pero es en la capital del país, donde se registran los mayores porcentajes de contacto ocasional, para los varones de 18-35 años, en un 23.4% y en un 21.2% para las edades mayores. En el caso de las mujeres mayores de 35 años, estos alcanzan al 6.4%.

Por otro lado, en 1992, más de la mitad de los adolescentes montevideanos (58.5%), sólo había tenido 1 o 2 compañeros sexuales en la vida; sólo el 21.4% de ellos había tenido más de 5 parejas (Portillo y otros, 1992). Esto mismo revelan otros estudios en esos mismos

tramos etarios. Es así que en Osimani y otros, en 1998 las mujeres hasta los 19 años declaran promedio 1.8 compañeros sexuales durante los últimos 12 meses; en Martínez y Lorenzo, para el 2000, la mayoría de las jóvenes entre 12-20 encuestadas, mencionan hasta 1 pareja desde el inicio de su vida sexual a la fecha de la encuesta.

Si consideramos en este caso sólo a las mujeres entre 14 y 70 años, en 1993, en todo el país, de la Encuesta Nacional Mujer, Salud y SIDA (1993) se desprende un promedio de 1 compañero sexual durante los últimos 12 meses, para el 40% de las mujeres que completaron la encuesta autoadministrada. A su vez, un 20% de ellas contestan haber tenido ningún compañero, un 28% no contesta y sólo un 2% contesta 4 o más.

En el último estudio centinela de vigilancia epidemiológica del VIH, realizado en el 2002 por el PNS, se pregunta a la población laboral, entre 15 y 60 años y más, sobre el número de parejas sexuales en el último año. Se encuentra que un 34% de los hombres manifestaron tener más de 2 parejas sexuales en el último año. En el caso de las mujeres el porcentaje descende a un 15% para más de 2 parejas sexuales.

Los estudios epidemiológicos, plantean que el riesgo de transmisión del VIH, aumenta a medida que aumentan el número de parejas sexuales; en términos más precisos a medida que aumenta el número de personas con la que se ha tenido relaciones sexuales penetrativas (vaginal, anal u oral) sin protección. Este aspecto del comportamiento sexual, es una ayuda esencial para poder evaluar la "exposición al riesgo" de un individuo o grupo determinado frente a la epidemia. Por otro lado, a la hora de las estrategias preventivas debemos tener en cuenta que es el varón quien decide, por lo general cuándo, y con quien tiene relaciones sexuales.

Aún así, los datos no confirman, al menos para la población en general, las declaraciones livianas de la "promiscuidad" como causa de la extensión de la epidemia en nuestro país.

3.4 ¿Con quién tienen sexo las y los uruguayas/os?: nos animamos a declarar

Aquí también es necesario realizar algunas precisiones respecto a las encuestas en nuestro país, en este caso respecto a las diferencias – que no tienen en cuenta la mayoría de ellas- entre autoidentificación sexual y el sexo de las personas con las que se tienen relaciones sexuales. Es sabido, en especial a partir de estudios que han abordado la sexualidad de los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres, que el mantener prácticas homosexuales, no necesariamente implica en los sujetos la autoidentificación con una identidad homosexual.

Es así que las primeras encuestas indagaban sobre si se tenían "relaciones homosexuales, heterosexuales o bisexuales"; que no es lo mismo a declarar si se tienen "relaciones sexuales con personas del mismo sexo, del sexo opuesto o de ambos sexos", en especial para el caso de los hombres.

Los datos muestran una mayoritaria declaración de exclusividad heterosexual y un bajo reconocimiento de las opciones tanto homo, como bisexual. Pero por otro lado, en las últimas encuestas hay un aumento en las declaraciones de relaciones homo y bisexuales, donde los porcentajes de no sabe- no contesta son residuales. Por otro lado, es interesante destacar que no existen diferencias en éstos comportamientos, si se tiene en cuenta los estratos sociales.

La encuesta CACP de 1992 señalaba que el 98% de los encuestados, población entre 18-49 declararon, que sus relaciones sexuales son o fueron con el sexo opuesto, considerando toda su historia personal desde que se inició sexualmente. Los propios autores ya advertían la confiabilidad relativa de las respuestas recabadas, dada la alta declaración de mantener relaciones sólo con el sexo opuesto, atribuida a los tabúes culturales presentes en la sociedad uruguaya. Plantean a su vez, que si se considera como base de cálculo los porcentajes obtenidos, la proporción de encuestados cuyas relaciones no son sólo con el sexo opuesto, alcanza a 1.5% y 0.9% respectivamente entre hombres y mujeres.

La investigación de Spinelli y Calero, indaga sobre la "orientación sexual" de los y las uruguayos/as. Es así que el 77.7% de los mismos declara que se relaciona exclusivamente con personas del otro sexo. Por otro lado, el porcentaje de hombres que exclusivamente se declara heterosexual, asciende a 82.8%, mientras que en las mujeres el mismo es de 75.2%. Las personas que declaran relacionarse exclusivamente con personas de su mismo sexo, es un 0.4%; mientras que la "conducta bisexual" aparece en el 5.5% de los hombres y el 7.% de las mujeres.

En el 2002, Meré y otros indagaron sobre algunos aspectos de la sexualidad en los trabajadores de la salud, respecto a sus preferencias sexuales, el 88.9% declara que mantiene relaciones sexuales con el sexo opuesto y un 5.6% con personas del mismo sexo. Por otro lado el 2.8% de los encuestados declara mantener relaciones sexuales con personas de ambos sexo y el 2.8% no sabe- no contesta. Si analizamos los datos discriminados por sexo, en el caso de los hombres, el 82.8% de los mismos reconoce tener relaciones con personas del sexo opuesto, un 8.1% con el mismo sexo y un 6.1% con personas de ambos sexos. Para el caso de las mujeres, la amplia mayoría declara tener relaciones sexuales con el sexo opuesto, el 90.9% de las mismas, un 4.7% con el mismo sexo y el 1.7% con personas de ambos sexos.

Sin duda éste es uno de los puntos más conflictivos en las encuestas de sexualidad en nuestra sociedad, incluso más allá que la mayoría de las mismas abordaron lo abordan a través de un cuestionario autoadministrado, para aumentar así la confiabilidad de los datos. Sin embargo, mas allá del reconocimiento de una orientación sexual determinada, lo importante es generar insumos para intervenciones educativas efectivas, y por lo tanto identificar y modificar las prácticas más riesgosas asociadas a las diversas prácticas sexuales.

3.5 El uso del preservativo: las brechas preocupantes

De los estudios se desprende que existe un núcleo duro que dice usar sistemáticamente el preservativo, encontrándose a su vez, una mayor predisposición en varones, que en mujeres, en algunos casos con porcentajes de uso muy por debajo de los hombres. Pero por otro lado, su uso está lejos de tener la sistematicidad y propósito deseado. A su vez, es necesario indagar – lo que no realizan la mayoría de los estudios- si su uso es el adecuado, y si se lo usa para todos los tipos de prácticas sexuales y tipos de parejas.

Es necesario precisar que el uso del preservativo es el indicador mas confiable. - de toda la información necesaria- para definir el perfil de percepción del riesgo del VIH en la población sexualmente activa, y de las practicas de sexo seguro que de ellas se derivan.

La encuesta CACP en 1992, constataba que de aquellos que habían tenido relaciones, más del 55% había utilizado condones. Las diferencias por sexo, para ese entonces ya eran importantes, ya que su uso ascendía al 70% en el caso de los varones, y su utilización en las mujeres descendía a casi el 40%. En este caso, su uso se incrementaba a medida que la edades se desplazaban a las mujeres mayores de 35 años, es decir en una razonable señal de su utilización como anticonceptivo.

En estudio más reciente (Osimani y otros, 1998) en montevideanos entre 18 y 65 años, de nivel socioeconómico medio y bajo, el 72% declara usar preservativo, pero sólo el 40% dice usarlo en su última relación sexual. Mas preocupantes son las cifras que refieren a las personas "sin pareja": los varones declaran casi en un 17% no haber usado nunca preservativos; para las mujeres "sin pareja" la cifra asciende a casi un 30% de las mismas, que declara no haberlo usado nunca.

Esa misma pauta de comportamiento está presente en otro grupo poblacional, los profesionales y técnicos de la salud básicamente de Montevideo, abordados recientemente en una encuesta realizada en el año 2002 (Meré y otros). En la misma, admiten usar el preservativo "siempre" un 70 %, de los encuestados, pero en la última relación solamen-

te un 40 % indica que lo ha usado, contra un 52 % que indica que no lo ha hecho. Asimismo, sólo el 21% de los profesionales y técnicos utiliza el preservativos con una "pareja eventual u ocasional".

También se observa que el sexo no diferencia respecto a esta variable, es decir que el uso del preservativo no presenta diferencias entre hombres y mujeres. En cambio sí se observa una pequeña diferencia cuando se cruza por razones de uso. Es decir que es levemente mayor en el caso de las mujeres indicar que se usó para evitar el embarazo y levemente mayor en los hombres indicar que fue para evitar enfermedades de transmisión sexual.

Tal vez, la señal más fuerte que deriva de este estudio es nuevamente la profundidad de las normas culturales como determinante de las prácticas sexuales, más allá del nivel educativo o especificidad de la formación o aún manejo de la información respecto del Sida.

Con respecto al universo joven, el estudio de Portillo y otros en adolescentes, centró su eje en la anticoncepción y sus múltiples factores relacionados. Es así que más allá de su conocimiento y opiniones favorables a su uso, para esa fecha, más de la mitad de los jóvenes encuestados entre 13 y 19 años, no habían usado ningún método de protección en la primera relación.

Finalmente, más de un tercio de los hombres encuestados en el estudio centinela del VIH realizado por el MSP en el año 2002, tuvo relaciones con más de 2 parejas sexuales en los últimos 12 meses. Por otro lado el 45% de los hombres encuestados manifestó que en su última relación sexual no usó preservativo; en el caso de las mujeres el 58% de ellas manifestó no haberlo usarlo en la última relación.

Es así, que los datos analizados están señalando uno de los centrales en la prevención del VIH/SIDA en Uruguay, en particular en relación a los jóvenes y a las características de sus relaciones sexuales, esporádicas o discontinuas en su mayoría. A través de una dinámica de inicio sexual cada vez más temprano para ambos sexos, pero en la cual las mujeres continúan vivenciando la experiencia a través de esquemas culturales ligados a los "papeles" femeninos más tradicionales como lo acabamos de constatar con la calificación de la pareja y las motivaciones, se está configurando un complejo contexto generador de variadas situaciones de riesgo para los jóvenes, y para las jóvenes mujeres en particular, como lo muestra la feminización de la epidemia del SIDA y el número creciente de embarazos adolescentes no deseados.

Si a ello se le agrega, por un lado, la relativa falta de espacios sistemáticos para hablar de la afectividad y sexualidad, en la cual se enmarca la negociación del uso del preservati-

vo y no exclusivamente de la anatomía y fisiología de la reproducción, y, por otro lado, la falta de canales fluidos de distribución y acceso a los preservativos, la prevención se encuentra claramente trabada en uno de sus componentes claves, es decir el uso sistemático y extendido del preservativo.

También, las características de los estudios y sus abordajes no permiten hacer afirmaciones concluyentes respecto del impacto de los diferentes niveles socio económicos sociales en las prácticas sexuales de las y los uruguayas/os. En el caso del uso del preservativo, como vimos, no aparecen diferencias significativas, por ejemplo en la población de tres barrios populares de Montevideo (Osimani y otros) y los profesionales y técnicos de la salud (Meré y otros).

Aún sin datos que permitan formular hipótesis con cierto grado de razonabilidad, es posible afirmar que la pluralidad de los comportamientos sexuales y la gestión de los riesgos de los individuos encuestados no se puede entender sólo desde las clases sociales y el nivel educativo, como ciertos marcos teóricos lo han afirmado tradicionalmente. Es necesario incorporar las pautas culturales, los valores, las representaciones de los grupos y personas involucradas y, claro está, socialmente situadas.

Debemos profundizar cuáles son los valores y representaciones que explican, sustentan, traban o facilitan el uso del preservativo y las características de la negociación que lo determina. Obviamente, solamente el diseño e implementación de nuevos estudios, con lecturas conceptuales abiertas y dinámicas, pueden decirlo.

Sin embargo, en términos de implementación de acciones educativas en el corto plazo, podemos decir que en estos mismo datos sistematizados, brindan elementos para enfrentar la problemática ya que los encuestados mayoritariamente declaran un uso general del preservativo, indicador tal vez de una predisposición positiva a su utilización que debe ser apoyada mediante acciones focalizadas, intensas y continuas.

Notas

i Los estudios centinelas del VIH, forman parte de la vigilancia epidemiológica activa, en grupos seleccionados (población laboral) que permite conocer la prevalencia de la infección, por sexo y edad, la tendencia de su evolución, y también estimar el numero total de personas infectadas por VIH en el país. El PNS por recomendación de OPS/OMS realiza estos estudios en Uruguay desde 1991 a la fecha. Para facilitar la comparación internacional las estimaciones de todos los estudios centinelas se estimaran en población laboral del país (MSP-PNS, 2002).

Bibliografía

Argenzio, N. (2003). Perfil socio-epidemiológico de los adolescentes de 3º y 4º año del liceo N° 4 (Horacio Quiroga). Salto, Instituto Nacional de Enfermería, UDELAR.

Barón, C.; Niedworok, N. y otros (1994). Mujer y fecundidad en Uruguay. Factores determinantes directos de la fecundidad y sus implicaciones en salud. Montevideo, ediciones Trilce, CELADE/FNUAP/MSP/OPS.

COSECON (2000). Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Síntesis de Información Seleccionada. Chile, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud/ Agence Nationale de Recherches sur le SIDA.

COSECON (2000). Estudio Nacional de Comportamiento Sexual. Primeros Análisis. Chile, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud/ Agence Nationale de Recherches sur le SIDA.

Falero, Alfredo (2002). Actitudes y percepciones sobre el SIDA en técnicos y profesionales de la salud en Uruguay. En Meré, J.J. (comp.) "Los profesionales de la salud frente a la epidemia del SIDA. Miradas desde el Sur (pp. 7-58). Montevideo, Iniciativa latinoamericana.

Ferreira, M.; Grassi, S.; Souza, J. y otras (2002). Adolescencia: sexualidad y prevención. Paysandú, Escuela Universitaria de Tecnología Médica, Facultad de Medicina, UDELAR, mimeo.

La República de las Mujeres. (1989 setiembre 10 a 29 de octubre 29). Montevideo, Diario La República.

La República de las Mujeres. (1993, abril 25 a noviembre 21). Montevideo, Diario La República.

Martínez, M.I.; Lorenzo, S. (2001). "Sexualidad en la adolescencia. Comportamiento en adolescentes de una Institución de Asistencia Médica Colectiva del sector Privado". En Revista Uruguaya de Ginecología de la Infancia y Adolescencia, vol.III, N° 1 (pp.44-47). Montevideo.

Meré, J.J. (1999) "El estallido de las certezas: los desafíos de la prevención del Sida". Ensayo premiado en el XIV Certamen Latinoamericano de ensayo político de Nueva Sociedad. "Sida: Política, Cultura, Enfermedad", Nueva Sociedad, N° 159, Caracas, Enero/ febrero.

Meré, J.J.; Buquet, A. (2003). Sistematización de las acciones y estrategias en VIH/SIDA en el Uruguay desde un enfoque cultural. Estudios e Informes- serie especial, N° 17. Paris, UNESCO. División de Políticas Culturales y Diálogo Intercultural.

Meré, J.J.; Guchin, M. y Falero, A. (2002). Informe preliminar: El enfoque de género en la prevención del VIH/SIDA en los técnicos y profesionales de la salud. Montevideo, mimeo.

Ministerio de Salud Pública – Programa Nacional de SIDA (2002). Estudio Centinela 2002. Primera Encuesta Comportamental. Montevideo, Mimeo.

Ministerio de Salud Pública – Programa Nacional de SIDA (2001). Informe de Encuesta piloto sobre conocimientos, actitudes y prácticas sobre HIV/SIDA en estudiantes de Montevideo, 2001. Montevideo, mimeo.

Opertti, R.; Villagrán, A. y otros (1991). Encuesta CACP. Proyecto: Relaciones sexuales de pareja, conocimientos, actitudes, creencias y prácticas concernientes a la infección por VIH-SIDA. Uruguay, MSP/OPS- OMS.

Opertti, R.; Villagrán, A. y otros (1992). Encuesta CACP. Proyecto: Relaciones sexuales de pareja, conocimientos, actitudes, creencias y prácticas concernientes a la infección por VIH-SIDA. Uruguay, MSP/OPS- OMS.

ONUSIDA (2002). Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. Julio de 2002. Ginebra, ONUSIDA.

Osimani, M.L.; Latorre, L. y otros (1999). Conocimientos, prácticas y actitudes en SIDA y drogas, CAPs en una población de Montevideo. Montevideo, MSP- PNS- AMEPU- IDES.

Portillo, J. (1992) La sexualidad de los adolescentes. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales de los adolescentes de Montevideo, según clase social y distribución en el espacio urbano. Montevideo, Ediciones de la Banda Oriental, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Fondo de Población de las Naciones Unidas.

Spinelli, I.; Calero, M. (1996). La sexualidad en el Uruguay de hoy. Informe sobre opiniones, actitudes y comportamientos sexuales. Montevideo, Colección Búsqueda/ Editorial Fin de Siglo.

3

ADOLESCENTES, CIUDADANIA Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Adolescencia, inequidad social y de género: apuntes desde la realidad

Rita Perdomo
Cristina Pereiro
Beatriz Ruben*

INTRODUCCIÓN

Hemos realizado el abordaje de esta temática a partir de Entrevistas directivas con preguntas abiertas realizadas a una muestra representativa de adolescentes montevideanos de entre 15 y 19 años de edad. Se trabajó con criterios del Instituto Nacional de Estadística, contemplando todos los estratos sociales. En ningún momento se suministraron opciones de respuestas, sino que se anotaron textualmente las manifestaciones espontáneas de los jóvenes, para no influir sobre los datos obtenidos desde una visión adultocéntrica de las diferentes problemáticas planteadas en las entrevistas. Los datos obtenidos desde los adolescentes fueron posteriormente sistematizados con respeto y trasladados a cuadros estadísticos. El análisis posterior se realizó rigurosamente en la población total por género y en cada estrato socioeconómico (Alto, Medio Alto, Medio,

* El equipo de investigación LOS ADOLESCENTES URUGUAYOS- HOY de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (psicoado@psico.edu.uy) viene indagando con diferentes metodologías la realidad y el perfil psicosocial de nuestros adolescentes, poniendo énfasis en el tramo entre 15 y 19 años de edad. El trabajo elaborado para este Panel ha sido realizado por tres de sus integrantes: Rita Perdomo (Directora del Proyecto, Profesora Titular Encargada del Área de Psicología Evolutiva, autora de diversos trabajos y publicaciones sobre infancia, adolescencia y educación), Cristina Pereiro (Prof, Adjunta del Proyecto y del Área de Psicología Evolutiva, con extensa experiencia docente, de investigación y clínica con adolescentes) y Beatriz Ruben (Asistente del Proyecto, con extensa experiencia de docencia, investigación y clínica con adolescentes).

Medio Bajo, Bajo) también por género. Esto nos permite aproximarnos a la diversidad de nuestro universo adolescente. Una primera etapa del trabajo de campo se realizó en 1992 (430 casos). Este año hemos realizado una segunda aplicación de las entrevistas (490 casos) a los efectos de actualizar los datos e introducir algunas nuevas variables en función de los cambios que se están procesando en la sociedad uruguaya. La selección de la muestra y el procesamiento estadístico están a cargo del Instituto de Estadística (IESTA) de la Facultad de Ciencias Económicas. Todas las variables a las que haremos referencia estaban incluidas en el protocolo del '92 y se retoman en el 2003.

En esta exposición hemos de referirnos a resultados obtenidos en 1992 respecto a algunas variables cuyos datos y análisis aún no hemos publicado, pero acerca de las cuales se señala un vacío en la bibliografía disponible a la que hemos tenido acceso. De todas formas cabe consignar que si bien los datos actuales aún no han sido procesados estadísticamente, de un análisis preliminar de estas variables parece surgir que al respecto se mantienen las mismas tendencias que aquí se expresan.

López y Rostagnol (1999) señalan que “La IV Conferencia Mundial sobre la Mujer puso sobre la mesa la diversidad cultural y de situaciones en que se encuentran las mujeres en este fin de siglo, ubicándolas en el lugar de sujetos de su propia historia.” También plantean en el mismo artículo que “No se dispone de información respecto al uso de métodos anticonceptivos (MAC) en nuestro país. Sólo se realizó la Encuesta de Fecundidad en 1985. Uruguay no participó de los emprendimientos internacionales realizados en las últimas décadas para estimar el comportamiento reproductivo (...) Uno de los argumentos para ello ha sido el comportamiento demográfico uruguayo que señala una baja tasa de fecundidad.”

Por estos motivos hemos organizado esta exposición en función del análisis de las respuestas espontáneas de los adolescentes a las siguientes preguntas, haciendo hincapié en la diversidad: “¿Qué opinás de las relaciones sexuales antes de casarse?”; “¿Ya tuviste relaciones sexuales, por qué tuviste tu primer relación sexual?”; “¿Con quién tuviste tu primer relación sexual?”; “¿A qué edad tuviste tu primer relación sexual?”; “¿Qué método conocés para evitar el embarazo?”; “¿Qué método usás para evitar el embarazo cuando tenés relaciones sexuales?” (de acuerdo con lo expuesto, en las preguntas no se mencionó ningún método, se anotaron exclusivamente los que surgían espontáneamente de los propios adolescentes).

Por consiguiente, los puntos a abordar serán:

- Las relaciones sexuales
- Contracepción
- Adolescencia, ciudadanía y derechos sexuales y reproductivos

LAS RELACIONES SEXUALES

Aunque sólo dos de cada 100 adolescentes manifiestan estar casados o vivir en concubinato, lo cual se corresponde con su edad, la casi totalidad está de acuerdo con las relaciones sexuales antes de casarse. En efecto, así lo manifiestan 83 de 100 mujeres y 87 de 100 varones. Lo que varía entre los géneros y según la extracción sociocultural es el tipo de acuerdo. El doble de mujeres que de varones (la tercera parte de la totalidad de las mujeres) jerarquizan el amor y la decisión de la pareja. Aparece en cambio como respuesta eminentemente masculina señalar el carácter “normal” de las relaciones sexuales prematrimoniales (en el total, los dos tercios de los varones y la tercera parte de las mujeres).

Lo más destacable en cuanto a las diferencias entre los géneros en un mismo sector social se refiere a varones y mujeres del estrato socioeconómico Alto. Estos varones son los que más enfatizan que las relaciones prematrimoniales “están bien, son normales” (81 de cada 100), en tanto que un porcentaje elevado de mujeres (22 en 100) dicen que hay que “estar seguras”. Esto podría dar cuenta de una particular desigualdad y polaridad en la opinión y toma de decisiones entre los jóvenes de este sector. Revelaría una estructura de género con un fuerte poder masculino y la prevalencia de estereotipos sociales muy arraigados que parecen mostrar pocas posibilidades de cambio. Esto se corresponde con que algo más de la mitad de estos varones dicen que ya ha tenido relaciones sexuales y todos ellos manifiestan haberlas tenido porque “tenía ganas” o porque “se dio”, siendo de destacar que la tercera parte se inició con prostitutas. En cuanto a las mujeres de este estrato, sólo 12 en 100 manifiestan haber tenido relaciones sexuales, y todas dicen haberse iniciado con su novio. La mitad de ellas dice no haber vuelto a tener relaciones sexuales después de la primera vez.

No obstante, en la población total aparecen dos respuestas que estarían dando cuenta de los cambios que se están procesando en la sociedad con relación a la equidad entre los géneros. Algunas mujeres y varones de todos los sectores sociales expresan que las relaciones sexuales son una manera de conocerse (10 de cada 100 adolescentes) y jerarquizan la importancia del “respeto” y los “cuidados” mutuos (5 de cada 100).

Siete de cada diez adolescentes que mantienen o han mantenido relaciones sexuales, tanto varones como mujeres, manifiestan haber tenido su primera relación entre los 14 y los 17 años de edad. La diferencia entre los géneros estriba en que el resto de los varones se han iniciado predominantemente antes de esa edad, y las restantes mujeres predominantemente después. Esta tendencia se mantiene en todos los estratos sociales.

Coincidiendo con el motivo manifiesto que las condujo a su primer relación sexual, casi la totalidad de las mujeres (9 en 10) dice haberse iniciado con su novio y las restantes (una de cada diez) con amigos o conocidos. En cuanto a los varones, si bien 4 de cada 10 se iniciaron con su novia, la tercera parte lo hizo con amigas o conocidas, y 2 de cada diez con prostitutas. Esta última situación se incrementa a 3 de cada diez en los estratos Alto y Medio.

CONTRACEPCIÓN

Habremos de centrarnos en la relación entre los métodos anticonceptivos “conocidos” y los utilizados por estos/as adolescentes. Decimos “conocidos” entre comillas, porque el hecho de que los mencionen al preguntarles “¿Qué métodos anticonceptivos conocés?” no implica necesariamente que se hayan apropiado de dicho conocimiento, sino que las respuestas pueden remitir a la repetición de una lista de posibilidades que se les reiteran desde el discurso adulto. Reiteramos que no se les mencionó ningún método y que se recogieron los que espontáneamente eran nombrados por los/las adolescentes.

En cuanto a los métodos anticonceptivos que dicen conocer, el más mencionado tanto por varones como por mujeres de todos los sectores sociales es las “pastillas” (96 de cada 100 mujeres y 92 de cada 100 varones en la población total entrevistada). La única diferencia significativa entre los géneros se da en el estrato Bajo, donde 13 de cada 100 varones no mencionan las “pastillas”.

A ese método “conocido” siguen los “preservativos”. Es de interés destacar que los mismos son mencionados por la casi totalidad de la población masculina (97 de cada 100) sin diferenciación entre los sectores socioeconómicos, en tanto que no son mencionados por 20 de cada 100 mujeres en la población total. Existe una diferencia altamente significativa en las adolescentes del estrato Bajo, donde los condones no son mencionados por algo más de la tercera parte de estas mujeres (39 de cada 100).

La mitad de las adolescentes de la población total manifiesta conocer el dispositivo Intrauterino (DIU), con variaciones en el estrato Medio Alto donde lo mencionan 6 de

cada 10 adolescentes mujeres y el Bajo, donde esta cifra baja a 3 de cada 10. Cerca de la tercera parte de los adolescentes varones menciona el DIU en todos los estratos, excepto en el Bajo, donde sólo lo mencionan 16 de cada 100 varones.

En porcentajes menos significativos se mencionan también como métodos anticonceptivos “conocidos” el diafragma y el método del ritmo (doble de mujeres que de varones en ambos casos), los espermaticidas y la vasectomía (sin diferencias significativas entre los géneros, pero concentrados fundamentalmente en los estratos Altos). La ligadura de trompas y el coitus interruptus, en porcentajes bajos, no presentan variaciones de género o cultural.

En toda la escala social se menciona conocer los mismos métodos anticonceptivos, excepto los espermaticidas que no aparecen en el estrato Bajo. A medida que se desciende en la escala social, si bien siguen presentes todos los demás métodos, a nivel individual se va reduciendo la amplitud de la gama de métodos mencionada por cada adolescente, sin que a este respecto aparezcan diferencias entre ambos géneros. Dicho de otro modo: en los estratos socioculturales más altos, cada adolescente dice conocer más métodos anticonceptivos.

Sólo 3 de cada 100 adolescentes en la población total dicen no conocer métodos anticonceptivos.

En contraste con la manifestación del conocimiento de un amplio espectro de métodos anticonceptivos, al responder acerca de los métodos que utilizan para evitar el embarazo, 12 de cada 100 adolescentes que mantienen relaciones sexuales dicen que no utilizan ninguno.

Asimismo, en la población total entre los que manifiestan tener relaciones sexuales y utilizar métodos anticonceptivos, se mencionan casi exclusivamente los condones y las pastillas anticonceptivas (97 %). Sólo dos de cada 100 adolescentes mencionan los espermaticidas, y una de cada cien mujeres el DIU.

La mitad de los/las adolescentes que mantienen relaciones sexuales y dicen querer evitar el embarazo, en la población total manifiestan utilizar condones (76 de cada 100 varones y 27 en 100 mujeres), y la tercera parte pastillas anticonceptivas (13 de cada 100 varones y 58 de cada 100 mujeres).

La desagregación de estos datos por género y estrato socioeconómico adquiere ribetes dramáticos:

- En tanto que la totalidad de las mujeres del Estrato Alto usan pastillas anti-conceptivas, la tercera parte de las mujeres del Bajo no usan ningún método para evitar el embarazo. En este estrato tampoco usa método alguno la tercera parte de los varones, lo cual implica un crecimiento exponencial del riesgo y la realidad de los embarazos adolescentes.

- En tanto que del estrato Alto al Medio Bajo los varones utilizan mayoritariamente condones, en el estrato Bajo los utilizan algo menos de la mitad (45 de cada 100 varones). Si bien la pregunta se realizó en función de la contracepción, este descenso brusco del uso de los preservativos estaría mostrando también la mayor posibilidad de las mujeres de este estrato de contraer el SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual.

- En cuanto a la no utilización explícita de métodos anticonceptivos en los varones, se destaca que 11 de cada 100 adolescentes del estrato Alto y la tercera parte de los varones del Bajo manifiesta no cuidarse. En el caso de los adolescentes del Alto, esta situación se correspondería con la polarización de la estructura de género señalada para ese sector social, con un fuerte poder masculino que conduciría a cierto “laissez-faire” en los varones. Otro tanto podría plantearse para los varones del estrato Bajo, con el agravante de que las particulares condiciones de vida y la violencia imperante que conlleva una particular vulnerabilidad de todos los adolescentes de este sector, tiene una repercusión específica en las mujeres, que se convierten en víctimas privilegiadas del despliegue de la violencia sexual en todas sus manifestaciones.

Todo lo señalado debiera ser analizado desde una perspectiva de género según los siguientes ejes:

Aspectos básicos de la Psicología de la adolescencia

- Omnipotencia
- Conductas actuadoras
- Vulnerabilidad adolescente: exclusión, desamparo, e incertidumbre
- Inmediatismo: dificultades para proyectarse en el futuro debido a las características de la cultura contemporánea (incertidumbre, adultos debilitados en su rol que ofrecen pocas posibilidades de constituirse en referentes válidos y garantes sociales)
- Importancia del conflicto dependencia-independencia, proceso de separación e individuación, posibilidad de diferenciarse y discriminarse de los adultos
- Importancia del cuerpo: conocimiento, cuidado y apropiación
- Importancia de los grupos de pares

- Necesidad de espacios de participación que a través del protagonismo propicien la autoestima e induzcan la responsabilidad

Aspectos sociales y educativos

- Importancia de la familia y la educación (formal y no formal)
- Calidad de los vínculos
- Diferencia entre información y conocimiento, que implica apoderarse de la información
- Calidad de la información (quiénes la transmiten, qué se transmite, y cómo se transmite, respetando las diferencias de edad, género y socioculturales)

Vulnerabilidad social

- Diferencias entre realidades adolescentes diversas con relación a los géneros y la inserción social
- A mayor vulnerabilidad, mayor dificultad de construir proyectos de vida
- El embarazo como único proyecto y posesión posibles para las mujeres más excluidas
- Dificultad de los varones más excluidos para construir proyectos que sustenten un rol masculino que satisfaga las expectativas sociales, con la consiguiente carga de frustración. Ésta conlleva la irrupción de mecanismos de evasión y compensatorios, que se traducen en violencia sexual y doméstica

Infraestructura disponible

- Posibilidades de acceder a Servicios de atención integral a los adolescentes y calidad de los mismos. Importancia de los equipos interdisciplinarios.
- Acceso a la información
- Posibilidad real de acceso a métodos anticonceptivos de calidad
- Recursos humanos calificados y responsables

ADOLESCENCIA, CIUDADANÍA, DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

En sus respuestas los adolescentes están expresando su voluntad de asumir en forma autónoma el ejercicio de su sexualidad. Lo que está en juego son las posibilidades reales de poder asumir dicho ejercicio en el contexto de un proyecto de vida responsable. Esto implica su reconocimiento como ciudadanos, es decir, sujetos de derecho, y la responsabilidad social de que dicha voluntad se inserte en un proyecto autónomo que por lo tanto implique asumir la sexualidad en forma plena.

La inequidad de género y la inequidad social siguen campeando en nuestra sociedad. Estamos enfrentando momentos de cambio en las subjetividades masculina y femenina, sin embargo, estos cambios se manifiestan aún en forma tímida, según se desprende de

las manifestaciones de los jóvenes. La salud y el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de nuestros adolescentes dependerán de la posibilidad de afrontar la problemática en toda su complejidad. Para esto será necesario implementar políticas de Estado que contemplen las inequidades de género y sociales, posibilitando abordarlas desde las diferencias.

En lo que se refiere al cambio de subjetividades masculina y femenina, como dijéramos en un trabajo anterior (Perdomo, Pereiro, Giordano – 1998) “Cabanzo y Torres de Rincón (1996) plantean que, ‘(...) encontramos que las relaciones vinculares planteadas desde la asimetría son generadoras de violencia con consecuencias lesivas para los dos polos encontrados. Funcionamientos propios de estas estructuras vinculares como el de sometedor-sometido acaban adueñándose de los espacios donde hoy se mueven hombres y mujeres (...).’

- Coincidimos con dichas autoras en las consideraciones que realizan en cuanto al cambio en la estructura de género, entre las que destacamos las siguientes puntualizaciones:
- Conceptualizaciones de la diferencia, liberadas de la connotación de desigualdad y que remitan a nociones de **complementariedad**, tanto desde el punto de vista del que-hacer en el mundo, como del intercambio enriquecedor para los yoes de ambos polos de la estructura, hacia un equilibrio de esta y en pro de la evolución del ser humano. Las diferencias estarían ubicadas en los canales de expresión de hombres y mujeres para una tarea conjunta.
- El logro de una valorización de la feminidad tanto por el hombre como por la mujer, ocupa un lugar prioritario en el encuentro de un equilibrio entre los polos de la estructura.
- La incorporación de un objeto pareja donde la reciprocidad sea la modalidad de relación de los padres. La vivencia y por ende la representación intersubjetiva posterior de una estructura vincular, simétrica, remite a la identificación de los yoes de ambos sexos con aspectos femeninos y masculinos de sus figuras parentales, en un intercambio hombre-mujer más comprensivo, respetuoso, autónomo y flexible.”

Bibliografía

Cabanzo de Ponce de León, Rocío y Torres de Rincón, Carmen (1996). EL GÉNERO: UNA PERSPECTIVA ESTRUCTURAL. En LOS VÍNCULOS EN AMÉRICA LATINA - Tomo II, pag. 292 - FLAPAG, Buenos Aires.
 López, Alejandra y Rostagnol, Susana (1999). SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA en COMISIÓN NACIONAL DE SEGUIMIENTO DE LOS COMPROMISOS DE BEIJING – EL ESTADO URUGUAYO Y LAS MUJERES: Monitoreo de políticas públicas. Cotidiano Mujer – pág. 77 – Montevideo.
 Perdomo, Rita; Pereiro, Cristina; Giordano, Gabriela (1998). DE EXCLUSIÓN Y GÉNERO. Publicado en:

LATINOAMÉRICA. Procesos y transformaciones en los vínculos - XIII Congreso Latinoamericano de Psicoterapia analítica de Grupo - Trabajos libres, Tomo 2 , Págs. 259 a 264 - FLAPAG, FAU Editores, Montevideo.

Trabajo con los y las adolescentes del Sub - Programa Adolescentes del APEX – Cerro, Universidad de la República

Jorge Rondán Moumdji*

“El Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos debe contener entre sus desafíos estratégicos, la promoción de valores que impulsen una plena y rica cultura ciudadana, respetuosa de las diversas capacidades, pertenencias sociales, opciones sexuales, orígenes étnicos, raciales, edades y géneros” Plan de Igual para la ciudad de Montevideo (2002)

SUBPROGRAMA ADOLESCENTES APEX - UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA

¿Quiénes somos y dónde trabajamos?

Este subprograma está integrado por los siguientes actores: a) Centro de Jóvenes, b) Servicio de Facultad de Psicología: Espacio Colectivo para Jóvenes desde una perspectiva en APS, c) Policlínica de Adolescentes.

El Centro de Jóvenes del Cerro nace en 1999 con la firma del Convenio entre la Universidad de la República y la IMM. El Centro se define como institución educativa no formal que trabaja con los y las adolescentes de entre 12 y 19 años en distintas zonas del Cerro de acuerdo con los lineamientos pedagógicos que la IMM propone y los aportes que realiza el programa. El equipo está integrado por un director y dos educadores. Los estudiantes universitarios a través de sus pasantías nos apoyan en esta tarea y dinamizan las propuestas: recreativas, lúdicas, de talleres y educativas que apuntan hacia un encuentro e integración social.

* Sub - Programa Adolescentes. Programa APEX – Cerro. Universidad de la República

Espacio Colectivo para jóvenes: Este espacio de atención psicológica a los y las adolescentes nace ante la demanda reiterada de asistencia psicológica y como forma de dar una respuesta tanto a la comunidad como para el proceso de enseñanza -aprendizaje de los estudiantes. El proyecto fue aprobado en el año 1995. Se propone transformar el enfoque predominante de atención individual para el adolescente y el joven en un proceso colectivo de prevención y promoción en salud.

Policlínica de Adolescentes: nace en 1998 junto al equipo encargado de diseñar un Centro de Jóvenes. Sus objetivos fundamentales son: a) contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de los y las adolescentes del Cerro, b) generar un espacio de atención de la salud con un equipo multidisciplinario que permitiese el abordaje integral de la y el adolescente, c) generar una instancia de enseñanza-aprendizaje con estudiantes universitarios de diversas carreras. Actualmente el equipo está integrado por docentes y estudiantes de las siguientes carreras: Enfermería, Nutrición y Dietética, Medicina, Odontología, Psicología, Trabajo Social.

La población con la cual el sub-programa está trabajando desde hace 4 años exhibe las siguientes características: a) Vive en la zona del Cerro, CCZ 17, b) es una población adolescente de 12 a 21 años, c) concentra uno de los mayores porcentajes de adolescentes de Montevideo, d) presenta dificultades socioeconómicas muy importantes, e) los y las adolescentes han culminado la escuela pero tienen problemas para continuar sus estudios, - liceo y UTU- y muy pocos están en vías de empezar estudios terciarios, f) muchos viven en viviendas precarias, otros en casas humildes y otros en condiciones aceptables, g) para muchos las necesidades nutricionales no están cubiertas, h) reclaman espacios para socializar y necesitan de la recreación y estructuración del ocio.-

En suma podemos decir que estamos trabajando con una población muy heterogénea, en su mayoría vulnerable y que sufre distintos procesos de empobrecimiento, marginación y exclusión social.

La concreción de estos actores trabajando con adolescentes surgió del diagnóstico y de la tarea que realizaban los distintos subprogramas de APEX, permitiendo dar respuesta a los y las adolescentes en tanto ciudadanos de Montevideo que presentan características específicas y de gran inequidad para su desarrollo, como sujetos plenos de derecho y para el ejercicio pleno de la ciudadanía.

¿Qué entendemos por ciudadanía? **“La ciudadanía es un concepto que tiene una doble acepción: ligada a la persona y ligada a la sociedad. La ciudadanía consiste en el grado que una persona individual posee para controlar su propio destino al interior**

de una sociedad; pero al mismo tiempo la ciudadanía depende del grado de “sujeción” de la persona al grupo al que pertenece, multiplicado por el grado de influencia o de representación que dicha persona tiene en el gobierno o conducción de la sociedad. La ciudadanía se construye y materializa en el espacio público, a través del ejercicio de los derechos civiles, políticos y sociales, en el contexto de un sistema político democrático”.¹

Porque la ciudadanía y los derechos ciudadanos no deben restringirse a votar en los comicios, es que hemos planificado y diseñado nuestro trabajo en el fomento y promoción de adolescentes mujeres y varones ciudadanos de su ciudad y país. Nosotros no contribuimos a brindar una mejor calidad de vida a los y las adolescentes sino que apoyamos esa construcción en forma conjunta, en el entendido de que promovemos adolescentes como protagonistas activos de su realidad, promoviendo un cambio tanto en ellos/as como en su entorno inmediato. El cambio comienza con la construcción de espacios de salud, de encuentro y de atención psicológica para que sean utilizados por los propios adolescentes por medio de procesos de intercambio, participación y crecimiento personal y colectivo. Dichos espacios no son estancos ni separados, existe una interrelación entre ellos y es posible circular de uno a otro aprendiendo a crecer con lo que ellos mismos van produciendo. Son lugares de encuentro abiertos a la diversidad de adolescentes mujeres y varones del Cerro, a las diferentes razas, pertenencias sociales, orígenes étnicos, raciales, edades, opciones sexuales.

Acompañar el proceso adolescente desde diferentes lugares, con diferentes actores y metodologías permite cumplir esa función social de sostén, de facilitador, de proveer distintos modelos de vida y distintos modelos adultos con los cuales confrontar.

Promovemos, educamos y practicamos los derechos civiles, políticos, sociales como los derechos sexuales de las y los adolescentes. A los efectos de ceñirnos a la temática de este encuentro es que realizamos un recorte de nuestra exposición para poder profundizar en los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes: mujeres y varones. Tomaremos como guía la enunciación de derechos de los y las adolescentes que recogen los manuales para Equipos de Salud de la IMM y el Fondo de Población de Naciones Unidas (1998).

1) Derecho: “Los adolescentes tienen derecho a conocer su cuerpo, para poder cuidarlo y quererlo”

Hace cuatro años nuestras primeras encuestas y entrevistas nos revelaban que los y las adolescentes tenían un escaso conocimiento de su cuerpo. Si profundizábamos en nuestra investigación veíamos que la ignorancia del cuerpo era mayor en las chicas que en los chicos. Si seguíamos averiguando encontramos que el desconocimiento de sus genitales

externos e internos, su fisiología era aún mayor en ambos sexos. Nos preguntamos si las respuestas obtenidas tendrían que ver el nivel educativo que tenía los/as adolescentes. Comenzamos a confirmar nuestras hipótesis. Primero, el desconocimiento de su cuerpo tiene que ver con un tabú social que impide en el ámbito educativo, llámese escolar y liceal integrar a la curricula la educación en sexualidad, es decir, que pueda conocer todo su cuerpo en forma integral y vivenciarlo como un cuerpo erógeno, sexual, atravesado por múltiples deseos personales y culturales. No hubo una política educativa en sexualidad en las escuelas y liceos hace cuatro años y aún es materia pendiente. ¿Será un problema de que no hay gente capacitada para generar esos procesos de enseñanza-aprendizaje en sexualidad humana o esa omisión remite a una intencionalidad política? Comprobamos que la adolescente es informada por su madre en la pubertad cuando se la prepara para la menarca. Esa información sigue siendo escueta y cargada de concepciones de inequidad, pues se habla del “enfermar de las mujeres” concepción que perdura hasta nuestros días y que proviene en occidente desde la concepción egipcia del cuerpo de la mujer y sus funciones. El enfermar ensombrece la potencialidad de generar vida. ¿A los varones quiénes les informan? ¿Existe un correlato valorativo entre las poluciones nocturnas y la masturbación masculina con el proceso de enfermarse de las chicas? ¿Acaso la preocupación del núcleo familiar y paterno sea “el no dejar embarazo a una chica”? La barra de amigos, de conocidos es el ámbito donde los varones nos “formamos en sexualidad”, pues nuestra cultura hasta el momento así lo marca. Los Estudios de Género y los espacios reflexivos inter-centro juveniles nos vienen formando a la interna de este equipo para poder analizar, y trabajar desde esta perspectiva en cada una de las acciones o encuentros que tenemos con los/as adolescentes. Nos hacen reflexionar acerca de la construcción histórica y cultural de los cuerpos sexuados para permitirnos aportar ladrillos hacia la construcción de una cultura de equidad. No podemos dejar de pensar junto a Bourdieu¹ como la noción de cuerpo sexuado es una construcción cultural que apoyada sobre una matriz simbólica que él denomina “dominación masculina” construye las diferencias sexuales que se inscribirán objetivamente en la división sexual y subjetivamente en esquemas cognitivos que permitirán apereibir esa división sexual como naturaleza biológica. La historia nos ha demostrado como a lo largo de los siglos el cuerpo de la mujer es concebido a partir del cuerpo del varón como algo en “menos”, como algo imperfecto, sucio, con necesidad de ser sujetado, controlado. Esa dificultad de concebir lo femenino como diferente ha traslado implícitamente una visión de inferioridad del cuerpo femenino respecto al cuerpo masculino y una valoración negativa. La ignorancia del cuerpo de la mujer ha sido por siglos un bien preciado por el hombre en tanto consideración de pureza, inocencia y virginidad. ¿Cómo entonces, pedirles a nuestras adolescentes que conozcan su cuerpo, lo cuiden y lo valoren? Es imposible. También sabemos por los aportes que hace el psicoanálisis que existiría una etapa exploratoria de su cuerpo cuyo conocimiento queda enterrado junto con la repre-

sión de la sexualidad infantil. Represión personal que se anuda con la falta cultural y la prohibición a conocerse, a conocer sus órganos genitales como partes del cuerpo integral y de la autoestima. Las chicas nos contestan con una letanía, “como voy a conocer eso”, “mira si voy a agarrar un espejo y me voy a poner a mirar esas partes” “no sé, no se ve fácil, nunca me lo enseñaron”, “no me interesó conocer como es”. Hay una falta de deseo por conocer lo que no se deja ver fácilmente. Hay una falta de conocimiento de cómo se llama el genital femenino externo y como está compuesto. Esa ignorancia producto de la dominación masculina sigue teniendo sus efectos y se traduce en una ciudadana carente de los conocimientos socialmente compartidos por nuestra cultura y la deja a la mujer en un lugar de inferioridad. Esto es una de las manifestaciones de la inequidad de género entre la mujer y el varón y que nosotros creemos que no es un problema individual sino social, ideológico, político y por esos nos ocupa. La cultura genera diferentes formas de ser, de vivir, de pensar los distintos problemas pero también determina las formas de percibir a los varones y las mujeres, de relacionarnos, de comunicarnos y hasta condiciona los vínculos afectivos de amor y los vínculos de agresión entre los géneros. El varón presenta también este grado de ignorancia de sus órganos genitales. Los adolescentes con los cuales trabajamos reducen su saber a la presencia del pene y desestiman el conocimiento de los genitales femeninos. Adolescentes de 19 años no saben diferenciar entre el meato urinario de la mujer y la vagina. ¿Qué está pasando con los nuevos hombres? ¿Será que los varones con los cuales trabajamos tienen un bajo capital educativo? También encontramos faltas de conocimiento entre estudiantes varones de nivel universitario. ¿Qué les está pasando a los varones cuyo rol tradicional ha sido el iniciar a la mujer en la vida sexual adulta?. Seguramente que esto viene cambiando, pero es en la barra de amigos donde se aprende un montón de prejuicios, un acumulo de preconceptos y conocimientos erróneos. En cambio, cuando tienen la posibilidad de aprender en talleres, en encuentros la obediencia al modelo de varón hegemónico (Meler, 2002) es tan fuerte que encubre a los varones con la careta de: “yo, ya lo sé todo” “yo, ya lo sé” que les impide escuchar, aportar, aprender. Junto a la careta está la prohibición de evidenciar el “no saber”, el varón viril debe conocer de su sexo y del otro, como si los conocimientos se trasmitiesen cromosómicamente.

2) Derecho: “A tener espacios donde poner en palabras sus interrogantes y necesidades en relación a la sexualidad, en un ambiente de confianza y apoyo”

Ha sido objetivo de la administración municipal, el promover ciudadanos y ciudadanas plenas de derecho. Caminamos desde hace algunos años y especialmente desde el año 2002 con el “Plan de Igualdad de Oportunidades y derechos para la Ciudad de Montevideo” hacia la construcción de una cultura de equidad y solidaridad entre los géneros que permita relaciones de igualdad, oportunidad, desarrollo personal y colectivo para todos y todas. Nuestro accionar se encamina a generar múltiples espacios donde

poder vivenciar, preguntar, cuestionarnos, confrontarnos acerca de la sexualidad y de las femineidades y masculinidades. Para ello es necesario implementar una pedagogía de género que estamos sistematizando a nivel del Programa Adolescente de la IMM, donde sean talleres abiertos a la diversidad de formas de ser y vivir la sexualidad. En estos años no solamente hemos trabajado la sexualidad como eje significativo de la subjetividad de las personas de orientación heterosexual sino también consideramos que debemos ayudar a salir del “closet”, como expresan los autores americanos a aquellos ciudadanos/as que por siglos no han podido expresar sus deseos sexuales libremente. Para nosotros es un deber Ético de primer orden ayudar a construir una sociedad más justa y solidaria que aprueba la heterogeneidad de la masculinidad y la femineidad. Muchos homosexuales se sienten en Montevideo ciudadanos de segunda cuando se ven limitados sus derechos a poder besarse con su pareja en público o cuando no pueden expresarse cariñosamente. Nosotros pensamos que para construir esa equidad necesaria entre los géneros también es necesario visibilizar la inequidad intragénero que la hemos visto galopar en todos los días de nuestro trabajo. Si bien en los últimos tiempos aparece en el discurso de los adolescentes el tema pensamos que es porque socialmente han ocurrido distintas cosas. El movimiento gay ha ido institucionalizando discursos, ha luchado por un reconocimiento pero también vemos distintos movimientos sociales que apuntan en sentido contrario para seguir constriñendo a la homosexualidad a los intersticios que una sociedad homofóbica establece, “los parques, los cines, los club privados”. Constreñidos a esos lugares, evitamos el contacto, el descubrimiento del diferente como igual y dejamos sin cuestionar viejos y fundantes discursos de la homosexualidad como “deseo contra-natura”, “psiquiatrización de la perversión” y del “raro/a que se aparta de la norma convencional”; condicionando un conjunto de prácticas para luego denominarlas conductas de riesgo.

Hemos visto como algunas chicas se han acercado a nosotros a contarnos lo que sienten y como han podido formalizar una pareja y lo que esto conlleva de difícil. Así como enseñamos que las chicas tienen derechos a participar en una actividad deportiva u opinar en una asamblea por ej, también enseñamos que los espacios están abiertos para todos. Falta mucho para construir un estado que permita el goce pleno de derechos ciudadanos para todos/as. No es lo mismo ser gay y ser pobre pues ésta persona sufre una doble inequidad, la de ser un varón con opción sexual diferente y ser pobre. Para la mujer no es lo mismo ser mujer, pobre, negra y lesbiana en nuestra sociedad.

3) y 4) “Derecho a la confidencialidad y el respeto” y “a la escucha y la comprensión”
Hablar de cómo somos los varones y las mujeres, de cómo nos relacionamos lo hacemos todos los días y en cualquier actividad uno puede aportar a la reflexión y desconstrucción de modelos estereotipados de género. Pero también debimos establecer espacios de privacidad para poder escuchar, comprender, dialogar en forma diferente a como lo

podríamos hacer en público. La intimidad permite a muchos adolescentes contar cosas personales que de otra forma no se atreverían. En el libro “Ser varón adolescente”, (TRICOTTI, L. 2002), recogimos la importancia de trabajar algunas temáticas en forma privada, con grupo cerrado porque aprendimos que si bien es productivo que varones y mujeres puedan intercambiar también es necesario generar espacio sólo de varones o sólo de mujeres donde se respeten la formas de ser diferente. En un grupo mixto se gana y se pierde, pero muchas veces son las chicas las que no se atreven a hablar, por inhibición, vergüenza pero también porque han aprendido a ceder la palabra a los varones. Muchas veces ellos son los que hablan o los que acaparan con ruidos y no dejan hablar. El camino que intentamos construir hacia la igualdad de varones y mujeres no significa un camino que niegue o borre las diferencias, construyendo sujetos “unisex” sino que es un camino de resignificación de que es ser varón y que es ser mujer en la gama de la diversidad. La policlínica de adolescentes ha sido tesonera en brindar una escucha lo mas integral posible y promotora de confidencialidad y respeto por los problemas que los y las adolescentes nos confían. Así también trabajamos en red con otros recursos existentes en la zona cuando no podemos dar una respuesta específica a una situación planteada.-

5) Derecho: “A la información acerca de métodos anticonceptivos, ventajas y desventajas de cada uno y accesibilidad”

Si partimos de la afirmación que hay un gran desconocimiento del propio cuerpo también comprobamos un gran desconocimiento de los métodos anticonceptivos. Existe una lista de métodos pero detectamos escasa información, muchos prejuicios, preconceptos y mal uso de los mismos. El preservativo como “doble barrera” es conocido porque casi todas/os pero su manipulación todavía sigue siendo un problema. Si bien en los últimos años la mujer también es la que compra el preservativo, encontramos en muchas/os adolescentes la firme certeza de que es el hombre quien debe comprarlo y quien debe aprenderlo a colocar. “El preservativo es para el pene, entonces son ellos los que deben aprender como usarlo”, una adolescente. Esto tiene mucho que ver con el poder y el saber pero también tiene que ver con la posición pasiva en que fue colocada la mujer para reconocerse como femenina. En el imaginario social, aún hoy es el varón el que inicia a la adolescente y la hace mujer pero también es el varón el que conduce la relación sexual, el que da, sabe y hace gozar. Por siglos las mujeres aprendieron a entregarse a los brazos de sus maridos estableciendo una relación de desigualdad de poder. Los varones también tiene una actitud contraria al conocimiento de los demás métodos anticonceptivos, como el DIU, las pastillas anticonceptivas, diafragma, en el entendido de que eso son cosas de mujeres y que deben saber ellas o aprenderlas con su ginecóloga/go. El Modelo de Varón Hegemónico (Meler, 2002) impone a la construcción de la subjetividad masculina la necesidad de separar de sus identificaciones “todo aquello que tenga que ver con un vínculo temprano con la madre” y todo aquello con lo que tradicionalmente se ha asociado a lo

femenino”. Es por ello que muchas veces hablar del cuerpo de la mujer, hablar de los métodos, del ciclo ovárico y menstrual genera rechazo de parte de los varones porque se siente rápidamente colocados en un lugar femenino que entra en contradicción con el sostenimiento de la virilidad masculina, generando mucha angustia. ¿A quién se le atribuye la responsabilidad por la utilización de métodos anticonceptivos y su eficacia? Históricamente ha sido la mujer la encargada y la responsable única de que todo funcione bien. La mayoría de la publicidad de pastillas anticonceptivas muestran a la mujer en una aptitud receptiva a ser ella la responsable de su buen uso. La utilización de algún método anticonceptivo requiere de una entrevista médica que permita una profundización en el conocimiento y eficacia para permitir una elección que contemple los siguientes factores: a) accesibilidad, b) situación de salud de la adolescente, c) opción de cada mujer

6) Derecho: “Al acceso de métodos anticonceptivos seguros, eficaces y de buena calidad”

Tanto en el Centro Juvenil como en la Policlínica hemos tratado de que la accesibilidad a los métodos anticonceptivos sea posibles. La derivación a partera o ginecóloga es algo que siempre fomentamos en el entendido de que para profundizar se necesita tiempo, una charla personal y una evaluación con las personas más preparadas. La policlínica de adolescentes ha dado preservativos de calidad y pastillas sin convertirse por ello en “un expendio de preservativos”. Previamente se realiza una charla con ellas/os y se intenta dialogar para que sirven y como usarlos. En estos encuentros propiciamos la consulta en pareja para que también el compañero comprenda los métodos y se haga responsable.

7) Derecho: “A elegir cómo, cuándo, con quién y cuántos hijos desean tener fomentando una Maternidad y Paternidad responsables”.

Trabajar la sexualidad humana como equipo nos plantea una revisión de nuestra implicancia con el tema pero también tratamos de cuestionar nuestras opciones y de manejarlas como variables personales que puedan obstaculizar la escucha y fundamentalmente nos aleje del camino de enseñar a ser libres. Nuestras opciones no deben imponerse como consejos, sino que dejen generar la reflexión. Ayudarlos a elegir y a decidir cuando tener relaciones sexuales es una contribución para que se conviertan en actores activos de sus decisiones. Sabemos que esto no es fácil, pues son adolescentes. Además, nuestra cultura exige a determinada edad dar cuenta de determinadas aptitudes o comportamientos. Si a esto le sumamos que la genitalidad adulta se ha convertido en una mercancía que podemos comprar con facilidad es allí donde encontramos distintas fuerzas invisibles que producen efectos. La falta de proyectos de vida, la falta de horizontes, la falta de un montón de derechos que tienen otros ciudadanos/as condiciona muchas veces a que las chicas rápidamente se embaracen y tengan sus primeros hijos muy tempranamente. Para la adolescente pobre tener un hijo la hace posicionarse distinto dentro de su estatus familiar y barrial. Muchos otros embarazos no son deseados sino el producto de viola-

ciones intra familiares o barriales. También los varones somos forzados a dar cuenta de nuestra virilidad. Desde el prostíbulo histórico hasta las diferentes formas de iniciación que hoy tienen los varones encontramos en común que son los otros los que impulsan hacia las relaciones sexuales. El “deber cumplido”, “el gran semental” son las imágenes circulantes de nuestro imaginario que producen efectos y que muchas veces llegan a convencer a los varones que ese es su propio deseo. Para los varones sigue siendo el inicio de las relaciones sexuales un “acumulo de experiencias”, un aprender a manejar su erección, el placer y el orgasmo. Para las chicas con las que trabajamos aparece “como una entrega por amor”. Es muy interesante observar como el varón sigue siendo el que inicia a la mujer y queda en la sombra del olvido el que la mujer, llámese prostituta o compañera es la que inicia al varón a la vida sexual adulta. Es muy frecuente en algunas poblaciones el inicio sexual muy temprano y especialmente entre varones. Los más grandes reproducen la asimetría de poder que emana del modelo y tienen una relación de “explotación” con otro varón ya sea por una moneda o por un plato de comida. Es curioso ver como en algunos contextos de intimidad y bajo el efecto del chiste, estas cosas pueden ponerse en palabras. Lo interesante es que salen como reprobatorias y como crítica hacia otro varón. La experiencia no es tomada como iniciadora ni como enriquecedora de la personalidad sino como una experiencia paralela y no integrada. Muchos chicos carenciados y “pintunes” encuentran una salida a la pobreza en el ejercicio de la prostitución masculina en ámbitos homosexuales (chongos). Nos preguntamos si para ellos además del dinero no se estará jugando una imposibilidad de poder asumir deseos que de otra manera no podría permitirse. Pensemos en la sexualización del dinero y en como muchas de estas relaciones reproducen la relación de asimetría donde se reconfirma la virilidad en el acto activo de penetración.- Estamos bastante lejos de vivir en una sociedad más igualitaria cuando desde los distintos aparatos de socialización y modelización de las subjetividades encontramos mensajes sexistas y una sexualidad feliz y placentera sólo para blancos, de clase media, heterosexuales. Sería bueno dirigir nuestra escucha al malestar de aquellos que no cumplen los requisitos antes mencionados.

Nuestra función no está en convertirnos en custodios de la natalidad de la población adolescente. Es nuestra responsabilidad informar, formar, generar espacios de crecimiento y de elecciones los menos condicionadas posibles. La explosión del embarazo adolescente nos debe llevar a una profunda reflexión de todos los ciudadanos/as ya que es un problema de todos el permitirles a los y las adolescentes el goce pleno de los derechos ciudadanos como forma de evitar lo que hoy tanto nos escandaliza.

8) Derecho: “A no sufrir situaciones de violencia y abuso sexual en ninguna de sus manifestaciones”

La vida sexual entre dos o más debe ser libre y de mutuo consentimiento. La escucha atenta debe permitirnos ayudar a quienes pueden verse en situaciones de violencia de género o en situaciones de abuso sexual. Este año desde el Centro de Jóvenes iniciamos un trabajo de sensibilización con la radio comunitaria: “La Cotorra” y con los encargados/as de distintos programas para poder entre todos aportar ideas y mensajes que permitan caminar hacia la equidad de género y disminuyan lo que es la violencia invisible de género, fundamentalmente del varón hacia la chica, o del varón heterosexual hacia el varón homosexual. Violencia que no es sólo física sino también psicológica, social, cultural. Me acuerdo de un comentario hecho por otro educador del barrio Casabó, donde él decía: “hay que ser muy macho para ser homosexual” porque he visto apedrear a algunos de ellos. Esto que parece darse en otras partes del mundo también se da en Montevideo. Los chistes y las bromas también son violencia cuando lesionan la subjetividad de los otros/as. También es violencia cuando una chica sin desearlo es objeto de un “manazo” en la vía pública. El varón se siente con derechos a estos actos o parecidos porque hay una cultura y una sociedad que habilita. Muchas veces se justifica la acción culpabilizando a la chica que se mereció el manazo porque se vistió en forma provocativa.

9) Derecho: “A no ser discriminados por su género, edad u orientación sexual”

Poder visibilizar los distintos entramados que nos sujetan como ciudadano/as de una determinada sociedad, es ayudar a cuestionar y desconstruir modelos que siguen generando un desigual por ser diferentes con una fundamentación basada en la naturaleza, la división sexual y una visión a-histórica. Interrogar las concepciones ideológicas, históricas y económicas nos permiten ayudar a redefinir una sociedad más justa y solidaria y prevenir la violencia de género. “Combatir la violencia de género implica incidir en los valores y comportamientos, haciendo del respeto a la diferencia, la ausencia de estereotipos sexistas, y patrones sexuales discriminatorios, ejes de la convivencia en la ciudad.” Plan de Igualdad para la ciudad de Montevideo (2002)

10) Derecho: “Al disfrute y al placer”

Educar en sexualidad desde una perspectiva de género permite que los y las adolescentes se apropien de su cuerpo como escenario donde se despliega su sexualidad y se pueda acceder a un disfrute de su ejercicio así como al placer del encuentro genital en forma libre. Debemos ayudar a desconstruir los modelos sexistas donde el varón goza activamente y la mujer ha aprendido ser “pasiva, receptiva, dependiente afectivamente, frígida y hasta a fingir un orgasmo”. También debemos ayudar al varón a desaprender el goce centralizado en su erección y eyaculación para que pueda permitirse gozar y sen-

tir con todo su cuerpo y con la creatividad del encuentro. Liberar los nudos que impiden a cada género expresarse libremente en el ejercicio de la sexualidad y propiciar un encuentro profundo de comunicación y afectos. Con una buena información que permita también tener conductas de autocuidado para la prevención de enfermedades de transmisión sexual y de embarazos no deseados.

11) Derecho: “A la protección contra enfermedades de transmisión sexual”

No hay mejor herramienta para proteger a los y las adolescentes que enseñarles a tener conductas de autocuidado y conocimiento de los métodos que las previenen. El buen uso del preservativo es fundamental pero también habrá que permitirles un verdadero acceso a conseguirlo para todas sus relaciones sexuales. Conjuntamente con el uso del preservativo se deberán trabajar que otros factores son de mayor riesgo y cuales otros son protectores de nuestro estado de salud.

12) Derecho: “A elegir si desean tener una vida sexualmente activa o no”

Creemos que los puntos abordados más arriba permiten posicionar a los y las adolescentes como sujetos sexuados activos, protagonistas de su sexualidad y devolviéndoles el poder de decir en forma responsable cuando quieren iniciar sus relaciones sexuales o no, con quién y de que manera.

Notas

i pag. 113 de GRELA, Cristina, LÓPEZ, Alejandra, (1998)

ii pag. 24 de BOURDIEU, Pierre: “Gracias a que el principio de visión social construye la diferencia anatómica y que esta diferencia social construida se convierte en el fundamento y en el garante de la apariencia natural de la visión social que la apoya, se establece una relación de causalidad circular que encierra el pensamiento en la evidencia de las relaciones de dominación, inscritas tanto en la objetividad, bajo la forma de divisiones objetivas, como en la subjetividad, bajo la forma de esquemas cognitivos que, organizados de acuerdo con sus divisiones, organizan la percepción de sus divisiones objetivas”...

Bibliografía

AMNISTIA INTERNACIONAL, (2001) “Crímenes de Odio, Conspiración del Silencio, Torturas y Malos Tratos basados en la Identidad Sexual”, Ed. Edai, Madrid.
BADINTER, Elizabeth, (1981) “¿Existe el amor maternal?, Ed. Paidós-Pommaire, Barcelona.

BADINTER, Elizabeth, (1993) “XY La identidad masculina”, Ed. Norma, Bogotá.
BLEICHMAR, Emilce Dio, (1998) “La Sexualidad Femenina, de la niña a la mujer”, Ed. Piados, Bs.As.
BURIN, Mabel y MELER, Irene, (2000) “Varones”, Género y subjetividad masculina, Ed. Piados, Bs.As.
BURIN, Mabel y cols, (1990) “El Malestar de las Mujeres”, Ed. Piados, Bs.As.
BOURDIEU, Pierre, (2000) “La dominación Masculina”, Ed. Anagrama, Barcelona.
FERNANDEZ, Ana María, (1993) “La Mujer de la Ilusión”, Ed. Piados, Bs.As.
FREUD, Sigmund, (1980) “Obras Completas”, Ed. Amorrortu, Bs.As.
FOUCAULT, Michael, (1980) “La historia de la sexualidad” tomo II, Ed. Siglo XXI Madrid.
GRELA, Cristina, LÓPEZ, Alejandra, (1998) “Talleres Educativos en Salud y Género”, Ed. IMM - FNUAP, Montevideo.
INTENDENCIA MUNICIPAL DE MONTEVIDEO, (2002), “Plan de Igualdad y Derechos para la ciudad de Montevideo”, Ed. IMM, Montevideo.
RONDAN, Jorge, (2003) “Sexualidad Masculina” en Revista Colón Hoy N° 137-145, Montevideo.
TRICOTTI, Lilián (comp), (2002) “Ser Varón Adolescente” Medea S, Montevideo.

Una Estrategia Preventiva de enfermería: Iniciar el abordaje a la Salud Reproductiva desde el ámbito escolar

Lic. Ana Correa*
Lic. Mercedes Perez**
Lic. Rosana Tessa***
Lic. Verónica Sánchez****

La practica profesional de enfermería como disciplina científica esta sustentada en diversas teorías, donde el proceso esta pensado, organizado, controlado y dirigido hacia una meta: el cuidado de las personas.

Dentro de los paradigmas que nos sustentan como profesión independiente, la Cátedra Materno Infantil ha adoptado como premisa el abordaje a la población desde el concepto del autocuidado, entendiéndose por tal la participación activa de las personas en el cuidado de su salud como responsables de decisiones que condicionan su situación. Tomando al ser humano desde un abordaje integral inmerso en el medio social, cultural considerando el momento histórico y económico, como parte de un proceso de desarrollo de la humanidad, con perspectiva de genero.

Consideramos que estas estrategias favorecen el desarrollo de individuos capaces de defender sus derechos y por lo tanto crear sociedades responsables y justas.

* Licenciada en Enfermería. Prof. Agda. Departamento de Enfermería Materno Infantil. INDE

** Licenciada en Enfermería. Prof. Departamento Materno Infantil, INDE

*** Licenciada en Enfermería. Prof. Adj. Departamento Materno Infantil, INDE.

**** Licenciada en Enfermería. As. Departamento Materno Infantil, INDE

El fundamento ético del cuidado lo encuentra la enfermera en el principio de autonomía, tanto para la enfermería como profesión independiente como para lograr la autonomía del usuario.

El desafío actual de la enfermera profesional es desarrollar su capacidad de investigar para poder dilucidar los problemas relacionados con las situaciones que se plantean al cuidar, así como de tomar decisiones, enriqueciéndose con una formación humanística y científica que estimule el crecimiento profesional.

Esta visión holística y esta constante preocupación para que el individuo encuentre el estado de bienestar es de relevancia para la profesión y debe estar desde la formación básica de los profesionales de enfermería.

Los cuidados de enfermería de calidad requieren de la formación en aspectos tales como: comunicación, valores, derechos, elaboración de programas, aplicación de estándares profesionales, trabajo interdisciplinario entre otros.

En la Cátedra de Enfermería Materno Infantil se realiza el abordaje de la Salud Reproductiva trabajando a lo largo de todo el ciclo vital, con un enfoque de género, desarrollando actividades de promoción y prevención en todos los niveles de atención.

El objetivo es formar un profesional enfermero que no solo conozca el manejo de técnicas básicas del área, de los procesos biológicos y de las patologías, sino también un profesional con pensamiento crítico que incorpore herramientas metodológicas de abordaje individual, familiar y colectivo, con compromiso social y creatividad, basado en principios de ética, equidad y autodeterminación.

Los conceptos teóricos que se sustentan se desarrollan en base a una metodología que tiene como centro el estudiante involucrándolo en el proceso de enseñanza aprendizaje con una constante articulación de la teoría con la práctica.

La experiencia práctica, se desarrolla un 50 % en el primer nivel de atención y/o comunitario y el otro 50% en el segundo nivel de atención, tal como esta estipulado a lo largo de todo el Plan de Estudios.

La experiencia a nivel comunitario, en estos 2 últimos años, se ha basado en la ejecución de un proyecto de extensión denominado: “Fortalecimiento del autocuidado en Salud Reproductiva en la Cooperativa de Viviendas por Ayuda Mutua José Pedro Varela”.

Este proyecto se caracteriza por integrar docencia, extensión e investigación, integrando las actividades del mismo con las experiencias curriculares, generándose entonces la participación constante de los estudiantes a lo largo de su desarrollo.

Este proceso incluye además, la participación de docentes de Educación y Salud Mental siendo experiencia práctica de los cursos de Enfermería Materno Infantil y Metodología Científica.

Los objetivos planteados para el proyecto fueron:

“Fortalecer el Autocuidado de la Salud Reproductiva en diferentes etapas del ciclo reproductivo en la Cooperativa de viviendas con un enfoque de género, en su medio cotidiano de vida.”

Integrar los estudiantes de enfermería en actividades de promoción y prevención a la salud en el área de Salud reproductiva en diferentes etapas del ciclo vital a nivel comunitario.

El proyecto se desarrollo en varias etapas :

1º etapa : ***Inserción comunitaria*** en la cooperativa tomando contacto con las comisiones ya existentes

2º etapa ***Diagnostico de necesidades y recursos de la población.***

En esta etapa se desarrollo un estudio socio epidemiológico de la población general con profundización en la población femenina de la cooperativa.

3º etapa: ***Implementación de actividades*** en base a las necesidades y recursos identificados en las etapas anteriores

4º etapa: ***Evaluación de actividades y el proyecto*** (en proceso).

En el Estudio Socio epidemiológico se obtuvieron datos que permitieron caracterizar a las mujeres y sus familias, como también identificar algunos problemas de salud e intereses respecto a las temáticas a abordar en actividades de educación para la salud. Dichos datos fueron obtenidos mediante una encuesta semi estructurada aplicada por los estudiantes en los domicilios y en los diferentes espacios comunitarios con la orientación y supervisión permanente de un docente.

Se realizaron 427 encuestas obteniéndose datos de 1370 personas, de los cuales el 20% eran menores de 18 años.

En las mismas, surgen como temas de mayor interés manifestados por la población dentro de los temas de salud en el área de salud reproductiva:

Violencia,
Adicciones,
Sexualidad,
Prevención de ETS,
Embarazo adolescente,
Anticoncepción

Se identificaron mediante los datos estadísticos obtenidos en la encuesta otras problemáticas relacionadas al área de Salud Reproductiva tales como:

Escasa información respecto a la legislación vigente respecto a Controles preventivos.
Bajo índice de realización de autoexamen de mama y Papanicolau
Bajo índice de controles ginecológicos preventivos de las mujeres entre 18 y 45 años
Un 46 % de población femenina mayor de 45 años

Se realizó la difusión de los resultados obtenidos y se realizaron actividades educativas sobre los temas jerarquizados por la población y también a los identificados mediante los datos estadísticos.

Se desarrollaron actividades educativas con tres grupos poblacionales diferentes:

Los niños en el ámbito escolar, donde las temáticas abordadas fueron:
derechos del niño,
violencia y género,
conocimiento del cuerpo y cambios puberales,
educación sexual

Utilizando diferentes dinámicas grupales que se vieron enriquecidas por la discusión e intercambio entre los niños, los maestros, estudiantes y docentes de enfermería

Mujeres de diferentes grupos etarios: reunidas en el salón comunal, donde se abordaron las siguientes temáticas:
anticoncepción,
prevención de cáncer genito mamario,
salud en la menopausia.

Se utilizaron para esta instancia dinámicas que favorecieron la participación y el planteo de dudas por parte de los participantes.

Los adolescentes de ambos sexos con actividades desarrolladas en el salón comunal, referidas a las siguientes temáticas:

Prevención de enfermedades de transmisión sexual,(SIDA)
Adicciones, violencia y género
Anticoncepción.

Algunas de las actividades fueron desarrolladas simultáneamente con la Comisión de salud de Fucvam, en forma coordinada y complementándose entre sí. Se habían planificado otras actividades recreativas que no fueron ejecutadas en su totalidad, pero que pretendían acercar a los adolescentes a la temática.

Los estudiantes elaboraron para cada una de las actividades una serie de carteles, folletos, souvenirs para entregar a los participantes de las diferentes actividades, que reforzaron los conceptos trabajados en cada oportunidad.

Todas las actividades educativas fueron realizadas por estudiantes con supervisión y apoyo docente, al igual que los materiales mencionados.

COMENTARIO

Este proyecto, permitió a los estudiantes ejecutar actividades pertenecientes al área independiente de la profesión en el ámbito comunitario (fuera de las instituciones prestadoras de salud) sustentada en un marco teórico donde las actividades de promoción de salud, la prevención de enfermedades y la detección precoz de las mismas, son fundamentales para mejorar la calidad de vida de la población y la base de una mejor utilización de los recursos de atención a la salud.

Las actividades de promoción a la salud han sido desarrolladas históricamente por las mujeres en su rol de cuidadoras de la salud de la familia:
como educadoras, fundamentalmente en la educación de los niños.
como administradoras del cuidado de los enfermos de la familia
como reproductora de hábitos higiénico dietéticos y la transmisión de los mismos a través de las diferentes generaciones
como quien realiza la adaptación a los recursos y necesidades en cada momento histórico y del ciclo vital de los individuos del grupo familiar.

Estas funciones han sido asumidas por las mujeres y muchas de ellas son desarrolladas sin una clara concientización de ese rol, implicando postergaciones personales en su

desarrollo como personas (postergando oportunidades laborales, educativas, de desarrollo individual, etc). A pesar de la importancia que tienen para el mantenimiento de la familia, han sido desvalorizadas.

El rol de la familia como protectora de la salud debe ser fortalecida para que cada individuo pueda tomar decisiones informadas, pueda proteger su salud, acuda a los servicios antes de que aparezca la enfermedad o en estadios mas tempranos mejorando su calidad de vida.

Es así, que informar, promover actividades educativas, y promover estrategias de fomento de estilos de vida saludables son herramientas que permiten el empoderamiento de las mujeres e incrementa las posibilidades de participación activa de las mismas en la toma de decisiones en salud.

La participación de la población en las diferentes instancias, es un derecho que debe ser asumido con responsabilidad por los profesionales trabajando en equipo con enfoque preventivo, y promoviendo la defensa de los individuos en sus derechos humanos, en nuestro caso enfatizando en los derechos sexuales y reproductivos.

Comenzando, dentro de la familia, por fortalecer la salud de las mujeres, se impacta en la salud de todo el resto de la familia, pero luego también se hace imprescindible incluir al hombre y abordar a ambos a lo largo de todo el ciclo vital .

Siendo fundamental el énfasis en los derechos de ambos como base fundamental para el desarrollo humano enfatizando en el derecho a participar activamente con información que permita tomar decisiones en relación a la sexualidad, las diferentes etapas del proceso reproductivo, el cuerpo y su propia vida.

Los hombres y mujeres deben ser reconocidos como personas con derechos y responsabilidades, participando en el desarrollo de las actitudes y comportamientos en materia de Salud Reproductiva en un contexto de valores y costumbres sociales.

La educación e información son los pilares que orientan el proceso de socialización facilitando el empoderamiento respecto a los derechos humanos y el desarrollo de una cultura de salud.

Esta educación debe estar dirigida tanto a los hombres como a las mujeres, para lograr revertir algunos conceptos arraigados en la sociedad como por ejemplo: la adjudicación de roles que mantienen al hombre al margen de algunas problemas relacionados con la

salud Reproductiva o el escaso conocimiento acerca de la sexualidad tanto de hombres como de mujeres que llevan a desarrollar conductas de riesgo para el mantenimiento de la salud de ambos.

Algunos problemas tales como el embarazo adolescente, la violencia sexual y domestica, la prevención de ETS, requieren de un abordaje desde etapas tempranas de la vida en las que se comienza con la formación de valores.

Si bien las acciones que se realicen con adolescentes pueden mejorar la vida sexual y Reproductiva de estos, permitiendo la toma de decisiones informadas respecto a su sexualidad, (repercutiendo en su vida adulta), para la incorporación de algunos valores y conceptos ya es tarde.

Durante esta etapa de la vida se completa un proceso de socialización que se desarrolla a traves de varias intervenciones educativas y formativas por parte de diversos actores, que incluyen el rol del núcleo familiar, el ambiente escolar, los círculos de amistades y los medios de comunicación en la construcción social de normas y valores relacionados con la sexualidad y la reproducción.

En cada uno de los mencionados espacios quienes se interrelacionan con los adolescentes refuerzan estereotipos de genero y ciertos valores sobre la sexualidad que no se corresponden necesariamente con las necesidades que ellos tienen, ni colaboran con la toma de decisiones libre e informada sobre su propio ser. Promoviendo la sexualidad del adolescente como parte integral del desarrollo humano como para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de la población juvenil.

La adolescencia marca el inicio de la actividad sexual pero la adquisición de patrones de conducta de salud reproductiva (identidad de género y socialización femenino-masculina) se inician en etapas previas debiendo ser abordadas cuando aun están consolidándose en el niño.

Esa consolidación ocurre en la etapa escolar, siendo entonces necesario trabajar en ese periodo.

El ámbito natural en donde el niño se desenvuelve y donde se produce el proceso de formación y socialización es la escuela, por tanto parece ser el ámbito ideal donde realizar ese abordaje, incluyendo en el la participación de maestros y si es factible la participación de los padres.

El trabajar en esta etapa en derechos humanos y derechos del niño (respeto por la individualidad, equidad, la no discriminación entre otros) permite una mejor incorporación de los conceptos necesarios para posteriormente empoderarse de los derechos sexuales y reproductivos, y sensibilizarse sobre la equidad de género.

En la implementación del proyecto, se visualizaron conductas y actitudes que nos permiten reflexionar acerca de los conceptos mencionados anteriormente, tanto en la población objetivo (los niños y adolescentes) como en los propios estudiantes. En oportunidades al realizar las diferentes actividades se traslucían valores que a pesar de haber sido abordados teóricamente, representaban valores arraigados en la sociedad (conductas de “niñas” y de “varones” manifestadas en los juegos: fútbol, muñecas; profesiones tradicionalmente femeninas o masculinas).

Si bien se visualizo por parte de los niños que conductas como el cuidado de los hijos y algunas tareas del hogar fueron manifestadas como tareas compartidas por ambos sexos en forma mas “natural” por ser observadas en sus padres y familiares.

Se observaron también algunas de estas actitudes en los estudiantes que realizaban estas actividades, aunque estas aparecían mas “solapadas” y en ocasiones eran manifestadas mediante bromas o en forma de “chistes” durante el análisis realizado con el docente de cada instancia, también se manifestaron las mismas a través de la dificultad para “enfocar” el tema a abordar o de no comprender por que estábamos realizando la actividad educativa en la escuela en un curso de Enfermería Materno Infantil.

Los maestros participaron de las diferentes actividades, con buenos aportes favoreciendo la continuidad del trabajo realizado por los estudiantes, algunos en forma mas comprometida y participando activamente, y en ocasiones continuando el abordaje de la temática o relacionándola con otras áreas del conocimiento impartido por ellas dándole un abordaje mas integrador.

Los problemas de salud sexual y reproductiva, de género, y la formación en valores no conciernen a un grupo específico de población si no que están en toda la trama social, en todos los grupos etarios y en todos los ámbitos, por lo que si se pretende mejorar la calidad de vida de la población, debe abordarse desde todas sus aristas y en las edades mas tempranas antes de que los problemas se hayan instalado.

Siendo así, consideramos esencial como integrantes del equipo interdisciplinario comprometernos en orientar la discusión y el trabajo hacia la creación de programas que refuercen los derechos sexuales y reproductivos, partiendo del análisis de sus necesida-

des e intereses, implementando políticas de salud acordes a la situación de la población objetivo, otorgándole al adolescente la real dimensión que sus problemas implican para el desarrollo como sociedad.

Para ello en primera instancia se requiere formar recursos humanos en el área capacitándolos continuamente partiendo del análisis previo de los valores y creencias que presentan y como esto puede proyectarse en la calidad de asistencia ofertada, integrando los recursos especializados del medio donde están insertos.

El establecer programas de educación sexual formal y no formal, así como la promoción de servicios integrales de salud reproductiva con un enfoque de género orientados hacia el cambio social y cultural, donde estén incorporados aspectos tales como información, orientación individual y familiar atención de niños y/o adolescentes víctimas de violencia sexual constituyen una de las estrategias básicas para alcanzar las metas en esta área. Coordinando con cada uno de los actores sociales que inciden en la vida del adolescente (padres, maestros, profesores, comunidad etc.), creando redes regionales.

Se requiere de esfuerzos sostenidos y no intervenciones aisladas, fortaleciendo de este modo la formación en los niños de valores, promoviendo una visión positiva de la sexualidad y la importancia de la equidad, respeto y solidaridad.

Debemos propiciar nuevas líneas de investigación y desarrollo de estudios sobre creencias, actitudes y comportamientos hacia la sexualidad, el aborto, menopausia etc., lo cual actuara de base en la construcción de nuevas leyes, normas y códigos sanitarios. Actuando en conjunto con los medios de comunicación sobre la perspectiva de género y su vínculo con la salud sexual y reproductivos, para fortalecer su papel como agentes de cambio

Por ultimo logrando el empoderamiento de adolescentes y jóvenes para ejercer y defender sus derechos humanos en particular los sexuales, siendo la enfermera profesional dentro de su área de competencia una facilitadora para el logro de los mismos.

Bibliografía

Collière, Marie Françoise, Promover la Vida, de la practica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de Enfermería, Ed.Interamericana,1993.
Kerouac, Suzanne y otros; El pensamiento Enfermero, Ed. Masson, 1995.
Gutiérrez, Daniel. “Salud Reproductiva: concepto e importancia”, Serie Paltex para ejecutores de Programas

de Salud N°39.OPS,OMS. Año 1996.

Family Care. Documento: “Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos, basado en acuerdos y convenios internacionales”.1996.

UNESCO-FNUAP, “Frente a los estereotipos de los roles masculinos y femeninos”, Programa regional de Educación en Población ,Año1985

OPS-OMS,FNUAP,Grupo de Cartagena, “Marco de referencia para la Enseñanza de la Salud Reproductiva”, Mayo 1994.

<http://www.ucm.es/info>, Programa “Crecer con derechos”, Coordinadores Del Proyecto: Prof. Fernando Gil / Prof. Gonzalo Jover, UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

www.comadrid.es/servicios_sociales , Todos los niños y las niñas tenemos derechos”.

<http://www.hsph.harvard.edu> , Conozcamos y Reconozcamos a las Niñas y a las Jóvenes ante los Compromisos de la Plataforma de Acción Mundial sobre la Mujer, presentado por Sol Suleydy Gaitán Pineda, Diálogo Mujer, Colombia, a la Reunión de ONG de América Latina y el Caribe y 8ª Conferencia Regional de la CEPAL sobre la Mujer, Lima del 5 al 10 de febrero, año 2000

www.crlp.org/esp_ww_iss_salud.html Salud y derechos reproductivos de la adolescencia, Centro de derechos reproductivos.

<http://www.paho.org> “Incluirán al hombre en programas de salud reproductiva en América Central” *Eugenio Gutiérrez, Oficina de Información Pública, Washington, DC (OPS), 13 de abril de 2000.*

4

VARONES, MASCULINIDADES Y ROLES REPRODUCTIVOS

Las prácticas de género y las prácticas excluyentes de los varones en el campo reproductivo

Dr. Carlos Güida *

LAS TRAMPAS DE LA ESENCIA

Si analizamos el lugar que se le ha dado en nuestro país al papel de los varones en el campo reproductivo - tanto en la producción académica como en los servicios de salud reproductiva, en la docencia y en la extensión universitaria -, será posible concluir acerca de la enorme asimetría en los esfuerzos por comprender las relaciones de género desde las masculinidades y las feminidades.

Es decir, la apuesta académica y las políticas y programas sociales para generar cambios en las relaciones equitativas de género, continúan centrando su atención en las mujeres y su empoderamiento. Mujeres en condición de pobreza, mujeres en sindicatos y cooperativas, mujeres en su condición de víctimas de la violencia de género. Y es así que se desarrollan actividades de muy buen nivel, indudablemente, desde diversos campos disciplinares y desde intervenciones gubernamentales, municipales y de las ONGs.

El “silencio masculino” se refuerza en la medida en que los varones son invisibles, inaprensibles, naturalmente ausentes en la inmensa mayoría de los programas y proyectos con enfoque de género, más allá de su enunciación (Güida, 2003).

* Médico. Coordinador de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género y Docente del Área de Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República (UDELAR). Fellow de ASHOKA – Emprendedores Sociales, coordinando el Programa "Varones, masculinidades y democracia". Coordinador del "Área Adolescentes, Género y Salud" de la Asociación Civil Gurises Unidos.

Entendemos que los esfuerzos dirigidos a problematizar las condiciones de inequidad y las relaciones de dominación/ subordinación - tanto en el campo académico como en las intervenciones comunitarias no han sido lo suficientemente removedores como para generar procesos de reflexión social acerca del papel de los varones en el cambio.¹

En todo caso, se espera que los varones modifiquen actitudes y prácticas, desde las buenas intenciones, un cambio meramente volitivo o sus niveles de resistencia apaciguados por los nuevos marcos jurídicos.

A nuestro entender, trabajar con varones y derechos sexuales y reproductivos implica no sólo abordar a sujetos que - en mayor o menor medida - se resisten a modificar prácticas en torno a la sexualidad, la reproducción y las relaciones de género, sino que simultáneamente requiere analizar e intervenir con instituciones que producen masculinidad hegemónica, a través de prácticas cotidianas consolidantes del imaginario social.

Es decir, siguiendo a Diane Almerás (Almerás, 2002), “a pesar del hecho que la situación concreta de cada vez más hombres no corresponde a los mitos masculinos, existe un consenso en los estudios de género – tanto del lado feminista como de los teóricos de la masculinidad – acerca de que la masculinidad estereotipada en el imaginario social se relaciona con instituciones como el poder, la jerarquía, el sexismo y la homofobia, que actualizan permanentemente el principio de su dominio, y que la revisión de los roles de hombres y de las mujeres involucra a las relaciones personales, la familia, el Estado y las relaciones globales”

Seidler (2000), citando a Nicholson (Nicholson, 1990), plantea que en un proceso de liberación, es necesario “distinguir entre teoría de poder sobre las mujeres (teorías que pueden incluir la subyugación de la mujer como otra variable a considerar) y teorías del poder para las mujeres (teorías que parten de la experiencia del punto de vista de los dominados). Esas teorías prestarían atención no sólo a las maneras en que las mujeres están dominadas, sino también sus capacidades, habilidades y virtudes; en particular, esas teorías emplearían tales capacidades, como guías para una transformación potencial de las relaciones de poder; es decir, para el empoderamiento de las mujeres.”

En ese sentido, el enfoque “Mujer en el Desarrollo” plantea que las mujeres pueden alcanzar niveles de autonomía creciente, simplemente aumentando su grado de participación social (fundamentalmente a nivel comunitario) y siendo asistidas a través de programas sociales (fundamentalmente programas focalizados). Pero subyace en la mayoría de dichas iniciativas una mirada que coloca eternamente a las mujeres en el lugar de la subordinación y no plantea la subversión ante las relaciones de dominación. Más bien

que las consolida, al mostrarnos una fragilidad naturalmente inmodificable de las mujeres y un dominio incuestionable - por natural - de la autoridad masculina .

Quizás el desafío consista en superar el enfoque “Mujer en el Desarrollo”, tal como lo plantean diversos autores (Moser, 1991; Levy, 1996; Güida, 2002) por el enfoque “Género en el Desarrollo”, concientes que dicha transición no es sencilla, pues implicaría dimensionar al género como categoría de análisis y apostar hacia un cambio paradigmático en contextos en los cuales aún no se ha transitado ni siquiera por el primero de los enfoques mencionados.

Los cambios sociales, culturales, subjetivos e intersubjetivos que se vienen produciendo - a nivel local, regional y global - a partir del desempleo, de la precarización de las relaciones laborales, de la creciente y relativa participación masculina en el cuidado de niños y niñas, modifican indudablemente la posición de los varones e inclusive configuran nuevas identidades en el complejo entramado subjetivo, cultural, económico, político.

Algunos avances a nivel regional y global, parecen empañarse ante los modelos de una masculinidad globalizada, visible en la lógica en la resolución de conflictos entre naciones - el belicismo unilateral, guerras preventivas, etc. - que se sostiene en fundamentos estrechamente conectados con el modelo hegemónico de masculinidad en Occidente y con principios religiosos e ideológicos que tienden a distanciarse de las posiciones equidad de género.

Las relaciones de producción, las políticas educativas y sanitarias, los marcos jurídicos en continuo movimiento en muchas sociedades, generan cambios en las relaciones de género y en la posibilidad de apropiación y ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de las mujeres.

Sin embargo, es poco probable pensar en el campo de los derechos sexuales y en los derechos reproductivos sin un marco conceptual complejo centrado en el género.

Asimismo, no se puede pensar a los varones y su relación con los derechos, sin cuestionar los marcos conceptuales desde los cuales se entiende la masculinidad dominantes. Los varones y sus derechos reproductivos son un campo por demás complejo, desde la dimensión política de las relaciones de género.

Las teorías esencialistas subyacen inclusive, en muchos de los planteos que pretenden posicionarse en el campo de los estudios de género. En lo referente a las teorías esencialistas en torno a la masculinidad, los aportes de Connell (Connell, 1997), son centrales para no extraviarse:

- su aporte relativo a que “la masculinidad no es un objeto coherente acerca del cual se pueda producir una ciencia generalizadora”

- su evidencia que “todas las sociedades cuentan con registros culturales de género, pero no todas tienen el concepto de masculinidad”

- asimismo cuando afirma que “la debilidad del enfoque esencialista es evidente: la elección de la esencia es bastante arbitraria. Nada obliga a diferentes esencialistas a estar de acuerdo, y de hecho a menudo no lo están. Las demandas acerca de una base universal de la masculinidad nos dicen más acerca del ethos de quien efectúa tal demanda, que acerca de cualquier otra cosa”.

- por último, nos aproxima una conceptualización de masculinidad: “en lugar de definir la masculinidad como un objeto (un carácter de tipo natural, una conducta promedio, una norma), necesitamos centrarnos en los procesos y relaciones por medio de las cuales los hombres y las mujeres llevan vidas imbuidas en el género. La masculinidad, si se puede definir brevemente, es al mismo tiempo la posición en las relaciones de género, las prácticas por las cuales los hombres y las mujeres se comprometen con esa posición de género, y los efectos de estas prácticas en la experiencia laboral, en la personalidad y en la cultura”.

INICIATIVAS REGIONALES, REFORMAS MODERADAS

A nivel regional se han producido interesantes movimientos en lo que hace a la posibilidad de intercambio académico y de experiencias auspiciosas en relación a las masculinidades:

En junio de 1998, se desarrolla la Conferencia Regional “*La equidad de género en América Latina y el Caribe: desafíos desde las identidades masculinas*”, organizada por FLACSO – Chile y el Fondo de Población de Naciones Unidas en Santiago de Chile.

En el mes de octubre del mismo año, en Oaxaca, México, se realiza el Simposio “*Participación masculina en la salud sexual y reproductiva: nuevos paradigmas*”, organizada por agencias de cooperación.

En octubre de 2003, se desarrolla la reunión de expertos sobre “*El rol de niños y hombres en la promoción de la equidad de género*”, organizada por la División por el Avance de la Mujer de las Naciones Unidas, ONUSIDA, OIT y PNUD.

Estas conferencias demuestran que existe una movilidad creciente en relación al lugar de los varones y las masculinidades, movilidad que hasta unos años atrás era prácticamente impensable. Asimismo, dan cuenta de las experiencias que se desarrollan en México, en Brasil, en Chile, en Nicaragua y en cierta medida, en nuestro país, por parte de ONGs y espacios universitarios.

Nos cuestionamos acerca de la permanencia y la profundidad de los cambios percibidos en la condición masculina por diferentes investigadores latinoamericanos: adaptaciones temporales al desempleo y al creciente empoderamiento de las mujeres, podrían constituirse en lo que se denomina en nuestro medio como una suerte de “achique” o “aguantar”. La “naturaleza” masculina, las prácticas fundantes de masculinidad hegemónica, de la virilidad y la hombría permanecen incuestionables en sus aspectos medulares, mientras se visualizan prácticas aparentemente más democráticas en las relaciones de género.

Las prácticas docentes e investigativas universitarias (UdelaR, 2002) y las prácticas de las ONGs, van llegando paulatinamente a incorporar el discurso de la equidad de género, e inclusive a cuestionar los roles clásicos del varón dominador. Un ejemplar en vías de extinción, un ejemplo de lo políticamente incorrecto. Basta analizar los documentos de diversas instituciones para encontrarse con el discurso sobre los condenables varones pobres, padres ausentes, parejas irresponsables, hombres violentos.

Pero, en la misma medida en que se cuestiona y se impulsa el empoderamiento femenino, se naturalizan las relaciones de poder – aspecto central en el concepto de género (Scott, 1988): los varones, según la mayoría de las propuestas deberían cambiar su función paterna, su rol reproductivo, su condición violenta. Una nueva forma de llegar a las teorías esencialistas: los varones son - genética, psicológica o culturalmente determinados - violentos e irresponsables.

En la medida en que la producción social - institucional de masculinidad hegemónica continúa prácticamente inalterable, cabe preguntarnos cómo es posible imaginar cambios en las relaciones de género, mientras se producen y reproducen relaciones tendientes a configurar prácticas de género que consolidan identidades y roles centrados en la trascendencia de lo masculino.

Mientras que el feminismo llama a un cambio profundo en el “hacerse mujer” (Burín y Meler, 2000) para lo cual se promueve modificar condiciones en el ámbito de lo público y lo privado, las apuestas hacia un cambio de tales dimensiones en torno a los varones parece improbable. En todo caso, algunos/as entienden que los varones se reacomodarán⁸, mientras continúan prácticamente inmodificables las relaciones que gene-

ran mecanismos de identificación con el modelo hegemónico (Gomensoro, Güida, Corsino, 1995).

El modelo de producción – reproducción se encuentra actualmente en crisis, debido a fenómenos de índole estructural (desempleo, nuevas modalidades de producción, acceso masivo de las mujeres al empleo) y en menor medida por cambios en los paradigmas sobre lo que implica ser sujeto (mujer o varón) productivo.

Sin embargo, en nuestra sociedad pervive en las instituciones, en los poderes del Estado, en la cultura dominante, la idea que “naturalmente” el cuidado de los otros, la crianza de niñas y niños y por lo tanto las tareas que hacen a lo doméstico corresponde a las mujeres. Esto abarca no solo a las madres, sino a las hermanas adolescentes, a las abuelas, tías y en realidad a toda mujer, ya que la maternidad permite vivir la experiencia central del ser mujer. Quizás por ello, implicará que las empleadas domésticas sean casi exclusivamente mujeres y su trabajo mayoritariamente próximo a la explotación.

Esta condición natural será paulatinamente cuestionada, en la medida en que los varones pueden colaborar, hacerse co-responsables en dichas tareas, aunque pervive que obviamente -cuestión de sentido común- la responsable última es la mujer. “Mala madre” no contiene el nivel de condena ni de significación que “mal padre”.

Si bien en nuestro país se registra un avance en cuanto al discurso en relación a la distribución de roles visible en estudios cualitativos y cuantitativos (Gomensoro, Güida, Corsino, 1995; Canzani, 1995, 2002), aún existe un trayecto extenso hasta la equidad.

VARONES EN EL CAMPO DE LA SALUD REPRODUCTIVA

Revisitando textos y documentos para este encuentro, escogimos algunos de ellos para iluminar nuestros planteos.

La Historia Clínica Perinatal (CLAP – OPS/OMS), es el sistema de registro oficial del Ministerio de Salud Pública para el embarazo, parto y puerperio. Pues bien, no existe en el formulario ningún dato sobre el padre. Un documento con carácter obligatorio a nivel nacional, elaborado por un organismo rector de políticas sanitarias a nivel de las Américas. La invisibilidad del registro paterno nos muestra el lugar asignado del varón en los procesos reproductivos y las prácticas sanitarias: no existe. Sólo en el ítem acerca de acompañante en el parto aparece la posibilidad de llenar un casillero en el cual puede figurar entre otras opciones: pareja, otro, familiar, ninguno.

Mucho más acá de la “influencia” de lo socialⁱⁱⁱ, determinados datos biológicos son trascendentes y ejercen una importante influencia sobre “el binomio” madre – bebe. Aspectos biológicos (que por supuesto son simultáneamente sociales) no son de consideración en el formulario: alcoholismo, trastornos genéticos hereditarios, entre otros datos que también serán de trascendencia para la salud materna y del bebe. Probablemente si alguien fundamentase a favor de la ausencia de datos sobre el progenitor, los argumentos se centrarían en el escaso espacio disponible en una página.

Justamente, similar línea argumental encontramos en lo referente a la dificultad para que los varones pudiesen participar en el proceso de parto y puerperio en los servicios públicos (Güida, 2003).

Otro ejemplo: durante el proceso de construcción de las recomendaciones para la atención de la salud reproductiva^{iv} en nuestro país, los aspectos centrales de la salud reproductiva masculina han sido inexistentes. En realidad, no existen servicios de salud reproductiva para hombres. Los varones son visualizados como posibles acompañantes/ facilitadores o por el contrario, como un obstáculo para que las mujeres accedan a los servicios.

Por último, deseamos compartir alguna de las conclusiones a las que llegamos a partir de la investigación *“Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas”* (López y otros, 2003). Entre los factores vinculados al lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas, desde la perspectiva de directores/as y técnicos/as, se destaca que, partir del análisis de las entrevistas que este campo no está visible en la consideración de los centros de salud. Por ello cuando preguntábamos acerca del lugar de los varones en relación a las prácticas sanitarias en los servicios de salud reproductiva, se generaba un silencio, una pausa entre reflexiva y de desconcierto. Ello se condice con una visión restrictiva de la salud reproductiva y la anticoncepción como campos asociados exclusivamente a la salud de la mujer. Asimismo, de la observación directa de los servicios se constata la ausencia de varones en las salas de espera, y la presencia de un número significativo de varones fuera del Centro de Salud “esperando a las madres”. Si se aproximan al espacio de consulta del Programa de Salud Integral de la Mujer, se genera una suerte de novedad en el funcionamiento de la sala de espera (la presencia de un varón en un “universo femenino”). Decimos pues que “la excepcionalidad de la situación del varón consultante, se reafirma con la inexistencia de pautas e instrumentos de registro específico para la consulta masculina que permitiera avanzar más allá de registrar el nombre de la usuaria que “manda” a su pareja a retirar las pastillas o los preservativos. Los varones, en su inmensa mayoría, no acceden al consultorio, son atendidos en la puerta. Desde algunos técnicos/as que muestran sensibilización hacia esta

problemática, se observa una concepción acerca del papel del varón en tanto “acompañante de las decisiones reproductivas de las mujeres”.

Asimismo, en el marco de una investigación en curso sobre “Representaciones sobre la paternidad adolescente en el sector salud” (Güida, C., Butler, G., 2003), es posible percibir imágenes contradictorias sobre el padre adolescente: “son pocos”⁶, no vienen “los que vienen asumen el cuidado”. Observemos el dispositivo de exclusión de los padres –adolescentes o jóvenes – en la participación en el posparto, a través de las palabras de un ginecólogo:

“Es lo que yo te decía: socialmente es la mujer la que crece más que el varón, porque siempre el varón tiene otro tipo de rol en este tipo de sociedades, con 14, 15 años agarra un carrito y sale a levantar cosas, a robar, a trabajar, lo que sea, ¿entendés? La mujer no. El varón socialmente ya ocupa un lugar, en cambio la mujer no lo ocupa, cuando se embaraza pasa a tener otro lugar. El varón sigue teniendo su lugar igual. Creo que socialmente creo que no es que crezca el varón. Para mí la que crece más es la mujer... ella pasó a ser de chiquilina a mujer”...

“A veces como te digo que hay muchos que no aparecen, no existen, también te digo que están otros que se preocupan y se pasan las noches sentados, pobres locos, en la puerta del hospital y tenemos internada a la madre por el bebé y ella está acostadita en la cama caliente y él está ahí abajo muriéndose de frío y comiendo lo que puede, sobre todo la gente del Interior y tienen que venir y quedarse acá y pasan 30 o 40 días ahí abajo... “a veces la chiquilina no tiene quien la cuide, quien la ayude, entonces, en el Hospital no pueden permanecer hombres fuera del horario de visita. Pero nosotros ahí hemos tenido, la Dirección lo abala, que, en los casos puntuales que yo les hago el pedido, convalidan el derecho de que puede quedarse el padre... no adentro pero sí en la salita de espera que está afuera y que la chiquilina sí lo necesita lo llama y esta ahí a la orden y tenemos muchos casos de esos.

- ¿Y en que caso evaluás, privilegiás?

- “La soledad, primero la soledad. Que no tenga una mamá, una abuela, una hermana, una prima, una amiga que venga a ayudarla y segundo las dificultades que pueda tener esa adolescente con el manejo del bebé. Con el tiempo hemos cambiado eso, antes éramos un poquito más estrictos por el tema que nos imponían a nosotros

“Hombres no”. No se olviden que son hombres y la sala está llena de adolescentes, andan medio desnudas, pueden estar dando teta, yo no sé la cabeza de la gente, viste, a veces la gente da para cualquier cosa....”

Desde la normativa institucional hasta los temores compartidos por el equipo de salud sobre lo que supuestamente piensan y supuestamente hacen los varones de sectores populares, el discurso apuesta a la exclusión. No se cuestiona las características locativas, que permitirían un mayor nivel de privacidad y un acompañamiento digno. La Ley de Acompañamiento en el Parto aprobada en 2001, al no explicitar la posibilidad de participación paterna, conspira contra la inclusión.

VARONES JÓVENES: SEXUALIDAD, IDENTIDAD, EXCLUSIÓN

Deseamos compartir, brevemente, algunas de las experiencias que venimos desarrollando, desde 1993, con varones, fundamentalmente adolescentes y jóvenes y en situación de pobreza económica. En el marco de un ciclo de talleres sobre sexualidad y salud reproductiva dirigido a varones de sectores populares⁷, les preguntamos acerca de lo que, en principio les resulta desconcertante, por pertenecer al campo de lo obvio:

- ¿“Qué significa ser varón?”
- “Máquina”.
- “¿Máquina? ¿Qué quieren decir con máquina?”
- “Máquina sexual!”.

Se articula una conceptualización del cuerpo, de la identidad masculina, de la sexualidad, del erotismo. La mayoría de ellos no utiliza preservativo, pues lo justifican desde la disminución de las sensaciones. Desconocen si alguna de sus parejas ocasionales quedaron embarazadas a partir de vínculos transitorios. A menos que exista una determinada voluntad de continuar el vínculo, el embarazo y el producto del mismo, no parece inmutarles a la mayoría de ellos. Es decir, un embarazo en esas condiciones no implica ningún tipo de compromiso pues, no se tiene ni se desea tener un registro del mismo.

Esta modalidad de involucrarse en relación a la anticoncepción y la procreación es similar a la que encuentran investigadores latinoamericanos, de acuerdo al intrincado proceso -subjetivo, social, de clase- mediante el cual los varones asumen las decisiones reproductivas.

Algunos investigadores plantean el carácter controversial y ambiguo de la denominada responsabilidad masculina (Olavarriá y Parrini, 1999): “Así, ser responsable puede significar priorizar el proyecto de seguir estudios universitarios sobre la relación con una mujer que presenta signos de fecundación; ser responsable es no aceptar la paternidad de un hijo habido de una relación extraconyugal; ser responsable es reconocer a un hijo aunque ello suponga poner el peligro la estabilidad de una familia constituida...” (Fuller, 2000)

En nuestro trabajo con adolescentes varones en situación de calle^{vi} fue posible constatar – desde una propuesta de investigación – acción, pensada desde la conceptualización del “sujeto sexual” y la metodología de los “guiones de género”^{viii} - como ellos entendían la paternidad en tanto un hecho relevante, una imagen paterna idealizada. En los hechos, el vínculo de estos adolescentes con sus padres durante la infancia y la adolescencia era, -al menos- conflictiva^k.

Fuera y dentro del espacio educativo, nominar al otro como “mujer”, en diversas expresiones (“*sos la mujer de...*”) era por demás frecuente. Ello lo confirmamos cuando una adolescente embarazada se dirige a uno de los muchachos y -con una expresión despectiva- le insulta: “*mujer!*”. Esto nos remite a la valoración que existe por parte de los y las adolescentes en situación de calle sobre las relaciones de género y de las posiciones de género, lo que no se desprende, momentáneamente del cuerpo y de la anatomía. La calle en el centro de la ciudad, espacio hiperpúblico, es masculina. Los tiempos y los códigos son masculinos. Para sobrevivir es necesario ser varón y adulto o por lo menos intentarlo. Más allá de la forma que tome el cuerpo, más allá del proceso de crecimiento y desarrollo. Nunca niño, nunca mujer, nunca puto. Los adolescentes reinventan una nueva masculinidad, lo que se devela en los guiones de género observados. Una construcción de masculinidad específica de los adolescentes varones en situación de calle, con características que remiten a su construcción dinámica y activa, a su carácter colectivo (Connell, 1998). En una ocasión, nos relatan que una adolescente madre salía en búsqueda de sustento, mientras un grupo de varones adolescentes cuidaba del bebe.

A partir de la sistematización de esta experiencia (Espiga, 2002) se concluye que la masculinidad de adolescentes varones en situación de calle, en la zona céntrica montevideana, se manifiesta a través de:

El lenguaje sexista e hipersexualizado

La presencia del otro (varón) como un cuestionador permanente de la propia identidad sexual y de género, a través de cuestionamientos continuos: “*sos la mujer de*”, “*aquel es la esposa de*”.^{*}

La agresión física como forma privilegiada para resolver los conflictos.

Las relaciones sexuales como una modalidad de dominio- sumisión sobre otro, tanto en las relaciones homo como heterosexuales (“*las mujeres prefieren relacionarse con homosexuales, porque no les pegan, porque son menos hombres*”).

Los actos de hurto, se asocian a una modalidad de demostración de virilidad, de pertenencia y liderazgo ante los grupos de adolescentes en situación de calle. El sentido de pertenencia a través de la configuración una identidad masculina de calle, así como por su capacidad de trasgredir normas sociales y de identificarse con otros varones adultos trasgresores.

La existencia de códigos que revelan valores de solidaridad y pertenencia al grupo.

La necesaria participación en rituales masculinos de confirmación de la pertenencia grupal y del liderazgo (utilización de sustancias psicoactivas y búsqueda de realidades alteradas para definir, entre otras necesidades, las relaciones de jerarquía).

Un aspecto que mereció espacios de reflexión para este equipo de educadores, fue la lucidez con la cual estos adolescentes logran explicitar las debilidades de la masculinidad hegemónica. A partir de una propuesta de collage: “Recorten y peguen varones, y si pueden háganlos hablar”, construyeron un mosaico de imágenes, fundamentalmente constituido por varones muy populares en los medios de comunicación. Colocaban en torno a las fotografías, dichos y diseños que apelaban a prácticas homosexuales de dichos personajes. Cuando en plenario explicaban las imágenes, se referían a ellos redoblando lo que para ellos es descategorizante. Uno de los educadores pregunta y alguno de ellos responde, con palabras similares a las siguientes:

- Pero, ¿realmente ustedes creen que Tinelli, Repetto y estos otros varones son homosexuales?

-Es lo único en lo que los podemos joder. Tienen plata, mujeres, autos. Ya sabemos que no son putos. Los podemos joder desconfiando de su sexualidad.

Queda explícito cual es el papel del cuestionamiento entre los varones. Un mensaje que en este caso, atraviesa fronteras, edades, clases sociales y generaciones. Ser varón es ser macho y hay que demostrarlo continuamente.

Así, un varón en situación de calle, que no culminó aún los estudios primarios tiene bien claro uno de los ejes que definen la masculinidad hegemónica.

ALGUNAS PROPUESTAS A CONSIDERAR:

- Los varones y mujeres que entiendan necesario profundizar académica y en el marco de las intervenciones sociales deberían considerar en profundidad los aportes académicos feministas y actuar en alianza con dichas organizaciones. El nivel de prejuicio contra el movimiento de mujeres, aún es intenso, mismo cuando sus planteos apelan a la democracia cotidiana y se posicionan como incluyentes de la transformación de la condición masculina.

- Considerar los roles reproductivos masculinos implicará una revisión de las disciplinas que aportan a la comprensión de los fenómenos poblacionales, sanitarios, sociológicos y por ende, de las propuestas en las políticas sociales, laborales, la organización de los poderes jurídicos y represivos del Estado, las políticas sanitarias.

- La necesidad - a nuestro juicio imprescindible- de un cambio paradigmático en las instituciones y programas que abordan la cuestión de “la mujer” y que acaban consolidando el dominio masculino, al naturalizar las relaciones inequitativas de género, producto de la esencia de los sexos.

Por supuesto, estas propuestas no se desarrollarán sino se cuenta con varones aliados que deseen protagonizar un cambio que construirá sociedades más justas, equitativas, solidarias.

Notas

i. En diálogo con mujeres que trabajan desde el enfoque de género, ante el cuestionamiento por la exclusión de los varones en la agenda, se nos dice frecuentemente "¿También tenemos que hacernos cargo que ellos cambien?"

ii. Arnaldo Gomensoro denominó a este cambio actitudinal y de las prácticas "reciclaje masculino" (Gomen-soro y otros, 1995)

iii. Recordemos que para la mayoría de las especialidades médicas, lo social aparece como un adendo, aspectos que influyen en un cuerpo eminentemente producto biológico. La pediatría quizás sea la disciplina clínica que mayor trascendencia le da a los antecedentes familiares y sociales.

iv. Dicho proceso comenzó en el año 1996 y se prevé su finalización durante el año 2003, en el marco del Programa Maternidad Paternidad Elegida y luego del Area Programática Mujer – Niñez del MSP.

v. En una encuesta presentada en el Congreso de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia por personal de sala de puérperas adolescentes del Centro Hospitalario Pereira Rossell, muestra que el 38% de los padres son adolescentes (Correa, De Castelli, 2003)

vi. Cursos de Capacitación Pre Laboral, Programa Projovent - Gurises Unidos - INJU , 2003.

vii. Espacio para Varones, Gurises Unidos. Equipo técnico: Hernán Espiga, Diego Barboza y el autor.

viii. Parte de la conceptualización de Vera Paiva sobre el sujeto sexual y la teoría de los "scripts" o "roteiros sexuais", e integrando elementos metodológicos de la educación popular y el sociodrama.

ix. De la misma manera, en ciclos de talleres con militares de bajo rango, pertenecientes a distintas unidades del Ejército, fue posible visualizar la imagen idealizada sobre el concepto de varón y de padre. Decían "Ser varón es ser la imagen del Creador", " Ser padre es una experiencia maravillosa". Talleres realizados en el amrc del Proyecto de Salud Reproductiva Maternidad Paternidad Elegida (MSP – FNUAP, 1997/2000).

x. Coincidentemente, Ondina Fachel (Fachel, 1999), nos aporta: la completa evidencia de la ordenación de la (s) masculinidad(es) como algo que está siempre en peligro y que, en lugar de ser jugada a su suerte, debe ser en todo momento defendida, nos remite a la figura del otro – con el (los) cual(es) se establece(n) la disputa y la contraposición, la diferenciación y la seducción, la defensa y la "acusación".

Bibliografía citada

Almerás, Diane (2002) - Políticas públicas para impulsar representaciones equitativas de lo masculino en el imaginario social – Ponencia en el Encuentro Políticas Públicas y Masculinidad – PUEG – UNAM. En edición. Burin, M; Meler, I. - (2000) Varones. Género y subjetividad masculina. Piados. Psicología Profunda. Buenos Aires.

Canzani, A. – Informe técnico de Equipos Mori para Riesgopaís. " Pulseadas domésticas. Roles Familiares". Revista Riesgopaís, N°2. 2003

Connell, Robert (1997)- La organización social de la masculinidad. Publicado en Masculinidad/es. Poder y crisis. Isis Internacional. FLACSO, Chile. Capítulo originalmente publicado en Masculinities. University of California Press. Berkeley, 1995.

Espiga, G Hernán (2002) - Ponencia en el marco del 1er curso internacional de educación en valores. "La Ciudad y la Educación en Valores para las Nuevas Ciudadanías. Un desafío ético-político en la construcción democrática." Montevideo.

Fuller, Norma (editora) (2000) – Paternidades en América Latina – Pontificia Universidad Católica del Perú. Gomensoro, A., Güida, C., Corsino, D. (1995)– La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje?- Editorial Fin de Siglo. Uruguay

Güida, Carlos (2002) - Equidad de género y políticas públicas en Uruguay: Avances y resistencias en contextos complejos. Ponencia en el Encuentro Políticas Públicas y Masculinidad – PUEG – UNAM. En edición.

Güida, Carlos (2003)– El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas. Revista N° 3 Tomo 6. Masculinidad. -AUDEPP

Levy, Caren (1996) – La telaraña de la Institucionalización de género. Universidad de Londres. Versión papel López Gómez, A. (coordinadora), Benia, W., Güida, C., Contera, M., Echebest, L. (2003) - Del enfoque materno infantil al enfoque en salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas. Edición Facultad de Psicología UdelaR - FNUAP. Uruguay

Moser, C. (1991) "La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género.", en Guzmán, Portocarrero y Vargas, V. (comp.) Una nueva lectura: género en el desarrollo, Flora Tristán, Perú.

Nicholson, L,. (1990) – Feminismo/ Posmodernismo. Nueva York, Ed. Routledge.

Olavarría José; Parrini, Rodrigo (editores) - Maculinidad/es: Identidad, sexualidad y familia. Primer Encuentro de Estudios de Masculinidad. FLACSO. Chile, 2000.

Seidler, Victor – La sinrazón masculina. Masculinidad y teoría social. Piados. Género y Sociedad. México, 2000. Universidad de la República (2002) – Los estudios de género en la Universidad de la República - Red de Estudios de Género. Uruguay.

Bibliografía Consultada

Documento – Declaración de Compromiso sobre VIH – SIDA – Sesión extraordinaria de la Asamblea General

sobre VIH – SIDA. 25 – 27 de junio de 2001. Publicado por el Centro de Información de Naciones Unidas en Portugal.

Olavarria, J y Moletto, E. (editores) (2002) Hombres: Identidad/es y Sexualidad/es.

FLACSO – Red Masculinidad/es. Chile

Schneider, Monique – Genealogía de lo masculino – Piados. Psicología Profunda. Buenos Aires, 2003

Universidad de la República (2003) – Los estudios de género en la Universidad de la República - Red temática de Estudios de Género. Documento de Trabajo de Rectorado N° 18. Uruguay.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Connell, Robert . Report of the online discussion – (2003) Paper presentado en Expert Group Meeting " the role of men and boys in achieving gender equality". DAW/ILO/UNAIDS/UNDP – Brasilia, Brasil

De Keijzer, Benno (1997)- El varón como factor de riesgo.: Masculinidad, salud mental y salud reproductiva. Publicado en "Género y salud en el Sureste de México". Tuñón, Esperanza (coordinadora).

Documento de OPS/OMS (2000)– Los varones y el SIDA. Un enfoque basado en consideraciones de género. Campaña Mundial contra el SIDA. Disponible en página WEB de OPS/OMS.

Figueroa Perea, Juan (1995) – Algunas reflexiones sobre la interpretación social de la participación masculina en los procesos de salud reproductiva . paper de la ponencia en el Seminario " Fertility and the Male Life Cycle in the Era of Fertility Decline" International Union for the Scientific Study of Population. Zacatecas. México

Fondo de Población de Naciones Unidas (2002) – Estado de la Población Mundial 2002. Población, pobreza y oportunidades. Editado por FNUAP.

Greig, Alan - HIV Prevention with Men: Toward gender equality and social justice. (2003) Paper presentado en Expert Group Meeting " the role of men and boys in achieving gender equality". DAW/ILO/UNAIDS/UNDP – Brasilia, Brasil

Hannan, Carolyn (2003) – Gender Mainstreaming: some experience from the United Nations. Paper en el marco de la Conferencia "Gender mainstreaming: a way towards equality. Swiss Agency for Development and Cooperation". Berna, 2003.

Intendencia Municipal de Montevideo - Comisión de Equidad de Género / Comisión de la Mujer (2002)– Plan de Igualdad de Oportunidades y Derechos para la Ciudad de Montevideo

Jalmert, Lars - Some Swedish and Scandinavian Experiences. Paper presentado en Expert Group Meeting " the role of men and boys in achieving gender equality". DAW/ILO/UNAIDS/UNDP – Brasilia, Brasil

Lang, James - Envolving the gender agenda – men, gender and development organisations - (2003) - Paper presentado en Expert Group Meeting " the role of men and boys in achieving gender equality". DAW/ILO/UNAIDS/UNDP – Brasilia, Brasil

Lewis, Linden - Gender tension and change in the contemporary Caribbean.(2003) Paper presentado en Expert Group Meeting " the role of men and boys in achieving gender equality". DAW/ILO/UNAIDS/UNDP – Brasilia, Brasil

Ministerio de Salud Pública (2003) – Normas de atención integral de la salud en la adolescencia. Uruguay.

Naciones Unidas (2003) – Objetivos del milenio. Bases para la discusión nacional. Uruguay

Szasz, Ivonne (1999) - Algunas reflexiones sobre la sexualidad de los hombres a partir de los estudios de masculinidad. Publicado en Salud Reproductiva y Sociedad. El Colegio de México. Año 3. N° 8.

UNESCO (1997) – Report of expert group meeting " Male roles and masculinities in the perspective of culture af peace" – Oslo.

Algunas reflexiones desde dónde pensar los roles reproductivos de los varones

Ps. David Amorín *

Cualquier intento de lectura, indagación o análisis del fenómeno reproductivo en los varones hoy, nos remite necesariamente a la dimensión más amplia de las subjetividades masculinas.

A riesgo de caer en la obviedad, de todos modos debemos definir las masculinidades actuales considerándolas en situación de crisis, por ende sujetas a dramáticas transformaciones.

Los cambios impactantes en las condiciones de vida, fundamentalmente desde la mitad del siglo XX en adelante, han promovido nuevas formas de malestar y padecimiento subjetivo, desestabilizando áreas determinantes de la identidad como los roles familiares, la sexualidad y el mundo del trabajo. En estas tres dimensiones, les cupo históricamente a los varones un papel determinante. Ser varón y cumplir con los estereotipos prescriptos, implica instalarse en una zona de alto riesgo donde queda comprometida la salud en general y la salud mental en particular.

Lo que parecía ser un empoderamiento que se auto-reforzaba (incluso con la complicidad de las mujeres) brindando beneficios a quienes de él se valían, ha dado muestras de haberse transformado en un aparato que amenaza con matar a su inventor.

* Psic. David Amorín Fontes. Prof. Agdo. de Psicología Evolutiva. Integrante de la Red Temática de Estudios de Género. Facultad de Psicología. UDELAR. (cdamorin@psico.edu.uy)

La crisis de las masculinidades, fenómeno macro de inscripción socio-histórica, deviene crisis vital singular y se encarna esencialmente como crisis evolutiva de la adultez (entendida en su expresión más amplia).

Esta crisis, potencialmente riesgosa por las pérdidas que conlleva imprimiendo insoslayablemente un trabajo de duelos a los aparatos psíquicos masculinos, y desequilibrando una homeostasis reaseguradora, también constituye, por lo menos, una triple oportunidad: 1) permite al sujeto ubicarse desde una óptica crítica y auto-crítica potencialmente re-significadora de lo vivido; 2) desasirse de estereotipos y entrapamientos simbólicos que imprimen un padecimiento sordo pero efectivo por sus efectos destructivos y 3) desplegar el ejercicio de nuevos roles, propiciando innovadoras formas de existencia, que vayan permitiendo exorcizar los fantasmas que habitan el mundo masculino, habilitando paulatinamente un acercamiento más sensible a las mujeres, niños y jóvenes y ancianos.

Ya no es válida aquella lógica que tomaba al adulto de género masculino, occidental y blanco como paradigma y modelo de madurez y normalidad, así como erigía al “HOMBRE” como representante de la especie humana toda. Esta brutal metonimia, corolario de una dinámica de poder que ha acompañado el desarrollo de la civilización desde sus mismos albores - hoy en plena mutación - comienza a ser deconstruida de la mano de nuevas problematizaciones acerca de las complejas relaciones entre varones y mujeres. Las preocupaciones inherentes a los nuevos problemas de las masculinidades toman dimensión global no quedando meramente circunscriptas a América del Norte y Europa Occidental, encontrándose investigaciones y debates en todo el mundo. Así, por ejemplo, “UNESCO (1997) auspició una conferencia sobre masculinidad, violencia y pacificación que convocó a participantes de Rusia, Europa Oriental y otras partes del mundo y, además se creó una asociación internacional dedicada a realizar estudios sobre los hombres” (Connell. 1998), la IASOM (International Association for Studies of Men).

Es insoslayable la necesidad de solicitar auxilio a la perspectiva de género para dar marco al problema de la condición masculina hoy y a la problemática más específica del rol reproductivo de los varones.

La noción de género está llamada a transformarse en una herramienta teórica transdisciplinaria dado que su formulación se enriquece permanentemente con conceptualizaciones provenientes de muy diversos campos del saber (historia, economía, sociología, psicología, psicoanálisis, biología, etnología, antropología, genética, filosofía, ciencias políticas, etc.)

En tanto categoría socio-cultural de adscripción a atributos, el género no está determinado al modo de una relación causa-efecto lineal por el sexo del sujeto en cuestión, pero se abrocha significativamente con él.

Al respecto, nos parece vigente la expresión “sistema sexo-género” utilizada por J. Money (1982) médico endocrinólogo estudioso de las problemáticas determinadas por el hermafroditismo, verdadero pionero en estas cuestiones.

El género, producto cultural al modo de un plus de significaciones producido por las diferencias anatómicas entre los sexos, crea un universo de sentidos, a la vez simbólico e imaginario, al que no puede sustraerse ningún sujeto, quedando así entrapado en complejas lógicas legitimantes y/o excluyentes.

Las diferencias somato-morfológicas y anátomo-genitales, serían el significante corpóreo al cual se adhieren significados socio-históricos al modo de atravesamientos constitutivos de la identidad singular y colectiva, inscriptos en el self.

Históricamente, los estereotipos socio-culturales de asignación de atributos, roles y funciones a hombres y mujeres, reservaron dos espacios bien diferentes para cada uno, “(...) se diferenciaban claramente dos áreas **de poder**: para los hombres, el poder racional y económico; para las mujeres, el poder de los afectos en el ámbito de la vida doméstica y de la familia nuclear”. (Burin y Meler 2000) (Las negritas me pertenecen).

Es necesario, para comprender la complejidad de estos problemas, intentar algunos cruces entre sexualidad y poder, así por ejemplo, tal como lo plantea A.M. Fernández (1999), queda claro que “en los varones la de-construcción del ejercicio cotidiano del poder patriarcal, implica poder registrar la trampa histórica que significó apropiarse del erotismo de las mujeres. Ella se “entregó”, pero él nunca puede fallar. Si él no la completa, siempre y en cualquier plano de la vida y absolutamente, ella lo denigrará. Y aquí ella no tendrá ningún temor al protagonismo; amor y odio, admiración y envidia, dependencia y exigencia serán componentes infaltables en sus posicionamientos frente al otro “sexo”. El complejo sentido de juego determinante de la distribución del poder entre los géneros, definió comportamientos precisos para varones y mujeres a lo interno de los grupos familiares. El varón quedó atrapado en la responsabilidad de proveer en varios planos, “(...) en consonancia con las representaciones de masculinidad (potencia, actividad, fortaleza, inteligencia)” (Wainerman, C. 2003) En contrapartida, los estereotipos exigidos para la mujer confirmaban el modelo de femineidad que hoy parece estar en franca mutación: “(...) suavidad, pasividad, debilidad, afectividad”. (ídem).

Nótese, que con la caída de los ideales que sustentaron la modernidad, el énfasis puesto en la razón como atributo princeps para el acceso de la humanidad al progreso ha perdido sustento, y que, por otra parte, las transformaciones que viene sufriendo el mundo del trabajo (bastión y valuarte de la masculinidad desde siempre, pero en franca crisis de un tiempo a esta parte) generan niveles de incertidumbre económica, miedos a la exclusión nunca antes conocidos, y sensaciones de fuerte inseguridad frente a la paulatina abolición de la división sexual del trabajo.

De lo anterior se desprende que los grandes pilares que, entre otros, sostenían la subjetividad del varón se caen a pedazos estrepitosamente, volviendo el suelo que apuntala lo masculino cada vez más frágil y movedizo, con el consiguiente malestar, sufrimiento y padecimiento.

De hecho, “(...) el feminismo, la cultura adolescente y el movimiento gay crecieron con gran fuerza en la última parte del siglo XX. Los tres movimientos se constituyeron criticando lo que de machista o de *adulto-sólo masculino* tuvo el antiguo régimen”. (Di Segni Obiols, S. 2002).

La masculinidad que se imprime en las representaciones sociales que asignan atributos al varón, está fuertemente impregnada de la problemática del poder y la autoridad. Es, a nuestro juicio, preponderantemente este segundo aspecto el que se ha fracturado estructuralmente, produciendo una brecha por donde ha comenzado a resbalar aceleradamente la subjetividad de los varones.

IDENTIDAD DE GENERO

Si bien adherimos a la perspectiva compleja que lleva a suponer la existencia de diversas masculinidades con derecho propio dentro de la amplia categoría conocida como “identidad de género masculino”, vale la pena indagar acerca de cómo se entiende esta última, dado que de ella dependen, ni más ni menos, los atravesamientos subjetivos que definen las formas de percibir, sentir, pensar y hacer de los varones, y por ende los dinámicos psico-sexuales y el ejercicio de roles reproductivos.

En aras de desmarcarnos de una posible reificación que cristalice una identidad al modo de categoría estanca que define subjetividad, debemos hacer énfasis en la existencia de procesos evolutivos permanentes a lo largo de todo el ciclo vital, los cuales pre-disponen lógicas identificatorias que dinamizan toda la existencia del ser en situación: más que ser, se trata de “ir siendo”.

En el desarrollo, es aproximadamente a mediados del segundo año cuando se establece para el niño y la niña un sentimiento estable de pertenecer a una u otra categoría “varón o mujer”, en franco desfase con el acceso a la genitalidad instaurada por una identidad sexual diferenciada, la cual cobra definición durante el tormentoso tránsito por el momento evolutivo de la adolescencia.

Cabe destacar el relevante papel que cumplen en las identificaciones tempranas los actores de la crianza del niño y la niña, enmarcados en lo que tradicionalmente se ha descrito como funciones materna y paterna, categorías que hoy están en revisión, justamente a la luz de los aportes de los estudios de género entre otros.

Al respecto, algunos autores aluden a la idea de un proceso de “androgenización”, que atenuaría, paulatinamente, los estereotipos que contraponen las prácticas y discursos femeninos con las prácticas y discursos masculinos. Esta polaridad tendería a “suavizarse”, dando por resultado una identidad de género menos estereotipada.

Es este mismo decurso identificatorio el que asegura el desarrollo, consolidación y cohesión del aparato psíquico, el cual “(...) debe adueñarse del cuerpo así como lo hace con el mundo, y ese proceso está mediatizado por las actitudes y por el discurso de los cuidados primarios”. (Burin y Meler 2000). Allí se erige la esencia de lo que R. Stoller (1968) denominó “núcleo de la identidad de género”, que aproximadamente se establecería hacia los 18 meses de edad.

La revolución femenina que ha permitido a las mujeres desmacarse paulatinamente de los estereotipos culturales a ellas adosados - en un movimiento de deconstrucción-construcción que ha sacudido los pilares mismos de la civilización (occidental para el caso) - ha acontecido a un ritmo tal que los otros componentes del sistema familiar no han podido reubicarse ante las transformaciones de la subjetividad femenina. Es como si niños, adolescentes, hombres adultos y ancianos, corrieran confusos y angustiados, vertiginosamente y a los tumbos detrás de las importantes y necesarias nuevas dinámicas de empoderamiento que la mujer ha ganado justamente y por derecho propio.

El disloque de roles intra-familiares, de la mano de los cambios en la subjetividad femenina, produce cortocircuitos en la estructura, siendo imprescindible una saludable redefinición de los ejes que sostienen el imaginario relativo a las categorías de mujer, madre, esposa, trabajadora, etc.

Uno de los pilares que definían femineidad desde los albores de la civilización fue el relativo a la maternidad y las funciones a ella adscriptas casi monopólicamente.

Es innegable que tales transformaciones no pueden sino impactar en el centro mismo del proceso de desarrollo de los hijos, formulando problemas que aún no comprendemos totalmente, dado que en la “(...) transformación que experimenta la representación del hijo para las mujeres, el riesgo no es tanto la captura del infante sino su abandono. Muchos niños comenzarán a evidenciar los efectos de carencias tempranas, en cuanto forman parte de una generación para la que las madres han acotado su función y los padres aún no tomaron el relevo. La presencia del padre, la participación paterna en la crianza resulta hoy en día más necesaria que antes (...)”. (Meler 2000).

Esta dramática reubicación de roles que se juega sobre la base de restituir una homeostasis padre-madre jaqueada fundamentalmente desde antes de mediados del siglo XX, agrega nuevas ansiedades mientras los varones se ven obligados a ensayar nuevos códigos afectivos en el contacto con sus hijos.

E. Sullerot nos recuerda (citada por Olivier 1995): “El padre pertenece al segundo sexo parental, el que menos cuenta, el que viene en segundo término, el que no parece indispensable para el niño (...) Incluso en los hogares unidos donde padres e hijos viven juntos, definir hoy el rol del padre no es cosa fácil. Mucho más inseguro sobre su estatuto que hasta hace poco, el padre parece a la búsqueda de su territorio propio (...) Se pregunta si no tiene también él el derecho de cuidar maternalmente. Vacila. Y la sociedad vacila en definirlo”.

Ahora bien, la identidad de género implicaría entonces un posible cruce entre erotismo materno-filial y atravesamientos colectivos de género en tanto la madre, entendida como sujeto de deseo moldeada por su propio desarrollo afectivo-sexual, al estar inserta en la cultura, y ser producto del momento histórico que le tocó vivir, asume los soportes de la identidad femenina privilegiados culturalmente, determinantes de ideales genéricos internalizados a través de procesos identificatorios.

El género como atributo propio y ajeno, constituye uno de los componentes de la imagen de sí desde muy temprano en el desarrollo (aunque más no sea bajo la forma de estereotipos de rol habilitados y/o proscriptos) y es anterior a las identificaciones secundarias pos-edípicas. Por ende, la construcción del aparato psíquico, de alguna u otra forma estará influenciada por esta identidad de género incipiente.

Tempranamente, el infante recibe de su entorno (conformado por hombres y mujeres adultos y adultas que detentan identidades sexuales y de género) señales fundantes que lo confirman como niña o varón, las más de las veces en una lógica binaria, disyuntiva y de polos opuestos “o...o”.

Al decir de Volnovich (1996) “es el código de género, (...) el que es incorporado precozmente y el que, sin duda, está ligado al sexo anatómico y a los estereotipos existentes en el contexto familiar y social que recibe al *infans* en rosa o en celeste; pero, seguramente, está también determinado por el proceso de apropiación, la estructura cognitiva y la construcción de los primeros símbolos. Trabajo que la niña y el niño realizan muy tempranamente no solo en función de los esquemas de acción (conducta instrumental con los objetos inanimados) que la estructura habilita, sino en función de los esquemas de interacción con las personas de su entorno; personas que -junto a los servicios higiénicos y alimentarios - les aportan claves masculinas o femeninas que el *infans* descubre, reconstruye, y que se inscriben como identificaciones primarias”.

Estas identificaciones primarias encuentran su materia prima en ambos progenitores, pero por vicisitudes de la crianza, es la madre la que provee mayores insumos al respecto. De todos modos, este mecanismo fundante de la subjetividad se nutre de las identificaciones proyectivas que se ponen complementariamente en juego en ambos padres.

Este proceso está presente ya antes del nacimiento, vehiculizado por el discurso de los padres y otros adultos significativos, y en las fantasías y expectativas que se forjan en torno al nuevo ser por venir.

De esta forma, aprendemos en las interacciones cotidianas a percibir, pensar, sentir y actuar como varones o como mujeres, en un entramado complejo que implica variables biológicas, de género, afectivo-sexuales, cognitivas e ideológicas (todas ellas matizadas por atravesamientos étnicos, de clase, etc.).

Los adultos significativos operan con pautados y codificados estilos de crianza bien diferentes para niños y niñas. Los varones son pasibles de ser tratados de manera más brusca, asertiva y menos tierna que las niñas, lo cual va impregnando las expresiones y reacciones del cuerpo desde los primeros momentos.

Así, por ejemplo, basta decir que las expresiones relativas a la sexualidad y a la agresión (dos comportamientos directamente vinculados a ambas pulsiones constitutivas del ser humano) se presentan - en todas las culturas - de forma absolutamente distinta para el caso de hombres y de mujeres. Para los primeros están habilitados y legitimados, dentro de ciertas pautas, ambos registros, en cambio para la niña y la mujer caen bajo esquemas inhibitorios y limitantes.

Es bien claro lo que acontece respecto de las expresiones hostiles y agresivas que, desde algunas líneas de pensamiento provenientes de perspectivas socio-biológicas, se presen-

tan como dependientes de factores genéticos ligados al tenor hormonal y a la masa muscular. En realidad, dichas expresiones van siendo aprendidas al cabo del proceso de socialización mediante el cual se construyen niños y niñas, tránsito que va moldeando las subjetividades en consonancia con las pautas culturales legitimadas y valoradas. “En el desarrollo genérico temprano de niñas y varones, será propio del desarrollo de los varoncitos que coincida la necesidad de autoafirmación con el despliegue de la hostilidad hacia otros, en tanto que la observación en las niñas revela que sus movimientos de autoafirmación se disocian del ejercicio de la hostilidad”. (Burin 2000).

En este aspecto, queda bien en claro la interconexión compleja entre los distintos ámbitos del desarrollo, así por ejemplo, el proceso de socialización definirá pautas específicas para el desarrollo psicomotriz, y a la vez, ambos estarán en estrecha implicación recíproca con los flujos libidinales y tanáticos dependientes del desarrollo pulsional relativo a la dimensión afectiva-sexual.

Al parecer, son los varones adultos los que evidencian más marcadamente las diferencias en el contacto corporal, lenguaje, límites, etc. a la hora de relacionarse con el o la infante. Esta necesidad de demarcar distancias entre ambos sexos ya desde los momentos tempranos de la vida, es mayor en los hombres respecto de las mujeres, dando cuenta probablemente de que en el varón se mueven mayores ansiedades en relación al riesgo de confusión o desdibujamiento de las diferencias.

Dado que tradicionalmente la civilización ha adscripto a la mujer la tarea de hacerse cargo casi monopólicamente de los cuidados inherentes a la crianza de bebés y niños pequeños, (reservando un papel periférico al hombre - clásicamente considerado torpe para estas cuestiones -) tanto niñas como niños se enfrentan a una poderosísima referencia identificatoria con su madre, fundante de lo que Stoller (1968) denominó “protofeminidad”.

Tal propuesta subvierte la afirmación freudiana tan difundida acerca de una condición masculina inicial en el desarrollo afectivo-sexual de la niña.

La evidencia de una temprana interacción simbiótica estructurante entre madre e hijo, y las identificaciones fundantes de allí surgidas, han llevado a planteos teóricos relativos a los complejos derroteros que debe seguir el varoncito para devenir “masculino”.

Al respecto, R. Greenson (1968) , insiste en la necesaria des-identificación de la madre como componente fundamental para acceder a la identidad de género masculino.

Parece más adecuado suponer que el proceso mas saludable a seguir por el varón sería, más propiamente, el de la asimilación e integración no conflictiva de los elementos femeninos inherentes a la identificación temprana con la madre, que la des-identificación. La relación simbiótica con la madre, donde ésta y su bebé poseen (parafraseando a J. Mc. Dougal) “un cuerpo y un psiquismo para dos”, envuelve al infante varón en un mundo femenino que configura el zócalo de su identidad, situación que estructura parte de lo que luego podría pensarse como una serie de “formaciones reactivas” y “transformaciones en lo contrario” que irán abonando el proceso de constitución de la subjetividad masculina adulta. Este carácter varonil, despliega todo su cortejo de estereotipos de género mantenidos a raja tabla, so riesgo de evidenciar cualquier indicio de comportamiento femenino (este último revestido de características negativas, devaluatorias, estigmatizantes, y promotor de intensas angustias y ansiedades). Lo femenino se transforma, para el varón en una categoría fuertemente ego-distónica.

Visto de esta forma, la identidad masculina sería secundaria y se erige como negativo de los matices de género adosados a lo femenino: **masculino** sería igual a **no femenino**.

Es notoria la censura social (fundamentalmente administrada por los propios varones) que se ejerce sobre los hombres que evidencian rasgos femeninos en su comportamiento gestual, estilo de comunicación, actitudes para con los demás, lenguaje, etc. El fantasma que se agita en relación a los núcleos femeninos de la masculinidad es el de la homosexualidad.

Al respecto, en un debate sobre masculinidad y femineidad, Z. Luria (1979) planteaba “(...) que la manera extrema que tienen los varones de estereotipar sus roles sexuales refleja un mayor uso, en una etapa temprana de su vida, de estereotipos de los roles masculinos que de estereotipos de los roles femeninos. La presión social sobre los chicos, el miedo a parecer unos gallinas reduce la gama de roles que puede representar el muchacho”.

De todos modos, habría que desarrollar en extenso en qué consisten las identificaciones primarias a las que está ligada la formación del yo, y analizar si los aspectos interiorizados teñidos de fantasmas arcaicos y primitivos relativos a una imago materna en construcción tienen carácter de femenino o masculino en sí mismos, en su propiedad de insuños identificatorios para el aparato psíquico y la identidad. No olvidemos que esta madre temprana es - para el bebé - onnipotente, todo poderosa, completa, etc. De allí el peso del yo ideal precoz en estos primeros tiempos de diferenciación del self. Estas características de la imago materna incipiente parecen correlacionarse con atributos que, imaginariamente, la cultura adscribe preferentemente a la masculinidad.

Otro momento con características estructurantes en cuanto a sexualidad, género y roles reproductivos, lo constituye la adolescencia, tiempo crítico durante el cual los varones consolidan dinanismos que pautarán fuertemente sus patrones y lógicas de comportamiento de allí en más, “investigaciones de calidad con varones adolescentes de América Latina, Asia, Norte América y África subsahariana hacen pensar que los patrones que ven a las mujeres como objetos sexuales, al sexo como algo orientado a la representación, y utilizan la coacción para obtener sexo a menudo comienzan en la adolescencia y siguen en la edad adulta. (...) lo que a menudo se llama el “guión sexual”. (Barker 2000)

Es importante a este respecto el fenómeno de la iniciación sexual. Dicho acontecimiento tiene valor como rito de tránsito hacia la hombría, a la par que confirma al adolescente y consolida su identidad sexual y el posicionamiento en el grupo de pares. Estos elementos escamotean la sensibilidad con que se vive la situación íntima.

En última instancia, todos estos derroteros desde el nacimiento y aún antes, hasta el final de la adolescencia, constituyen el carril por donde ha transitado la construcción del cuerpo masculino, este eje de lo masculino, tiene innegable participación en el ejercicio de los roles reproductivos. “En los procesos de género, la vida cotidiana se ordena en relación con la reproducción, definida por las estructuras corporales y los procesos de la reproducción humana. Dicho ámbito incluye la excitación y las relaciones sexuales, el parto y el cuidado de los niños, las diferencias y similitudes sexuales a nivel corporal y, por lo tanto, es un ámbito que está constituido por la materialidad de los cuerpos”. (Conell 1998)

El cuerpo se produce justo allí, en la encrucijada virtual entre biología y cultura, para devenir pluralidad y contrastes. Muchos cuerpos habitan la subjetividad a modo de conglomerado complejo donde se disparan distintas dimensiones que coexisten dialógicamente: el cuerpo orgánico anátomo-biológico; el cuerpo como esquema gnoso-práxico; el cuerpo erógeno; el cuerpo orificial; el cuerpo imaginario; el cuerpo simbólico; el cuerpo psicológico; el cuerpo semiótico; etc. No debemos olvidarnos, además, que “cuando nos enfrentamos al cuerpo humano, en el sentido de la humanidad de un cuerpo, lo que aparecen son sus escrituras. (...) todas las marcas gestuales y decorativas (peinado, pintura, vestimenta, etc.) (...)” (García 2002)

En definitiva, la sexualidad masculina y todo su cortejo de roles inherentes, está atravesada por el género; el cuerpo; y el deseo inconsciente que define sexualidad.

Desde que S. Freud postulara un nuevo estatuto para la sexualidad humana, desabrochándola de lo instintivo y lo genital, y remontando sus orígenes ontogenéticos hacia lo más arcaico del sujeto, ya nada ha vuelto a ser lo mismo.

La sexualidad - como el cuerpo, el psiquismo, la identidad y la relación con los otros - se construyen trabajosamente y siempre al límite de la precariedad que promueven los azarosos avatares de la vida, a la sombra de la incertidumbre.

Para el caso de los varones - como vimos - al parecer las cosas son mucho más complejas de lo que suponíamos. Ya no es la niña/mujer la que detenta el monopolio de tener que transitar derroteros peligrosos en un supuesto viraje de zona y de objeto para finalmente devenir personaje en un escenario heterosexual, cuyo precursor más remoto lo constituye el vínculo homosensual con su madre; la senda masculina se encuentra empedrada de obstáculos diversos.

Todo el desarrollo ontogenético del niño hasta el final de la adolescencia, podría considerarse algo así como un largo ensayo general durante el cual se va dibujando el personaje que actuaremos como adultos a la hora de jugarnos en nuestros roles reproductivos y en especial en la paternidad.

PATERNIDAD

En realidad, la paternidad implica el ejercicio de, por lo menos dos roles categorizables como reproductivos: 1) desde el punto de vista biológico, el rol de genitor; 2) desde el punto de vista emocional, el rol inherente al ejercicio de la función paterna, pretendidamente garante de la inclusión del niño y la niña en la cultura, por la vía del proceso de socialización, verdadero dispositivo ideológico con mecanismos tendientes a la repetición y la inercia.

La figura del padre, forjada trabajosamente durante siglos, comienza a desmoronarse estrepitosamente a lo largo del siglo XX, arrastrando consigo los fundamentos mismos de la identidad masculina. Esta fractura crítica tiene proporciones universales en tanto que “figura clave de la familia tanto como de la sociedad civil, el padre domina con su estatura la historia de la vida privada a lo largo del siglo XIX. Semejante figura del padre no es únicamente católica, es también protestante tanto como judía o atea. Y no es exclusivamente burguesa, es profundamente popular”. (Ariès y Duby.1992).

Lo anterior nos permite suponer que estamos (siguiendo esta moda apocalíptica desde donde tendemos a pensar los fenómenos epocales) ante el fin de la era patriarcal. Dicho fenómeno conlleva alteraciones en las dimensiones de autoridad y poder tanto en lo macro como en lo micro-social.

Tal realidad nos interpela y, confesémoslo, nos confunde hasta niveles insospechados. La sobre-implicación a la que quedamos sometidos nos obliga a intentar comprender estas transformaciones aproximándonos cuidadosamente. Debemos preguntarnos, siguiendo a D. Gil (2002): “¿Qué padre es el que ha desfallecido? ¿Qué familia se ha desorganizado o está en vías de perecer?” (...) Si las categorías de real, simbólico e imaginario *mantienen su vigencia*, equiparar declinamiento de la función imaginaria del padre con el decaimiento de la función simbólica sería incurrir en el mismo tipo de error de creer que porque en una sociedad matrilineal el padre no cumple esa función, ella no se cumple de ninguna manera”. Para este autor, ha caído “(...) el padre en su dimensión imaginaria y muchas veces terrible”. (idem)

Sin que podamos precisarlas claramente, es evidente que comienzan a gestarse nuevas formas de paternidad, las cuales se van corriendo hacia funciones tradicionalmente adscritas al ejercicio del “maternaje”. Innovadoras sensibilidades masculinas se presentan tímidamente ante los hijos y ante las mujeres, en lo que sería mas propiamente una hibridación: lógicas anteriores se asimilan recíprocamente con las nuevas. El riesgo es que “los nuevos varones tendrán la capacidad de llorar y continuar dominando” tal como nos dice C. Güida (2003)

Son muchas las paradojas que amenazan a los padres hoy, varios términos del clásico conflicto generacional se han alterado sustancialmente: la deuda simbólica se ha invertido, hoy somos los padres los que necesitamos una moratoria psico-social (tal como postuló E. Erikson para pensar la adolescencia) para dar cuenta de qué hemos hecho con el mundo (prácticamente en vías de extinción) que entregamos a nuestros hijos; somos los adultos quienes aprendemos de los jóvenes frente al vértigo tecnológico que inunda nuestra cotidianeidad con aparatos, máquinas, etc. en esta cultura del zapping y del video-clip; bajo la presión del imperativo de la cultura juvenil, la adolescentización y el terror a la vejez ser adulto ya no es ideal ni modelo, los padres quieren parecerse a sus hijos.

¿En qué medida le será posible al padre no renegar de su investidura, pero dando nuevos destinos a su poder, ya no utilizándolo como báculo de dominación y sometimiento, sino como garante de creatividad e innovación constructiva?

“El varón adulto, diezmado por las grandes fisuras que fueron resquebrajando los ideales que habían sostenido su poder, fue interiormente abdicando paulatinamente del ejercicio clásico de la paternidad, “(...) renunciaron a convertirse en los mentores de la próxima generación e intentaron a cambio ser sus camaradas, si no también sus pares”. (Bettelheim.1978).

Creo que el compromiso ético de los varones pasa por animarnos a mirar de frente nuestro propio mundo afectivo, como preámbulo para sostener - en la pluralidad, la asimetría habilitante y la precariedad con la que vivimos en un mundo cada vez más injusto - un lugar recíprocamente solidario para con nuestros hijos y nuestras compañeras.

Bibliografía

- Ariès, Phillipe y Duby, George (1992): Historias de la vida privada tomo 7, Taurus, Madrid.
- Barker, Gary (2000): ¿Qué ocurre con los muchachos?. Organización Mundial de la Salud. Ginebra.
- Bettelheim, Bruno (1978): En “Adolescencia y aprendizaje”, Winter, G. D., Nuss, E. M. Paidós. Bs. As.
- Burin, Mabel (2000): “La hostilidad: modalidades de procesamiento propias de la masculinidad”. En Varones. Género y subjetividad masculina. Paidós. Buenos Aires.
- Burin, Mabel y Meler, Irene (2000): “Género: Una herramienta teórica para el estudio de la subjetividad masculina”. En Varones. Género y subjetividad masculina. Paidós. Buenos Aires.
- Connell, Robert (1998): “El imperialismo y el cuerpo de los hombres”. En Masculinidades y equidad de género en América Latina. Teresa Valdés y José Olavaria (eds.) FLACSO. Santiago de Chile.
- DI Segni Obiols, Silvia. (2002): Adultos en crisis. Jóvenes a la deriva. Ed. Novedades Educativas. Buenos Aires.
- Fernández, Ana Mª. (1999): Orden Simbólico. ¿Orden político?. [http // www.psiconet.com.ar](http://www.psiconet.com.ar).
- García, Javier (2002): “Escrituras y lecturas del cuerpo”. En El cuerpo en Psicoanálisis. T. 1. A.P.U. Montevideo.
- Gil, Daniel y Nuñez, Sandino (2002): ¿Por qué me has abandonado?. Trilce. Montevideo.
- Greenson, Ralph (1968): “Disidentifying from mother”, Inter. Journal of Psycho-Analysis, 49.
- Güida, Carlos (2003): “El papel de los servicios de salud reproductiva en la consolidación de las masculinidades hegemónicas”. En Masculinidad. Revista de A.U.DE.P.P. Trilce. Montevideo.
- Luria, Zella (1979): “A propósito de la psicología diferencial de los sexos”. En El hecho femenino. ¿Qué es ser mujer?. Obra colectiva bajo la dirección de Evelyn Sullerot. Ed. Argos Vergara S.A. Barcelona.
- Meler, Irene (2000): “Los padres”. En Varones. Género y subjetividad masculina. Paidós. Buenos Aires.
- Money, John (1982): Desarrollo de la sexualidad humana. Morata. Madrid. 1995.
- Olivier. Chistiane (1995): Los hijos de Orestes o la cuestión del padre. Nueva Visión. Buenos Aires
- Stoller, Robert (1968): Sex and Gender. Jason Aronson. Nueva York.
- Volnovich, Juan Carlos (1996): A 20 años del encuentro entre psicoanálisis y género: apuestas iniciales y desafíos actuales. Exposición realizada en las II Jornadas de Actualización “Femineidad-Masculinidad. Nuevos Sujetos y sus Prácticas, del Foro de Psicoanálisis y Género. A.p. de B. A.
- Wainerman, Catalina. (2003). “Padres y maridos. Los varones en la familia”. En Familia, trabajo y género. Un mundo de nuevas relaciones. Wainerman, C. (Comp.) Unicef. Fondo de cultura económica. Buenos Aires.

Masculinidad, sexualidad y violencia

Factores de riesgo para la salud reproductiva de las mujeres

Ps. Elina Carril*

INTRODUCCIÓN

La sexualidad humana es una construcción en la que intervienen factores socio - históricos, culturales, subjetivos y políticos que por la propia complejidad en su constitución se constituye en un terreno propicio para observar y estudiar las diferencias de poder entre los géneros. Es a partir de Foucault (1979) que podemos comprender cómo las formas de control socio- institucional de las prácticas sexuales se encuentran vinculadas a dispositivos específicos de poder. En la sociedad patriarcal, la sexualidad se define en un contexto de dominación – sometimiento y la violencia es una de esas manifestaciones de las diferencias de poder, ya que ésta es usada como instrumento de dominio de un sujeto sobre otro.

La sexualidad enmarcada en las relaciones de dominio, toma las formas de acciones violentas cuyos efectos son devastadores en la subjetividad y la salud reproductiva de las mujeres. La frecuencia con que la violencia de los varones contra la mujer se expresa en la sexualidad se asocia a las modalidades hegemónicas de la masculinidad y convierte a la sexualidad en un factor de riesgo que tiene consecuencias negativas no solo para su salud, sino para las personas –habitualmente las mujeres- con las cuales conviven o man

* Psicóloga, psicoanalista. Prof. Asistente de Psicoanálisis, Docente Asociada Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género, Facultad de Psicología (UDELAR). Integrante de la Red Temática de Estudios de Género (UDELAR)

tienen relaciones íntimas. Se dibuja así un trazo que permite asociar las formas dominantes de masculinidad, con la sexualidad como instrumento de poder.

Es mi propósito, detenerme en ese trazo señalado que vincula masculinidad, sexualidad y violencia. ¿Cómo podemos explicar estos fenómenos? Se hace necesario interrogarse y proponer explicaciones que tomen en cuenta todos los factores que intervienen, es necesario entonces, el recurso a diferentes disciplinas, y asimismo utilizar un paradigma que no recurra a explicaciones simplificantes, sino que incluya la complejidad (Morin, 1994). Desde el marco teórico del psicoanálisis y género - y desde esta perspectiva, la masculinidad- no podemos dejar de considerar la multidimensionalidad del ser humano en tanto unidad biológica, cultural y psicológica. Tampoco debemos perder el punto de vista de que es parte de una cultura y al mismo tiempo, productor de esa cultura, que es objeto y sujeto. El observador mismo, sujetado a sus propias pautas culturales, está incapacitado para ser un investigador totalmente objetivo. Cada nuevo conocimiento, a la vez que devela, va creando nuevos interrogantes generadores de incertidumbre, de incapacidad para lograr la certeza o de formular una ley general. (Allegue; Carril, 2000) Desde esta perspectiva, el entrecruzamiento de los estudios de género con la teoría psicoanalítica, lejos de significar una simplificación reduccionista, agregan una nueva mirada que complejiza aún más, la comprensión sobre la constitución del psiquismo y de la subjetividad. (Allegue, Carril; 2000)

MASCULINIDAD COMO CONSTRUCCIÓN SOCIAL

Le debemos a las teorizaciones feministas, las definiciones sobre patriarcado, entendido como la institucionalización del dominio masculino sobre las mujeres y los niños dentro de la familia y la ampliación de ese dominio sobre las mujeres, a la sociedad en general. El patriarcado, no sólo se constituyó como un sistema de poder de los hombres sobre las mujeres, sino de jerarquías de poder entre distintos grupos de hombres y también entre diferentes masculinidades.

El rasgo común de las formas dominantes de la masculinidad contemporánea es que se equipara el ser varón con tener algún tipo de poder. Foucault ha señalado que el poder, siempre está presente en la subjetividad de varones y mujeres, porque interviene de entrada en la constitución de la subjetividad y determina y significa sus deseos. El poder, no existe como algo universal o concentrado, sí cuando se pone en acción y se expresa en las relaciones. Estas relaciones de poder están enraizadas en lo social y no excluyen el uso de la violencia. Las relaciones entre los géneros, por las condiciones de desigualdad y dominación / subordinación, son por lo tanto, un campo privilegiado para visualizar los

vínculos entre masculinidad, sexualidad y violencia. La equiparación de la masculinidad con el poder, es planteada a su vez por Bourdieu (1998) para quien ser un hombre, es encontrarse en el inicio en una situación que implica poder, de tal manera que concluye que la “ilusión viril”, es el fundamento de la libido dominante.¹

La modernidad y el patriarcado, han producido, como sostiene R. Connell, (1987) formas hegemónicas de masculinidad social. En cualquier sociedad existen múltiples masculinidades y feminidades, pero hay una versión de la masculinidad que es dominante o “hegemónica. Destaca este autor que las masculinidades practicadas por la mayoría de los hombres no se corresponden con este ideal, pero que ésta igualmente y aun a costa de sufrimientos, es un ordenador que resulta de gran eficacia simbólica. La razón principal es que : la mayoría de hombres se benefician de la subordinación de las mujeres, y la masculinidad hegemónica es la expresión cultural de esta ascendencia” (Connell: 185).

Las representaciones sociales sobre la masculinidad, no son homogéneas y varían según la cultura, el momento histórico, las clases sociales y los distintos momentos de la vida, Eso autoriza a hablar de “masculinidades” en plural, lo que no impide que aun en la diversidad de formas, los varones de diversas culturas comparten el imperativo de demostrar constantemente su virilidad. Los estudios antropológicos sobre la masculinidad (Gilmore, 1994; Godelier, 1986; Stoller y Gerdt, 1992) pusieron de relieve que la virilidad no está en relación directa con los atributos anatómicos masculinos, y que además la masculinidad una vez adquirida, exige por parte de los varones un continuo ejercicio para sostenerla. Estos formatos de masculinidad, están incorporadas en la subjetividad de los hombres y son constitutivos en parte de su identidad – de género- masculina.

El estereotipo tradicional de masculinidad impone a los hombres sacrificios y la mutilación de una parte de su humanidad. Un hombre “auténtico” debe estar absolutamente seguro de no contener ni un rasgo de femineidad, por lo tanto se le pide que abandone una parte de sí mismo. En nuestra cultura, la masculinidad se mide en términos de éxitos, poder y de la admiración que pueda provocar. Autonomía, independencia, autosuficiencia y asertividad, son cualidades que se transmiten y fomentan en el varón desde que es pequeño, a través de múltiples canales. Los ideales de masculinidad prevalentes en nuestras sociedades han girado en torno a la destreza y fuerza física, capacidad y cualidad de penetración, potencia, fortaleza emocional. Mientras que para la mayoría de los hombres es simplemente imposible cumplir con los requisitos de los ideales dominantes, éstos mantienen una poderosa y a menudo inconsciente presencia en la subjetividad de los varones. Los varones en Occidente, han aprendido a manejar sus vidas a través de la razón y tienen temor del caos y desorden de la vida emocional. Están tan acostumbrados a controlar sus emociones a través de la supresión

de las mismas, que muchas veces quedan inhabilitados para sentirlos. Les es más familiar la rabia, el enojo. (Carril, 2001)

Sostenía en otro trabajo que: “para el relato psicoanalítico tradicional, aún con la variedad de escuelas y teorías, hacerse hombre no parece en todo caso una tarea con un plus de complicación, algo así como un valor agregado a la ya compleja tarea de devenir sujeto, persona. La masculinidad sobreviene de hecho” (Carril, 2003: 10-16) La sexualidad femenina le indica a Freud el camino que la niña debe seguir, para adquirir la plena femineidad.ⁱⁱ La teorización sobre la sexualidad masculina no llega al mismo resultado, ya que no hay reflexión explícita sobre la masculinidad.

SEXUALIDAD

La sexualidad ha sido abordada y explicada por diferentes disciplinas: biología, psicología, psicoanálisis, antropología, sociología, entre otras. Cada una de ellas describe y explica ciertos comportamientos, prácticas y hábitos que involucran el cuerpo. Pero la sexualidad a su vez, designa relaciones sociales, ideas, moralidades, discursos y significados socialmente construidos; que se ejercen en íntima relación con las nociones de dominio, enajenación y exclusión.

La sexualidad humana no se agota en el apareamiento con vistas a la reproducción, de ahí que las explicaciones que ponen el acento en nuestra condición animal, no pueden dar cuenta de los múltiples caminos que tenemos los y las humanas para satisfacer el deseo sexual. Freud intentó convencer como lo sexual irrumpe desde el inicio de la vida y se plantea cómo identificar un deseo sexual en un comportamiento tan alejado de lo sexual como el chupeteo la ternura fraterna o el afán de investigador. Esta sexualidad infantil de inicio polimorfa en sus objetos y vías de satisfacción, va a encontrar un límite: el que le plantea la ley cultural de prohibición del incesto o como lo señala con acierto S. Bleichmar “la prohibición que la cultura ejerce para poner coto a la apropiación del cuerpo del niño como lugar de goce del adulto”.(Bleichmar: 1). El otro límite es la diferencia de los sexos.

El psicoanálisis no puntúa su interés en la sexualidad sobre la biología corporal o las prácticas y sus disfunciones, sino que a partir del corte radical freudiano en que la separa de la genitalidad y la reproducción, el énfasis estará puesto en como y de qué manera, el infante humano deviene un sujeto sexuado. En los comienzos de la vida y en el vínculos con sus objetos primordiales, surge una sexualidad que en sus orígenes no es ni femenina ni masculina. Cito nuevamente a S. Bleichmar quien sostiene:

“Es esta formulación acerca de una sexualidad primaria, prematurada a partir de la intervención del otro sexuado provisto de inconsciente, el aspecto más significativo de la perspectiva psicoanalítica y junto a ella, el hecho de que haya sido puesto de relieve la insuficiencia de criterios biológicos, sociológicos de modo aislado para dar cuenta de la asunción de la identidad sexual, la cual toma un carácter universalmente problemático en virtud de la función decisiva que toman los fantasmas subyacentes, siempre contradictorios(...)” (Bleichmar:7)

La sexualidad humana que es esencialmente traumática en sus inicios y por sus orígenes, comprende un movimiento dialéctico en tanto contiene la pasión amorosa y la exaltación, pero también la agresividad y la negatividad. El encuentro con el otro, genera placer y odio y esta dicotomía, propia de la actividad humana, estará en la base de todas las formas de sexualidad (Mc. Dougall, 1998). Esta ambigüedad fundamental, así como las vicisitudes históricas, económicas, políticas y culturales contemporáneas, determinan los cambios en la vivencia y conceptualización de la sexualidad. Las formas que cada cultura define y prescribe acerca de lo que es masculino -y que proscribe lo que no es-, se expresan en ideas, creencias, actitudes, mitos –de los que no escapa la ciencia- que preceden al recién nacido. Los formatos de género, pues, están ahí y se van haciendo propios a través de los procesos identificatorios. La identidad de género masculina (Stoller, 1977) surge a través de la intersubjetividad y en la interacción con los otros significativos y sus avatares se entrecruzan con los de la sexualidad.ⁱⁱⁱ La masculinidad es entonces un principio organizador de la subjetividad (Dío Bleichmar, 1985) e incluye el deseo sexual. Las fantasías que sostienen las prácticas sexuales son producto de complejos entramados cuyos orígenes podemos remitirlos a la historia sexual infantil, pero que también se articulan con la ubicación del hombre y la mujer en la cultura y los discursos que desde allí se enuncian sobre la sexualidad de ambos.

La virilidad, como sinónimo de varón, se ha centrado en la potencia y desempeño sexual y en la capacidad reproductora. Por su sexo y su actividad sexual, el hombre toma conciencia de su identidad y de su virilidad. Quizás lo más importante que debe saberse acerca de la sexualidad masculina es que está íntimamente vinculada a la identidad de género masculina. El desempeño físico exitoso de la sexualidad masculina es esencial para la confirmación de la masculinidad de los hombres. Símbolo de la omnipotencia o de la más extrema debilidad, el pene, metonimia del hombre, es también su amo tirano (Badinter, 1992). La parte legaliza al todo, ya que ésta es lo que lo define. La actividad sexual confirma el narcisismo de género: un hombre es un hombre cuando tiene erecciones.^{iv} Es explicable entonces, que cualquier dificultad con su pene, genere sentimientos de humillación y desesperación, como signos de la pérdida de la masculinidad.

Una de las cualidades del discurso dominante sobre la sexualidad masculina es que ésta se define por su desempeño y potencia. En nuestra cultura, todavía tienen vigencia algunos mitos acerca de la sexualidad de los varones: que son los que más saben sobre el sexo, que tienen más deseo sexual o que éste es irrefrenable. Se hace necesario indagar cuáles son las representaciones que los hombres tienen respecto de su propia sexualidad y de la sexualidad femenina, prestando especial atención al papel que dichos mitos tienen en la construcción de la mismas. La clínica psicoanalítica es el escenario privilegiado para el despliegue de estas representaciones, pero requieren que los y las psicoanalistas, abandonen ciertas premisas tomadas como verdad, para poder repensar por ejemplo una teoría psicoanalítica sobre la sexualidad masculina, Los aportes recientes de S. Bleichmar (2002) o de I. Meler (2000) van en ese sentido.

En los relatos de los hombres heterosexuales acerca de su experiencia de sexo con las mujeres, que provienen de mi experiencia clínica y de estudios provenientes de las ciencias sociales, es significativa la importancia que tiene para los varones el no poder tener un desempeño sexual apropiadamente masculino: “usted no sabe lo que significa para un hombre, no funcionar en la cama”, me relataba un paciente que venía padeciendo desde hacía un tiempo una disfunción eréctil. Cualquier falla en el desempeño masculino (pérdida de la erección o, en particular, ausencia de erección) es experimentada por los hombres, en términos profundamente genérico, plantea la amenaza de la pérdida de su hombría y provoca, en muchos, humillación y desesperación.

En la literatura sobre sexualidad masculina, se reitera que los varones asocian una actividad sexual intensa con la masculinidad, valoración que es consistente con el modelo hegemónico. Los estudios realizados indican que entre los hombres, cualquiera sea su condición, está ampliamente presente la idea de que el deseo sexual es un “instinto”, determinado biológicamente como en todo animal, que no lo pueden controlar, y los lleva a conquistar y poseer mujeres para penetrarlas, incluso cuando tienen pareja y conviven con ella. (Kimmel 1997, Kaufman 1997, Szasz 1997;). Al atribuir su sexualidad a un instinto animal -fenómeno fisiológico- la razón no puede controlar el cuerpo y el deseo y los hombres no se hacen responsables de su conducta sexual. Dice Badinter(1993), que la imposibilidad de cumplir con la norma mítica de la fuerza, la potencia y el dominio de sí, hace que se vivan como hombres fallados.

La investigadora argentina Graciela Infesta Domínguez, ha estudiado los significados presentes en el imaginario colectivo en torno a la masculinidad y la forma en que estos se relacionan con las representaciones masculinas socialmente dominantes respecto de la sexualidad y los derechos reproductivos de mujeres y hombres. “El estudio que se realizó con grupos de varones de diferentes edades y condición social, mostró diferencias

significativas en tornos a las representaciones sobre la sexualidad masculina y femenina - lo que reafirma la necesidad de cruzar al género con otras dimensiones. Fueron los grupos de varones más jóvenes tanto de sectores medio altos o bajos, como aquellos de mediana edad del estrato alto, los que mostraron una mayor apertura frente al cambio de las mujeres, pero aun así algunas de las opiniones son reveladoras de cómo operan en el imaginario masculino las representaciones sociales sobre la mujer: “Lo que hay que buscar es que tu mujer sea tu amante, tu mujer y la puta... y ahí te sentís hombre” (45-55 años, estrato medio-alto). Los varones entre 45 y 55 años que pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, son los que evalúan en forma negativa los cambios en las conductas de sexuales de las mujeres, debido a que predomina en ellos la doble moral sexual. Así, para este grupo, el hecho de que la mujer tenga mayor iniciativa sexual hace que sea retratada casi como una prostituta o una mujer de hábitos promiscuos e infiel por definición y, en este sentido, las más jóvenes llevan la peor parte. Asimismo, son los que poseen representaciones más tradicionales en el campo de la sexualidad.

EL SEXO DE LA VIOLENCIA O LA VIOLENCIA EN EL SEXO

En un trabajo anterior, sosteníamos que “la violencia puede ser comprendida como cualquier acto que produzca una transformación en un proceso “natural” determinado, por lo que cualquier situación en la que este proceso se interrumpa y/o se transforme, se podría visualizar como una acción violenta. Implica un interjuego de fuerzas propio de las relaciones sociales, dinámico, complejo y no conlleva en sí mismo una valoración negativa.” (Carril, E. y Molas, A. 2003: pp. 227-232) Otro sentido del concepto de violencia que nos remite a un registro de valoración negativa, es el que alude al acto de intromisión, de violación de los límites del otro. Así planteado, resulta fácil asociar que la dimensión valorativa de la violencia como tal, se relaciona con la propiedad y los bienes. Elementos que también se encuentran asociados a la formación de la familia como organización social específica. La violencia, entendida como la cristalización de relaciones de fuerza que se juegan en la preponderancia de una parte y el sometimiento de la otra, puede ser visualizada en cualquier momento de la historia de la humanidad. (Carril, Molas, 2003)

Esta violencia, debemos diferenciarla del acto violento, aquel que se desarrolla basado en el desequilibrio de poder y que se juega en el cuerpo y en la subjetividad del otro produciendo algún tipo de daño. El acto violento implica el dominio de un ser humano sobre otro, sustentado sobre una indiscriminación ilusoria, que reniega de toda diferencia, desconsidera al sujeto y tiende a anular la singularidad del mismo. (Carril 2000) La violencia entonces, tomará la forma de **abuso de poder**, que se expresa bajo distintas for-

mas y se manifiesta en forma diferente en sujetos, grupos e instituciones y en cada sector socioeconómico. Sus significaciones han variado de acuerdo al momento histórico y a la cultura de que se trate.

Si bien en la violencia intervienen factores impulsivos, a su vez está ligada a una fuerza intencional, planificada, para coaccionar, abusar, someter a una o varias personas o a la sociedad en su conjunto (Allegue, Batista et al 2002). En la violencia contra las mujeres por ejemplo, ésta no resulta –sólo- de un deficiente control de los impulsos: son acciones deliberadas.

El origen de la hostilidad masculina ha tenido y tiene muy variadas explicaciones.

Las hipótesis que ligán la potencialidad violenta en el hombre, con factores biológicos –mayor proporción de hormonas masculinas, mayor masa muscular- las centran como el fundamento último de las conductas violentas, como si existiera en la conformación del cuerpo masculino un impulso natural hacia la acción violenta. Estos argumentos, naturalizan aquello que en realidad es producto de la cultura: las representaciones sociales y su apropiación subjetiva, y los roles asignados culturalmente a mujeres y varones. No es por lo tanto un impulso biológico, lo que dispondría a los varones –por esencia- a usar la sexualidad como instrumento de dominación. Estas hipótesis son objetables en la medida en que se interpretan condiciones como si fueran relaciones de causalidad, se ofrecen modelos animales –que a su vez son controvertidos- y se parte de una noción estática y a priori de los que es natural (Magallón Portoles, 1998). Como dice Dona Haraway (citada por Magallón) “la naturaleza es algo construido, construido históricamente, no se descubre desnuda en un lecho de fósiles o en una selva tropical”. “La biología marca su presencia, pero no determina en un todo, la conducta violenta, no explicaría por ejemplo que no todos los varones son violentos o maltratadores, aunque todos tengan testosterona.

Algunos estudios sobre la violencia en los varones destacan la relación que existe entre género y violencia; cómo el modelo patriarcal hegemónico de la masculinidad posibilita, naturaliza y legitima la violencia de los hombres. El afán de dominio sobre otros hombres y las mujeres, la competitividad entre varones, el poder que ejercen sobre las mujeres, la represión de las emociones y la empatía son factores que se asocian a los mandatos de la masculinidad hegemónica.

Los discursos dominantes han establecido una relación entre sexualidad, violencia y poder. Estas representaciones modelan conductas y valores diferenciales para cada género y minimizan y trivializan el binomio sexualidad masculina/ violencia, (la violencia

como metonimia de la potencia sexual masculina) que a su vez se asocia a la persistencia de una significación imaginaria asociada a la erotización del vínculo violento, en el que la violación o el ataque sería un escalón más – aunque condenable- de una suerte de sadomasoquismo “natural” (Carril, 2002) El encuentro sexual se imaginaria como aquel en el que la violencia forma parte del juego erótico y es deseada tanto por el hombre como por la mujer. Esta imagen se sostiene mediante el enunciado que define a la mujer - desde Eva hasta la fecha- como un ser de alta y peligrosa potencialidad erótica, que se propone como objeto de deseo del varón y que utiliza esta capacidad de seducción para sus propios fines, aún a costa de su sometimiento. Sin embargo, un análisis no ideologizado de las vivencias y relatos de las mujeres violentadas, nos indica que no es Eros quien escribe el guión de la escena sexual violenta. Este no implica desconocer que, como sostiene Irene Meler “la violencia sexual, drama en el cual los varones desempeñan en su mayoría el papel de victimarios y las mujeres el de víctimas, revela de modo siniestro con cuánta facilidad el deseo erótico se intrinca con la pulsión de dominio, o más aún, con la destructividad aniquiladora”.(2000:3)

A las explicaciones sociales o culturales sobre la asociación de la agresividad y la violencia con la masculinidad, se pueden proponer otras explicaciones, por ejemplo las que provienen de la teorización psicoanalítica acerca del surgimiento de la hostilidad, su lugar en la constitución del psiquismo y los diferentes destinos que toma en varones y mujeres.

Mabel Burín (1987, 2000) ha realizado un interesante trabajo acerca del destino del deseo hostil en las mujeres de nuestra cultura. La pulsión hostil o agresiva, que surge en la temprana infancia, en la etapa anal-sádica del desarrollo psicosexual infantil, sucumbe en las niñas al trabajo de la represión, lo que no sucede en los niños. Es en la puesta en acto de esta pulsión, donde, se juegan los movimientos activos y pasivos, de dominar-dominarse-ser dominado. La pulsión de dominio –en la base del deseo hostil- pone de relieve lo intolerable de las diferencias –con el otro significativo, que en nuestra cultura es la madre- y promueve la ruptura de los vínculos identificatorios, es por lo tanto un deseo que se contrapone al deseo fusional.

La violencia sexual ha sido y es un instrumento para someter, doblegar y disciplinar a las mujeres en todas las culturas y en todos los tiempos, pero también ha sido usada para doblegar a otros hombres. En culturas homofóbicas y de normativa heterosexual, como las nuestras, la penetración anal a otro varón, es utilizada como una forma de humillarlo, debilitarlo y demostrar la capacidad de dominio.

En las relaciones heterosexuales, el varón requiere apropiarse del cuerpo de la mujer y también de su deseo y actividad. La búsqueda sexual no es solamente una búsqueda de

placer, sino un intento de colmar ansiedades, de aumentar la autoestima, de confirmar la masculinidad y de dejar en ese cuerpo, las marcas del dominio.

La sexualidad masculina, así practicada, tiene gravísimos efectos para las mujeres, a lo que se agrega la resistencia de muchos hombres a usar el preservativo asumiendo su responsabilidad anticonceptiva y profiláctica. Señalemos algunas: contagio de infecciones de transmisión sexual del VIH/SIDA, sífilis, gonorrea, clamidia, virus papiloma humano (vinculado al desarrollo de cáncer cérvico uterino, etc.), embarazos no deseados (que pueden terminar en abortos clandestinos e inseguros), maternidades forzadas (lo que refuerza la dependencia y la indefensión). Las secuelas son igualmente graves en la salud mental, tales como síndrome de estrés post traumático, depresión, insomnio, adicciones y comportamientos autodestructivos (alcoholismo, consumo de drogas, etc.) y dificultades en la vida sexual futura.

El modelo hegemónico es pues un factor de riesgo para la salud de las mujeres, pero también para los varones. La misma masculinidad así entendida lo constituye, ya que ser un hombre “como dios manda”, a menudo se convierte en un obstáculo para que los hombres asuman una actitud responsable en su vida sexual. Los ideales de género coinciden con las necesidades y deseos narcisistas, pero atentan contra la salud mental o la integridad física.

Notas

i. S. Freud, que por su parte fundamentó la existencia de bisexualidad psíquica para ambos sexos, sostenía que la libido es masculina.

ii. No me detendré en este artículo en el forzamiento teórico y altamente ideologizado de la propuesta freudiana sobre los caminos de acceso a la femineidad, cuyas consecuencias teóricas, clínicas y éticas aun tienen efecto no sólo sobre el psicoanálisis sino lo que es más grave, sobre quienes acuden a él, buscando respuestas a sus sufrimientos. S. Bleichmar (2001, 2003) sostiene que hay en la obra freudiana formulaciones que han trascendido su circunstancia epocal, pero que otras, al confrontarlas con la cultura, resultan obsoletas y operan como un lastre de la teoría.

iii. No me es ajena la problematización que sobre el concepto de identidad se ha venido desarrollando, tanto desde el pensamiento postmoderno, el feminismo o el psicoanálisis en su versión lacaniana, quien cuestiona la existencia de un yo monolítico en tanto éste es producto de una construcción imaginaria. Judith Butler (1993) sostiene que pensar a la identidad de género como invariante es efecto de narraciones discursivas que no pueden ver lo diverso aun dentro de lo aparentemente homogéneo.

iv. No sucede lo mismo con las mujeres. Una mujer, aún en la actualidad, para no ser vista como "fácil",

deberá acotar sus experiencias sexuales. En este caso, en lugar de una confirmación narcisista de género, hay una herida; como sostiene E.Dío Bleichmar (1985): "la pulsión ataca al género".

v. Infesta Domínguez, Graciela. Comenzando a descifrar el misterio: el compromiso del varón en la salud reproductiva- Centro de Estudios de Población (CENEP) –Argentina.

vi. Haraway, Donna J (1991). "Ciencia, cyborgs y mujeres. La reinención de la naturaleza". Madrid, Cátedra, Col. Feminismos, 1995, p.177. En: Magallón Portoles, Carmen. "Sostener la vida, producir la muerte: estereotipos de violencia y género" En: Fisas, Vicenç (ed)1998. El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia. Barcelona, .Icaria, Antrazyt. P. 102.

Bibliografía

- Allegue, Rosario y Carril, Elina, et. al (2000) “El género en la construcción de la subjetividad. Un enfoque psicoanalítico”. En: De Souza, L: Guerrero, L. Y Muñiz, A. (comp.) *Femenino - Masculino. Perspectivas teórico – clínicas*- Editorial Psicolibros - Facultad de Psicología, Universidad de la República. Montevideo.
- Allegue, Rosario y Carril, Elina (2001) “Psicoanálisis, Sexualidad y Género. Entredichos”. En: Araujo, A. M.; Behares, L.; Sapriza, Graciela (comp.) *Género y sexualidad en el Uruguay*. Trilce. Montevideo
- Allegue, Rosario; Batista, Mabel, Carril, Elina, et. Al (2002). *Violencia doméstica. Una encrucijada disciplinaria*. Instituto Mujer y Sociedad, Inédito. Montevideo,
- Badinter, Elisabeth (1986) *De l’un a l’autre*. Ed. Odile Jacob. Paris.
- Badinter, Elisabeth (1992), *XY, La identidad masculina*. Grupo Editorial Norma, Bogotá.
- Bleichmar, Silvia. (2002) *Los caminos de acceso a la masculinidad*. Zona Erógena, Vol. N° 43. Buenos Aires
- Bourdieu, Pierre (2000) *La dominación masculina*. . Ed. Anagrama. Barcelona
- Connell, R.W. (1987) *Gender and power: society, the person and sexual politics*. Allen & Unwin, Sydney
- Burín, Mabel y col. (1987) *Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental*. Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires.
- Burín, Mabel y col. (1996) “Género y Psicoanálisis. Subjetividades femeninas vulnerables.” En: Bleichmar E. D. y Burín M. (comp.) *Género, Psicoanálisis y Subjetividad*, pág. 61-98. Paidós, Buenos Aires.
- Burín, Mabel y Meler, Irene (2000) *Varones. Género y subjetividad masculina*. Paidós. Buenos Aires.
- Butler, Judith. (2001) *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós, México.
- Carril, Elina. (2000) “Femenino-Masculino. La pérdida de ideales y el duelo.” En: *Los duelos y sus destinos. Depresiones Hoy*. Publicación de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay. Montevideo.
- Carril, Elina. (2001) “Violencia doméstica. Una realidad siniestra”. En: *Publicación Oficial de la Coordinadora de Psicólogos del Uruguay*, N° 123, Montevideo, pág. 4-9
- Carril, Elina. (2003) “De cuando las mujeres se quejan, los hombres se enferman y ¡@s no escuchamos.” En: *Revista de Psicoterapia Psicoanalítica*. Tomo VI, N° 4. Trilce, Montevideo.
- Carril, Elina y Molas, Adriana (2003) “Lo privado es público. La violencia en el ámbito familiar”. En: *VI Jornadas de Psicología Universitaria. La Psicología en la realidad actual*. Facultad de Psicología, Universidad de la República/ Psicolibros. Montevideo
- Connell, Robert (1996). *Masculinities*. Cambridge, Polity Press.
- Corsi, Jorge (1994) “Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar”. En Corsi J. (comp.) *Violencia Familiar Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social* Buenos Aires, Paidós., p.15-63

5

ABORTO EN EL URUGUAY: INTERPELACIÓN A LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS.

Díó Bleichmar, Emilce (1997). *La sexualidad femenina. De la niña a la mujer*. Paidós. Buenos Aires.

Documento OMS/ OPS – *La violencia contra la Mujer. Un problema de salud pública*. 1997

Fernández Ana M (1989) “Violencia y conyugalidad: una relación necesaria.” En: Giberti E. Fernández A.M. (comp) *La Mujer y la Violencia Invisible.*, ED. Sudamericana., Buenos Aires

Figueroa Perea, Juan Guillermo (2000) “Identidad de género masculina y derechos reproductivos. Algunas propuestas analíticas para la delimitación del concepto de derechos reproductivos en la experiencia de varones.” En: *Revista de Estudios de Género La Ventana, Universidad de Guadalajara*, Número 12, pp 43-72. Jalisco.

Fisas, Vicenç (ed)1998. *El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia* Icaria, Antrazyt. Barcelona.

Foucault, Michel (1977) *Historia de la sexualidad*, Tomo 1, La voluntad de saber. Siglo XXI, Madrid.

Foucault, Michel (1995). “*El sujeto y el poder*”. En Terán, Oscar (comp..) *Discurso, poder y subjetividad*, Ediciones El cielo por asalto, Buenos Aires

Gilmore, David D. (1994). *Hacerse hombre*. Paidós. Buenos Aires.

Heise, L.L. (1997) “La violencia contra la mujer. Organización global para el cambio.” En J. Edleson y Z. Eisikovits (Comp.). *Violencia doméstica. La mujer golpeada y la familia* (pp. 19-58), Granica. Buenos Aires.

Hercovich, Inés y Velásquez, Susana (1994). “La violencia sexual contra las mujeres: una propuesta de trabajo”. En: *Boletín de la Red de Violencia Latinoamericana y del Caribe*, ISIS, Santiago.

Infesta Domínguez, Graciela . *La red invisible: masculinidad, sexualidad y salud reproductiva*. Trabajo presentado en LASA 2001, XXIII International Congress of the Latin American Studies.Association, 6-8 de septiembre de 2001, Washington, D.C.

Irigoyen, Marie-France. (2000) *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Paidós. Buenos Aires

Kaufman, M. (1995) “*Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres*”. En: Arango G.; León M.; Vivero M. (comp). *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*. TM Editores U.N. Fac. de Ciencias Humanas- Bogotá.

Kimmel, Michel. (1997) “Homofobia, temor, vergüenza en la identidad masculina”. En: *Masculinidades, Poder y Crisis*. ISIS Internacional y RACSO. Eds. De las Mujeres, Santiago.

Magallón Portoles, Carmen. (1998) “*Sostener la vida, producir la muerte: estereotipos de violencia y género*”. En: Fisas, Vicenç (ed). *El sexo de la violencia. Género y cultura de la violencia*. Barcelona, Icaria, Antrazyt.

Meler, I. *Violencia entre los géneros. Cuestiones no pensadas o impensables*”. En URL: www.psiconet/foros/género.com.ar

Saidler, Victor (1994) *Unreasonable Men*. Routledge. Londres

Saidler, Victor (1997) *Man enough. Embodying Masculinities*.Sage, Londres.

Stoller, Robert y Herdt, Gilbert (1992)“ El desarrollo de la masculinidad. Una contribución transcultural”. E: *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, n° 18. Buenos Aires

Villaseñor-Farías M, Castañeda-Torres JD. (2003.) *Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes*. Salud Publica Mex;45 supl 1:S44-S57.

Comentarios al Proyecto de Ley de “Defensa de la Salud Reproductiva”.

Dra. Graciela Dufau ²⁴

INTRODUCCIÓN

En este trabajo se aspira presentar el Proyecto de Ley de "Defensa de la Salud Reproductiva" ⁱ a partir de un enfoque jurídico y social general de la temática abordada, así como aportar algunas consideraciones sobre su articulado.

Previamente, cabe precisar que estas reflexiones comparten y por lo tanto se efectúan, a partir de las siguientes premisas:

- Los derechos reproductivos y los derechos sexuales sintetizan "... pretensiones ético – políticas que luego, dentro del terreno conceptual de los derechos humanos, fueron expresadas como límites al poder o como exigencias de protección de derechos (...) para la realización de la igualdad y el ejercicio de las libertades". ⁱⁱ
- El conocimiento del derecho y su modo de operar es una fuente de poder "... que se ejerce, parcialmente, a través del desconocimiento generalizado de esos modos de operar y la preservación de ese poder está emparentada con la reproducción del efecto del desconocimiento (...) ⁱⁱⁱ.
- "La defensa y la exigencia del acceso a los derechos como prácticas cotidianas deben ser incentivadas y también valorizadas como un medio de transformación cultural, donde las representaciones sociales pasen a incorporar los sentidos de la vida democrática" ^{iv}.

* Dra. en Derecho y Ciencias Sociales de la UDELAR; Lic. en Bibliotecología de la UDELAR; Coordinadora de CLADEM Uruguay (Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer).

Si aceptamos que la dimensión activa de la ciudadanía está especialmente relacionada con la dinámica de derechos y responsabilidades que los ciudadanos mantienen con la comunidad política a la que pertenecen, el conocimiento que tengan de tales derechos y responsabilidades está íntimamente ligado a su efectivización, por lo cual resulta central toda difusión que se realice, y en especial, la relativa a su interpretación.

En tal sentido, apoyamos actividades como la presente, que promueven la apropiación por parte de los/as ciudadanos/as, tanto de los fundamentos y motivaciones que orientaron en general la redacción del Proyecto de Ley que nos convoca, como de su articulado en concreto. Generar el debate público desde distintas disciplinas incorporando el aporte de la sociedad civil, en tanto expresión de la interpretación que la comunidad otorga a la normativa que regula la conducta y convivencia de los individuos que la integran, es – en nuestra opinión – una contribución significativa al proceso de profundización de la Democracia.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PROYECTO

1. Caracterización

Reafirmamos el planteamiento del tema en el marco de la realización de los derechos humanos, proceso impulsado por los órganos del sistema internacional del que nuestro país forma parte. Ello se aprecia en los Principios y Programa de Acción formulados por la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994), así como en la Declaración y Plataforma Mundial para la Acción resultante de la Cuarta Conferencia Mundial sobre de la Mujer (Beijing, 1995).

Como expresión del punto alcanzado por la conciencia internacional, resulta fundamental la lectura del Programa de Acción consensuado para los próximos 20 años, donde por primera vez, la salud sexual y reproductiva, así como los derechos reproductivos, fueron temas centrales de un acuerdo internacional de población. Esto no implicó la creación de nuevos derechos, sino la "actualización" y respeto de algunos que ya estaban reconocidos en las leyes nacionales de los países, así como en ciertas declaraciones y documentos internacionales sin efecto vinculante. A partir de ese momento, quedó en evidencia que en la órbita de la sexualidad y la reproducción restaba promover un enfoque de derechos humanos, por entender que ambos aspectos son consustanciales a los conceptos de libertad y dignidad humanas, así como imprescindible su consideración para alcanzar un valor ubicado en la base de todo el sistema de derechos humanos: la igualdad.

Señalar que es un Proyecto incluido en el área de la defensa de los derechos humanos y de la salud reproductiva, evidencia que el legislador superó la etapa de considerar la cuestión desde la exclusiva óptica del Derecho Penal^v, y con evidente madurez conceptual plantea una normativa que aspira regular en forma integral la temática, respetando dentro de ciertos límites en área tan delicada, las opciones individuales, en consonancia con el carácter laico del Estado uruguayo que establece la Constitución Nacional (art. 5). De tal suerte, entendemos que también son características generales del texto, el respeto por las distintas concepciones de la población; el cuidadoso equilibrio que realiza de los distintos intereses en cuestión y la seriedad con que fue elaborado.

Tales afirmaciones se fundan en el tratamiento dado a cuestiones de singular importancia en el tema, acerca de las cuales el país no contaba con normativa de fuente nacional, como las obligaciones que se ponen a cargo del Estado en el Capítulo I del Proyecto. Si bien podrían ser interpretadas como enunciados meramente programáticos, el hecho de establecer que el Ministerio de Salud Pública tendrá la obligación de realizar una previsión presupuestal con los objetivos que se enumeran, expresa la voluntad de contar con una política pública en tal sentido.

Otra muestra de la seriedad con que fue elaborado el Proyecto, surge a poco de comprender que el legislador analizó la normativa actual relativa a la interrupción de la gravidez; las causales de exención de pena y las circunstancias atenuantes previstas, y las confrontó con lo sucedido en nuestra sociedad durante los últimos 65 años, comprobando que tal redacción no aportó solución alguna en la realidad y que el hecho de mantener la conducta incriminada en toda circunstancia, implicó la ineficacia del texto, como señalan numerosos docentes.^{vi}

2. Legitimidad desde el punto de vista constitucional

También corresponde pensar si existe alguna disposición en el texto del Proyecto que podría ser declarada inconstitucional, y en tal caso, cuál sería la norma que se entendería violada. Quienes se oponen a la iniciativa, aducen que vulnera el artículo 7° de la Constitución Nacional (CN)^{vii} sosteniendo que en el mismo se tutela la vida humana. En cuanto a la interpretación de las normas constitucionales, sigo las enseñanzas de mi maestro, el reconocido Prof. de Derecho Público Dr. Casinelli Muñoz, quién afirma su legitimidad, sosteniendo que: "... las referencias al derecho a la vida que existen en la Constitución, tienden a la protección del goce de la vida. En el caso concreto que nos convoca, este texto legal no está hecho contra el goce de la vida, sino a favor tanto del feto como de la madre, ello por una consideración de tipo estadístico. La aplicación del actual régimen punitivo del aborto ha tenido consecuencias sociales contrarias a la eliminación

del aborto. En todas las clases sociales se siguen realizando abortos, a pesar de la ley vigente. Además, se realizan en condiciones inconvenientes para la salud pública y para la salud de la madre y del futuro hijo". (www.parlamento.gub.uy)

Por tales razones compartimos la tesis del Profesor, quién afirma que no sólo no existe tal inconstitucionalidad, sino que habría una real aplicación del artículo 7° dado que serán más las vidas protegidas con la vigencia del Proyecto que con la legislación imperante. La propia naturaleza penal de la norma, opera como una invitación a la clandestinidad y, por consiguiente, al aborto en condiciones de riesgo para las dos vidas que están en juego.

3. Legitimidad desde el punto de vista del Derecho Internacional ratificado

Dado que nuestro país puede ser caracterizado por el alto número de instrumentos internacionales que ha ratificado – por ello vinculantes – es necesario considerar si la aprobación de este Proyecto entraría en colisión con alguno, en particular, con lo dispuesto en el artículo 4° de la Convención Americana de DD.HH. (más conocida como "Pacto de San José de Costa Rica"). El mencionado artículo establece en la parte pertinente: "DERECHO A LA VIDA"

"1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente."

"2. En los países que no han abolida la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito."

"3. (...)

Estamos de acuerdo en que el Pacto ampara la vida humana desde ese momento y nos parece loable que tal sea la regla general. Por lo mismo, consideramos que realizan una incorrecta interpretación de su texto quienes sostienen que la aprobación de normas nacionales que regulen la interrupción voluntaria de la gravidez, configurará su violación.

¿En qué basamos tal afirmación? ¿Se trata de las mentadas "dos bibliotecas" del Derecho? Estimamos que no es el caso, en tanto no se trata de interpretar la CN o una ley de fuente nacional.

Si bien cada persona es libre de tener su propia opinión sobre el tema, apreciamos que algunos juristas – sin duda con la mayor buena fe – omiten considerar que la configuración o no de una violación del Pacto, es una cuestión que debe determinarse de acuerdo a lo que se denomina "opinión técnica": la que brindan expertos en derecho luego de efectuar el análisis del artículo aplicando los métodos científicos de que dispone la ciencia jurídica para interpretar los textos, tomando especialmente en cuenta el carácter internacional del mismo.

En tal sentido, se requiere cumplir una secuencia de pasos, entre los cuales no debería omitirse:

A. Tener en cuenta los principios de interpretación que establece la "Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados entre Estados y Organizaciones Internacionales" (Uruguay aprobó la adhesión por Ley N° 16.173). Su artículo 31 fija la regla general de interpretación y el artículo 32 establece los medios de interpretación complementarios. ÿ En síntesis: Se tendrá presente el texto; el contexto; los acuerdos alcanzados para la celebración del tratado; el sentido especial de ciertos términos si consta que fue la intención de las partes; los trabajos preparatorios; las circunstancias de la celebración; y los acuerdos o prácticas ulteriores, todo ello de buena fe.

B. Las normas de interpretación que establece el propio Pacto en su artículo 29.

ÿ En síntesis: Los Estados se comprometen a respetar el goce y ejercicio de los derechos reconocidos y a no limitarlos en mayor medida que lo previsto en la Convención. Tampoco es posible por aplicación del Pacto, limitar el goce o ejercicio de derechos o libertades reconocidos en leyes nacionales o vigentes de acuerdo a otras convenciones de que el Estado sea parte. Asimismo, las restricciones que permite el Pacto no pueden ser aplicadas sino conforme a leyes que se dictaren por razones de interés general y con el propósito para el cual han sido establecidas (art. 30). Entendemos que en Uruguay ello es particularmente aplicable, resultando fundamento de la posición sostenida por el país a la hora de celebrar la Convención, como más adelante se verá.

C. Además, constituyen elementos esenciales a tener en cuenta, los precedentes de la propia Corte Interamericana de Justicia y de la CIDH, ya sean fallos u opiniones consultivas.

A partir de estos conceptos, pensamos que resulta por demás ilustrativo y definitorio respecto a la forma en que debe interpretarse el tema en el marco de la Convención Americana, resumir los aspectos principales de la Resolución N° 23/81 de la Comisión Interamericana de DDHH (CIDH), tomada en el caso 2141, Estados Unidos de América, del 6 de marzo de 1981 .^{viii}

RESUMEN DEL CASO

1. En 1973, el Jefe de médicos residentes del Boston City Hospital ejecutó un aborto por histerectomía en una soltera de 17 años, habiendo ella y su madre solicitado el aborto y consentido la operación. El médico fue condenado por homicidio no premeditado; apeló la sentencia de condena y la Corte del Estado de Massachusetts lo absolvió.

2. En 1977, Catholics for Christian Political Action presentó una petición ante la CIDH contra los EE.UU. de América y el Estado de Massachusetts para que, en cumplimiento de los fines establecidos en el Estatuto y Reglamento de la Comisión, se pronunciara en relación con el fallo que absolvió al médico interviniente en el caso conocido como "Baby Boy".

3. La CIDH, luego de reseñar sus competencias y facultades para atender las consultas que se le formulen cumpliendo ciertos requisitos (art. 18 e) y evocar la decisión de diversos casos de la Corte Suprema de Estados Unidos, culmina señalando que a la luz de lo dispuesto en la normativa citada, debían tomarse como base para resolver la cuestión, los trabajos preparatorios del texto de la Convención Americana, la discusión del Proyecto de la Declaración durante la IX Conferencia Internacional de Estados Americanos en Bogotá en 1948, y el voto final, que conjuntamente con la breve historia legislativa de la Declaración, demuestran que no apoyan el argumento de los peticionarios, dado que:

- El Proyecto original elaborado por el Comité Jurídico no incluía la expresión "en general" .^x
- Se formó un grupo de trabajo para estudiar las observaciones y enmiendas introducidas por los delegados y preparar un documento aceptable. Fueron introducidos algunos cambios substanciales que fueron explicados por el mismo grupo como un arreglo al que se llegó para resolver los problemas suscitados por las delegaciones de Argentina, Brasil, Cuba, Estados Unidos, México, Perú, Uruguay y Venezuela, principalmente como consecuencia del conflicto entre las leyes de esos Estados y el texto preliminar del Comité Jurídico .^x
- Respecto al derecho a la vida, la definición dada en el Proyecto del Comité Jurídico era incompatible con las leyes que rigen el aborto y la pena capital en los Estados americanos que se opusieron, como el nuestro. En efecto, aceptar un concepto absoluto – el derecho a la vida desde el momento de la concepción [sin "en general"] – habría implicado la derogación de los artículos de los códigos penales que regían en 1948 en muchos países, porque dichos artículos excluían la sanción penal por el crimen de aborto si se lo ejecutaba en uno o más de los siguientes casos: a) cuando es necesario para salvar la vida de la madre; b) para interrumpir la gravidez de una víctima de estupro; c) para proteger el honor de

una mujer honrada; d) para prevenir la transmisión al feto de una enfermedad hereditaria o contagiosa y, c) por angustia económica .^{xi}

- En tal entendido, la CIDH afirma que la Conferencia enfrentó esta cuestión y decidió no adoptar una redacción que hubiera claramente establecido el principio que la vida comienza desde la concepción, sin excepción alguna: "...por voto de la mayoría, la conferencia adoptó el texto preliminar sometido por la CIDH y aprobado por el Consejo de la OEA el cual continúa hasta el presente como texto del artículo 4, párrafo 1, de la Convención Americana" .^{xii}

4. Agrega la CIDH: A la luz de los antecedentes expuestos, queda en claro que la interpretación que adjudican los peticionarios de la definición de derecho a la vida formulada por la Convención Americana, es incorrecta. La adición de la frase "en general, desde el momento de la concepción" no significa que quienes formularon la Convención tuviesen la intención de modificar el concepto de derecho a la vida que prevaleció en Bogotá, cuando aprobaron la Declaración Americana".

En atención a todo ello, la CIDH resolvió que las decisiones de la Corte Suprema de Estados Unidos y de la Corte Suprema Judicial de Massachusetts, no configuraban las violaciones alegadas por los peticionantes.

En mérito a lo expuesto, concluimos que ésta es la "opinión técnica" que se debe consultar a la hora de interpretar el sentido que tiene el concepto "derecho a la vida", tanto a la luz de lo expresado en el Pacto de San José de Costa Rica, como de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1947.

Por otra parte y desde distintas posiciones respecto al Proyecto, tanto el Dr. Casinelli Muñoz ^{xiii} como el Dr. Gros Espiell ^{xiv} llegan a similar conclusión sobre el contenido de la frase "en general".

COMENTARIO SOBRE ALGUNOS ARTÍCULOS DEL PROYECTO

Previamente, cabe recordar la sistematización del texto, organizado en 5 Capítulos que regulan sucesivamente: los deberes del Estado; las circunstancias, plazos y condiciones de la interrupción voluntaria del embarazo; la forma en que se deben prestar los consentimientos especiales; un capítulo de disposiciones generales que contiene aspectos destinados a lograr la eficacia de la norma, tales como la obligatoriedad de su realización en todas los servicios médicos de asistencia integral, la forma de interponer la objeción de conciencia, previsiones tendientes a evitar el turismo abortivo. En el capítulo quinto

se efectúan las necesarias modificaciones al Delito de aborto y el sexto contiene las disposiciones finales sobre derogaciones, vigencia, etc.

El primer Capítulo, que abarca los artículos 1º, 2º y 3º, consideramos que constituye el corazón del Proyecto y destaca la sabiduría del legislador al haberlo incluido.

Al revisar el derecho comparado en la materia, quedó en evidencia el marco de derechos humanos que sustenta la iniciativa, atento el enfoque integral que hace de los derechos reproductivos, incluyendo en la misma norma los aspectos de prevención y educación tendientes a lograr una "procreación consciente y responsable"; la defensa y promoción de los derechos sexuales y la disminución de la morbilidad materna; etc.; originalidad que también se expresa al regular simultáneamente, la interrupción voluntaria del embarazo en determinado plazo y circunstancias, lo que no es característico de este tipo de legislaciones.

Este capítulo contiene entonces, diversas obligaciones a cargo del Estado quién deberá velar para que se logre la realización de los derechos reconocidos; promover políticas públicas tendientes a alcanzarlos; alentar la responsabilidad en el comportamiento sexual y reproductivo, a los efectos de un mayor involucramiento en la planificación de la familia.

El hecho que se establezca a cargo del Ministerio de Salud Pública la obligación de incluir una partida en el presupuesto, permite inferir una real voluntad política en tanto se prevé la existencia de recursos que permitan implementar el mandato legal. Asimismo, resulta importante que se detallen los objetivos que debe perseguir el programa, evitando posibles desconocimientos de los fines de la norma.

El cierre del capítulo disponiendo la coordinación de acciones entre los organismos estatales involucrados, nos parece esencial en un país pequeño y con recursos escasos, para evitar dispendios inútiles.

El Capítulo segundo abarca los artículos 4º al 7º y trata sobre las circunstancias, plazos y condiciones en que resulta lícita la interrupción voluntaria del embarazo. Su finalidad es regular el ejercicio del derecho acordado, fijando las primeras obligaciones del médico interviniente.

Respecto al artículo 4º, cabe acotar que el plazo y las circunstancias que establece para habilitar la interrupción, son típicos de la mayoría de la legislación comparada.

Desde el punto de vista del consentimiento, el artículo 5º expresa la orientación más actual de la doctrina y jurisprudencia, que amparan el derecho de los usuarios a consentir o rechazar los actos médicos, a partir del llamado "consentimiento informado". No se trata de cualquier consentimiento ni del cumplimiento de una mera formalidad, sino de realizar un acto de asistencia y apoyo, pero de carácter informativo. Es decir, estimamos que no debe contener carga subjetiva o valorativa propia de quien brinda la información. Cabe tener presente que desde la aprobación de la Ley de Derechos civiles de la Mujer en 1946, la mujer mayor de edad es un sujeto plenamente capaz, que no requiere tutelas ni asistencias a su voluntad.

Se considera correcto que la ley coloque al médico como primer obligado, porque siempre que se realice un aborto, tendrá que haber un médico. Si en algunas instituciones o zonas del territorio nacional se cuenta con equipos multidisciplinarios que brinden el asesoramiento previsto, no surgen obstáculos, en tanto se entiende que en tal aspecto, se podrá aplicar el instituto de la delegación de funciones en los técnicos apropiados.

El artículo 6º complementa las disposiciones del artículo anterior. Consideramos que en su primer inciso aparece lo que se conoce en derecho como "carga" (un imperativo del propio interés) en tanto que su cumplimiento "descarga" de posible responsabilidad. En el caso, al médico que realiza la intervención.

Si se trata del mismo profesional que cumplió con lo dispuesto por el artículo 5º, es otro, o es un equipo, entendemos que no es cuestión de la Ley, sino materia de su reglamentación.

También el inciso segundo contiene una "carga", que contempla además la responsabilidad de la mujer.

El artículo 7º es el último del Capítulo, y tiene por finalidad regular dos situaciones excepcionales en las cuales el aborto, aunque realizado fuera del plazo de 12 semanas, tampoco constituye delito. Se trata de los llamados:

- 1) "aborto terapéutico" con sentido amplio (implícitamente incluye el aborto para salvar la vida de la mujer). El feto que procura salvar el inciso tercero, es el que pueda resultar afectado en esa situación de una gravedad de más de 12 semanas, de una mujer que no está buscando un aborto; éste se realiza para salvarle la vida.
- 2) "aborto eugenésico", de carácter restrictivo (sólo cuando exista la certeza de la inviabilidad extrauterina).

El Capítulo tercero comprende los artículos 8° a 10°, y está destinado a regular la forma de prestar el consentimiento en el caso de menores e incapaces declaradas tales.

Parece muy atinado que el legislador tome en cuenta la frecuente situación del embarazo adolescente, ya que el inicio de las relaciones sexuales no se vincula con la mayoría o no de edad. Por otra parte, se constata en el país el incremento del embarazo adolescente – con todos los riesgos y consecuencias que conlleva – y no es posible determinar cuan real puede ser la "decisión" de las interesadas en tales casos.

Entendemos que por ese motivo, está previsto que conste también el asentimiento de uno de sus progenitores o guardadores de hecho. La última mención, obedece a la preocupación que el hecho de la eventual inexistencia de representantes legales, no se convierta en un obstáculo para la puesta en práctica de la voluntad de interrumpir la gravidez.

Consideramos que no es razonable ni resulta válido, equiparar la solicitud de métodos anticonceptivos que puede plantearle una adolescente a su ginecólogo, con la realización de un aborto, salvo claro, que se entienda que el aborto es un método anticonceptivo, cosa que no compartimos ni creemos que asimile este Proyecto de ley.

Entendemos que artículo 9° tiene por finalidad impedir que la voluntad de la interesada sea irracionalmente obstaculizada, previendo un procedimiento ágil para evitar que la indefinición de competencias o la lentitud de los trámites, dilaten una decisión que debe tomarse y cumplirse en un plazo perentorio, tanto desde el punto de vista médico como legal.

El instituto del "irrational disenso" es de larga data en nuestro derecho positivo, siendo de aplicación cuando los progenitores o los representantes legales en su caso, niegan el asentimiento para contraer matrimonio en forma irracional.

En este artículo, se utiliza para sustituir la falta irracional de asentimiento de quienes se previó que pueden prestarlo - no de la menor, ya que ella expresa su voluntad – previéndose un procedimiento sumarísimo ante el Juez Letrado competente en materia de familia.

En el caso de los jueces, no corresponde siquiera suponer la posibilidad de interponer la objeción de conciencia, en tanto tienen por ley el poder-deber de "decir el derecho", lo cual deben hacer con autonomía, imparcialidad e independencia en todos los casos, estando taxativamente previstas las causales de apartamiento.

En el artículo 10° se aprecia nuevamente la atención que prestó el legislador al tema del consentimiento, previendo incluso la situación de quienes no están en condiciones de brindarlo válidamente por sí.

El Capítulo cuarto abarca los artículos del 11° al 14°, los que en general contienen disposiciones destinadas a lograr la eficacia de los derechos reconocidos.

El artículo 11° tiene como objetivo que la interrupción de la gravidez este incluida en el listado general de actos médicos que se realizan en todas las instituciones (públicas y privadas), buscando evitar la discriminación económica que de otro modo se generaría.

En el artículo 12° es posible ubicar una doble finalidad: no obligar a practicar abortos a quienes tengan objeciones de conciencia para hacerlo, y prever que no se utilice tal vía para negar el derecho. Se considera muy atinado que el legislador regule precisamente las dos partes de esta situación, ya que dejarlo a la autonomía médica podría derivar en una denegación de los derechos acordados por la norma.

A través del artículo 13° se pretende contar con información estadística consistente para el establecimiento de las políticas previstas en el primer Capítulo. Cuáles serán los datos a recabar y cómo hacerlo, es materia de la reglamentación.

La finalidad del artículo 14° es evitar el llamado "turismo abortivo" que podría llegar a generar problemas con los países limítrofes.

El quinto Capítulo del Proyecto que abarca los artículos 15° y 16°, introduce modificaciones al Delito de Aborto previsto en los actuales artículos 325 a 328 bis del Código Penal, a partir de la vigencia de la Ley N° 9.763 de 24 de enero de 1938.

En el tema de las disposiciones del Derecho Penal, me parecería necesario destacar que el mismo se rige por un principio básico: es un mecanismo de última "ratio", por lo cual se deja la utilización del Derecho Penal únicamente para situaciones extremas. ¿Cuáles son?

En principio, las hipótesis en las que la sociedad considera que no son viables otros mecanismos para solucionar el conflicto. En esos casos es que interviene el Derecho Penal, y sólo cuando existe un convencimiento general de la sociedad respecto a que esa situación debe castigarse. Tal el centro y el fundamento en base al cual abordo las cuestiones del Capítulo Penal. Pienso que aquí el legislador quiso dejar en claro que sólo fuera de las condiciones que establece la ley - cuando el aborto se efectúa fuera del plazo y las circunstancias o sin el consentimiento de la mujer – se estará en el ámbito penal.

En algún momento, estuve pensando que era innecesario el contenido del artículo 327. Luego de la lectura de la intervención del Prof. Dr. Miguel Langón, me di cuenta - y lo digo pensando en lo que sucede en muchos casos, por ejemplo, respecto a la ley de violencia doméstica - que es bueno que el legislador deje esta referencia, porque después nos encontramos con que los intérpretes empiezan a discutir sobre estos temas y creo que no está de más - como dice el Prof. Langón - que quede este artículo, para aventar cualquier clase de dudas con respecto a que no hay delito en todas las otras hipótesis.

Con respecto a esta parte, en general creo que lo único que cabría precisar es que el inciso primero del artículo 328 bis, se refiere al aborto practicado en un caso de violación, fuera del plazo de las doce semanas.

Se trata de un caso excepcionalísimo, que no está ubicado en la parte general de la ley, sino en la especial. ¿Por qué el legislador previó esto? Corresponde a los/as profesionales de la Medicina contestar con propiedad sobre el punto. Se trataría de un embarazo fruto de una violación, del cual la mujer no tuvo noticia en las primeras doce semanas, y si bien es en principio una conducta incriminada, está prevista la exención de pena.

REFLEXIONES FINALES

Esperamos que el Proyecto de Ley que abordamos, sea en breve plazo derecho positivo nacional. En dicho caso, el país comenzará a dar cumplimiento a las numerosas obligaciones internacionales contraídas tanto en el campo de los derechos humanos como en el específico de los derechos de la mujer, a partir de un texto que ha sido considerado por numerosas/os expertas/os internacionales, de excelente calidad, y el primero en su tipo en América Latina.

Será necesario entonces, lograr una mayor capacitación de los operadores de los sistemas intervinientes en su concreción, así como un mayor entendimiento de sus implicancias en las relaciones cotidianas entre mujeres y hombres.

Asimismo, se requerirá – parangonando a Gaby Oré Aguilar^{xv}- de nuevas generaciones de profesionales y activistas que trabajen en las fronteras e intersecciones de las disciplinas y el movimiento de derechos humanos, que sientan que la sexualidad y la reproducción son espacios en los que se juegan libertades y derechos fundamentales, pero también, se disputan poderes e intereses, y que es necesario garantizar los primeros si no se quiere que los segundos sigan determinando como hasta ahora, lo que es bueno y apropiado para las personas, prescindiendo de sus deseos y esperanzas.

Notas

- i. Fue aprobado por la Cámara de Representantes (CR) el 10/12/2002, estando previsto el ingreso a la discusión en el pleno de la Cámara de Senadores, para el presente mes de noviembre de 2003.
- ii. Tamayo, Giulia. "Bajo la Piel: Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos".- Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán: Lima, 2001.- 294 pp.
- iii. Cárcova, Carlos M. "Jusnaturalismo y positivismo jurídico: un debate superado", citado por Ruiz, Alicia, "La construcción jurídica de la subjetividad no es ajena a las mujeres". En: El Derecho en el Género y el Género en el Derecho / comp. Haydée Birgin. Buenos Aires: Biblos, 2000.- 188 p.
- iv. Avila, María Betania. "Reflexiones sobre los derechos reproductivos", pp. 171-182. En: "Derechos Sexuales. Derechos Reproductivos. Derechos Humanos". – Lima: CLADEM, 2002.- 302 p.
- v. En forma similar se expresó el Prof. Dr. Héctor Gros Espiell en oportunidad de concurrir a la Comisión de Salud Pública de la Cámara de Senadores: "La primera precisión que quiero hacer es que considero un gran acierto legislar sobre el tema como un problema de salud reproductiva. Creo que constituye, por el contrario, un gravísimo error plantear el problema de la interrupción voluntaria del embarazo únicamente como un tema de Derecho Penal. Hay que superar esa etapa y, a mi juicio, encararlo como un tema de salud reproductiva y de defensa del derecho a la vida. (...) Por lo tanto, me parece que hay que legislar y que el título del proyecto de ley es muy adecuado, ya que hacerlo como salud reproductiva es una buena forma de encarar el tema. Entiendo que hay que superar el enfoque penalístico de la cuestión yendo a una protección global de la mujer y de la vida dentro del marco de la salud. En consecuencia, apoyo la idea de legislar en este sentido, tal como se hace con este proyecto de ley ". (Ver: www.parlamento.gub.uy)
- vi. Respecto a la ineficacia de las normas del Código Penal en el punto, están contestes los Profesores Dres. Casinelli Muñoz, Aguirre Ramírez y Gros Espiell. (Ibidem)
- vii. "Los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad. Nadie puede ser privado de estos derechos sino conforme a las leyes que se establecieron por razones de interés general".
- viii. Washington College of Law, Centro de Derechos Humanos y Derecho Humanitario.
- ix. Novena Conferencia Internacional Americana - Actas y Documentos, Vol. V, p. 449.
- x. Actas y Documentos, Vol. 5, pp. 474-484, 513-514.
- xi. Códigos Penales Iberoamericanos. Luis Jiménez de Asua, Editorial Andrés Bello, Caracas, 1946, Vol. I y II
- xii. Actas y Documentos, p. 160 y 481.

xiii. "Esa frase fue establecida - y los distintos testigos de la historia fidedigna de la sanción están de acuerdo en ello - con el fin de darle más flexibilidad al precepto, es decir, dar entrada a posibles situaciones en las cuales no sea ilícito poner fin a una vida embrionaria desde la concepción en general. Si nos atenemos al problema no de legitimidad, sino de mérito o de conveniencia, francamente no es un tema que me incumba como constitucionalista pero sí como ser humano, partidario de la familia como valor y extremadamente entusiasmado con la idea de tener hijos y nietos. Entonces, no obstante eso, pienso que la solución de la ley, por las razones paradójicas que expliqué, resulta favorable para la institución familiar y para el mayor número de nacimientos viables de vidas protegidas".

xiv. "Coincido con el doctor Cassinelli Muñoz – no es la tesis que otros tienen, pero creo que la teoría uruguaya en general lo sostiene - en que este "y en general" quiere decir que el derecho a la vida debe ser respetado desde la concepción - después veremos qué es concepción - pero al decir "en general" permite que la ley, en particular, pueda hacer excepciones a ese respeto al derecho a la vida. Por tanto, es una puerta abierta a la posibilidad de una reglamentación legislativa de la protección del derecho a la vida desde el momento de la concepción. ¿Qué significa esta apertura a que la ley pueda establecer excepciones? Para mí es muy claro el sentido de esto. Significa que pueden haber situaciones que justifiquen la interrupción del embarazo. Por ejemplo, la violación de la mujer, el peligro de la vida de la mujer, la mal conformación del feto - pero una mal conformación grave, no que le falte el dedo meñique, sino que afecte la posibilidad de vida del feto -y, por último- éste es un tema muy discutido, pero para mí aceptable - las condiciones económico-sociales que rodean al caso, que condenarían a la mujer al repudio y al aislamiento social si no se admitiera la interrupción del embarazo".

xv. Tamayo, G. (op. cit. p. iii)

Aborto: una visión desde la ginecología

Dr. Leonel Briozzo*

La defensa y promoción de Salud Reproductiva entendida como “el estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos” y expresada por los Derechos Sexuales y Reproductivos (D.S.R.) constituye un desafío para toda la comunidad y dentro de ella en especial para los médicos y particularmente para los ginecotocólogos.

Los D.S.R. implicansumariamente:

El ejercicio de la maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte.

El control individual de su propia fertilidad.

Una vida sexual libre de violencia, coerción o riesgo de adquirir enfermedad y embarazo no deseado.

La interrupción del embarazo en los casos legalmente autorizados o admitidos por el sistema jurídico.

La disponibilidad de servicios para el ejercicio de esos derechos.

La información sobre sus derechos y los servicios que los aseguren.

El desafío en la promoción de estos derechos esta planteado desde un doble punto de vista:

El punto de vista sanitario: por lo que estos derechos repercuten sobre el proceso salud – enfermedad de una comunidad determinada, y específicamente sobre la salud de la mujer

* Médico Ginecotocólogo.

Profesor Adjunto de Clínica Ginecotocología "A".

Facultad de Medicina – Universidad de la República.

El punto de vista bioético: por la dificultad manifiesta del equipo de salud, a nivel nacional, en el desarrollo y profundización de los D.S.R.

EL ABORTO PROVOCADO Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN URUGUAY.

Las condiciones, el manejo y la hipocresía que rodea a la interrupción voluntaria del embarazo, el aborto provocado, es desde nuestro punto de vista el paradigma en cuanto a la violación de los Derechos Sexuales y Reproductivos en nuestro país. Desde la cuestión del aborto provocado todos y cada uno de los derechos sexuales y reproductivos son violentados por el actual estado de cosas.

1- SE VIOLENTA “EL EJERCICIO DE LA MATERNIDAD SIN RIESGOS INNECESARIOS DE ENFERMEDAD Y MUERTE” YA QUE:

1.a- La mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo constituye el principal problema de la salud materna en nuestro país. En diciembre del 2001 catalogamos a la mortalidad materna por aborto provocado en condiciones de riesgo como el principal problema de la salud materna.(Briozzo 2001). El aborto provocado en condiciones de riesgo constituye la principal causa de muerte materna en el Uruguay en el quinquenio 1996 – 1999 con una frecuencia relativa del 27.4% (Briozzo L. 2002), siendo en el decenio 1992 – 2001 también la principal causa de muerte con un 27.9% del total de M.M. (datos de departamento Materno infantil – M.S.P. No publicados)
En la tabla 1 se visualiza un análisis comparativo según región

Tabla 1 - Mortalidad materna por complicaciones relacionadas con el aborto provocado en diferentes regiones.

Región – Lugar	Mortalidad proporcional por complicaciones relacionadas con el aborto provocado
MUNDO (1)	13%
AMERICA LATINA (1)	21%
SUD AMERICA (1)	24%
URUGUAY (1992 – 2001)	27.9%

(1) WHO. Unsafe Abortion. Global and regional estimates of incidence and mortality due to Unsafe Abortion. 3rd edition. World Health Organization, Geneva,1998

Este triste privilegio que como país tenemos de ser uno de los primeros en el mundo en cuanto a M.M. por aborto provocado en condiciones de riesgo es aún mas grave si analizamos la situación a lo interno de nuestro país.(Briozzo, Rodriguez et al. 2003)

El Análisis de la Mortalidad Materna en Uruguay entre el año 1997 y el año 2001, muestra al comparar las Tasas de Mortalidad Materna en el Uruguay diferencias importantes. Así en Uruguay excluyendo el C.H.P.R. el Número de muertes maternas , sin considerar al C.H.P.R. en comparación con la situación en el C.H.P.R. es la que se describe en la tabla 2

Tabla 2 - Análisis de la mortalidad materna en Uruguay (1997 – 2001)

TASA M.M. CADA 10.000 R.N.	Número de Recién nacidos	Número de muertes maternas.	Tasa de mortalidad materna cada 10.000 R.N. vivos
URUGUAY (Sin incluir el C.H.P.R.)	230079	49	2.1
C.H.P.R.	41442	13	3.1

Análisis estadístico: Test de Proporciones Independientes.
Para un error alfa < 0.05 la probabilidad de ocurrir una muerte materna en el CHPR es de 2.64, con una p< 0.005. Se puede concluir entonces que la mortalidad en la población que se asiste en el C.H.P.R. es mayor de manera estadísticamente significativa de la del resto del Uruguay.

Análisis de la Muerte por aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay (1997 – 2001)

En la Tabla 3 se comparan las frecuencias absolutas de muerte por aborto provocado en condiciones de riesgo en el CH.P.R. comparado con el resto del país excluyendo el C.H.P.R. Se realiza un análisis estadístico mediante un Test de chi²

Tabla 3:
Tabla 3 - Análisis de la muerte por aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay (1997 – 2001)

	Muerte materna por aborto provocado	Muerte materna por otras causas	Total
C.H.P.R.	6	7	13
URUGUAY (exceptuando C.H.P.R.)	10	39	49
TOTAL	16	46	62

ODDS RATIO- 3.34 (0.77<OR< 14.76)
 Test de “chi square”- 3.34. *p value*= 0.059
 Calculado con el programa staltac epiinfo 2.0.

Concluimos que el riesgo de morir por complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo es 3.34 veces mas a pesar de no ser estadísticamente significativo para un error alfa < de 0.05.

En síntesis:

La tasa de mortalidad materna es en Uruguay comparable con los países desarrollados. La distribución de muerte materna es mayor, de manera estadísticamente significativa, en la población asistida en el C.H.P.R. con respecto al resto del país.

La frecuencia de muerte materna por aborto provocado en condiciones de riesgo en Uruguay constituye una de las mas elevadas del mundo.

El riesgo de morir como consecuencia de las complicaciones derivadas del aborto provocado en condiciones de riesgo es mayor en el C.H.P.R. con respecto al resto del país.

1.b- El aborto provocado en condiciones de riesgo constituye para las mujeres con menor poder adquisitivo la principal causa de *Años de Vida Potencialmente Perdidos* que comparan la importancia relativa de las diferentes causas de defunción, en base a la edad en que se producen las muertes en una población. Es un Indicador de Mortalidad Prematura.

La mortalidad en Uruguay por “aborto en condiciones de riesgo” para el período 1996-2001 es la primera causa de muerte prematura en las mujeres de bajos recursos, (población que se asiste en el CHPR) medida en AVPP = 41.91 años, muy superior a la segunda causa de muerte prematura para la población general, que son los Accidentes con 29.3 años.

Para su cálculo se tomo la EVN de 1971 = 72.41 años y la edad promedio de las muertes ocurridas por esta causa en el CHPR período 96-2001 = 30.5 años

2- SE VIOLENTA “EL CONTROL INDIVIDUAL DE SU PROPIA FERTILIDAD” YA QUE:

En nuestro país como en todo el mundo, probablemente, el embarazo no deseado es la principal causa de aborto provocado en condiciones de riesgo. El embarazo no deseado representa el mayor error que un sistema de maternidad responsable puede tener y en nuestro país esta situación es muy frecuente.

Se calcula que en todo el mundo 120 millones de mujeres manifiestan no querer quedar embarazadas pero no utilizan ningún método anticonceptivo. Así mismo se estima que cada año de 8 a 30 millones de embarazos se deben a falla anticonceptiva, bien por falla del método bien por mal uso del mismo.

3- SE VIOLENTA “UNA VIDA SEXUAL LIBRE DE VIOLENCIA, COERCIÓN O RIESGO DE ADQUIRIR ENFERMEDAD Y EMBARAZO NO DESEADO” YA QUE:

La violación y la violencia sexual constituyen una de las principales causa de embarazo no deseado y particularmente en sectores extremadamente vulnerables como las adolescentes. Al respecto, existen en el hospital del Niño del C.H.P.R. cifras alarmantes. Así según cifras aún no publicadas en los últimos 2 años han consultado mas de 100 niñas y adolescentes por abuso sexual. Pariendo de la base que por cada caso denunciado existen aproximadamente 3 abusos sexuales el impacto sanitario de este problema es enorme. Se plantea que mas del 80% de las veces el abusador es conocido por el niño, el 35% corresponde al padrastro, el 23% al padre y el 22% a otros familiares. El embarazo fruto de esta violencia constituye un grave problema desde el punto de vista de la salud individual, familiar y comunitaria. Su abordaje, a pesar de su impacto, no solo no esta normatizado sino que es excluido de las pautas de atención.

4- SE VIOLENTA “LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN LOS CASOS LEGALMENTE AUTORIZADOS O ADMITIDOS POR EL SISTEMA JURÍDICO”, YA QUE:

La Ley Uruguaya es extremadamente restrictiva con respecto a la realización de abortos provocados. Se contemplan como atenuantes y eximentes en el código penal la violación y extrema pobreza, pero la realización de un aborto no deja de ser un delito.

Existen los “abortos privilegiados” donde la ley prevé algunas hipótesis que disminuyen la pena (atenuantes), otras que facultan al Juez a no aplicarla (perdón judicial) y algunas que simplemente no tienen sanción penal (excusas absolutorias). Corresponden al motivo de honor, de angustia económica, para eliminar el fruto de una violación o por causa grave de salud.

Seguidamente se esquematiza la respuesta penal ante cada una de estas situaciones: Aborto cometido para salvar el propio honor, el de la esposa o un pariente próximo (no ampara al autor del embarazo): siempre atenúa la pena y faculta al juez a eximir totalmente de pena cuando es cometido con consentimiento de la mujer. (CPU, artículo 328, 1º)

Aborto cometido por razones de angustia económica: faculta al Juez a atenuar la pena y a eximir totalmente de pena cuando es cometido con el consentimiento de la mujer. (CPU, artículo 328, 4°)

Aborto cometido para eliminar el fruto de una violación: es un atenuante y no tiene pena si se efectuó con el consentimiento de la mujer. (CPU, artículo 328, 2°)

Aborto terapéutico (causas graves de salud): es un atenuante y no tiene pena si fue consentido por la mujer o si fue practicado para salvar la vida de la mujer. (CPU, artículo 328, 3°)

En estos supuestos sólo se aplicará el tratamiento penal privilegiado en caso de haber sido practicado por un médico y dentro de los tres primeros meses de gestación. Para el caso del aborto terapéutico no rige el plazo máximo de tres meses, pero siempre debe ser practicado por un médico. (CPU, artículo 328, 5°)(Rodríguez Almada 2002)

Existe además una Comisión de Lucha Contra el Aborto Criminal (nombre sugestivo por cierto) en la órbita ministerial tiene la potestad de autorizar la interrupción del embarazo, en casos bien definidos, los procedimientos que se deben llevar adelante hacen que en realidad las actuaciones implícitamente siempre se ven obstaculizadas llevando a que no sea posible cumplir con este derecho de las mujeres aún en el marco jurídico actual.

5- SE VIOLENTA “LA DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS PARA EL EJERCICIO DE ESOS DERECHOS” YA QUE:

El estado uruguayo, y especialmente el organismo rector de las políticas de salud, el Ministerio de Salud Pública, omite la normalización de los aspectos médicos en los casos de aborto provocado. La omisión asistencial y normativa es por lo menos irresponsable por las graves consecuencias que genera en la salud de la mujer y la comunidad.

La Normativa de atención denominada “Medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” que fue elaborada en el mes de Diciembre del año 2001 y presentada oficialmente al M.S.P. el 8 de Marzo del 2002 que incluye la atención pre y post aborto en lo que se denomina “Guías clínicas de la normativa sanitaria: medidas de protección materna frente al aborto provocado en condiciones de riesgo” no ha sido tratada en el ámbito ministerial hasta donde tenemos noticia. Tanto la Normativa de atención como las Guías Clínicas han sido desarrolladas por el grupo “Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto provocado en Condiciones de Riesgo” (I.S.C.A.P.C.R.) que esta integrado por un conjunto de agentes sanitarios vinculados con el tema del aborto provocado en condiciones de riesgo (ginecotocólogos, epidemiología, parteras, asisten-

tes sociales, etc.) nucleados a partir de las Clínicas Ginecotológicas “A” y “C”, de la facultad de Medicina – Universidad de la República, con cede en la Maternidad del Centro Hospitalario Pereira Rossell – Ministerio de Salud Pública.

La Normativa esta aprobada por: el Consejo de la Facultad de Medicina – Universidad de la República, el Comité Ejecutivo del Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad Uruguaya de Ginecotología. El material de referencia se ha publicado en un libro editado por el Sindicato Médico del Uruguay titulado: “Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto provocado en Condiciones de Riesgo” (Briozzo 2002)

6- SE VIOLENTA LA INFORMACIÓN SOBRE SUS DERECHOS Y LOS SERVICIOS QUE LOS ASEGUEN YA QUE:

A pesar de las declaraciones teóricas y el apoyo prácticamente unánime concitado por el grupo I.S.C.A.P.C.R., la conducta del equipo de salud en general y especialmente de los ginecotocólogos no ha cambiado de manera significativa.

Concretamente el centro de la normativa es que considerando el aborto como un hecho ilegal nada se podría hacer para mejorar sus condiciones de seguridad per se. Pero el aborto provocado tiene un antes y un después. Allí si el equipo médico puede y debe actuar.

Antes para desestimar, asesorar y pesquisar las causas de la resolución eventual de la paciente. También para disminuir el riesgo, informando con respecto a prácticas mas o menos seguras y eficaces y realizando una evaluación clínica y paraclínica. Es de importante destacar que la información sobre métodos seguros de aborto por intermedio del uso vaginal de misoprostol (prostaglandina) (Carbonell, Varela et al. 1997; Carbonell Esteve, Varela et al. 1998; Carbonell, Varela et al. 2000) es de acceso fácil en internet y que esta información sería conveniente manejarla con la usuaria en la entrevista sin indicar expresamente su uso ya que esta contraindicada en el embarazo.

Además se sugiere la administración de antibióticos para disminuir el riesgo de infecciones y sepsis.

Es fundamental dejar un nexo para la consulta de la paciente una vez que se realice el aborto. Los objetivos de esta consulta post aborto son los de prevenir complicaciones, proveer anticoncepción inmediata y generar un soporte médico integral.

EL ABORTO PROVOCADO. UN PROBLEMA HUMANO

Además del necesario enfoque desde los derechos sexuales y reproductivos el aborto provocado debe ser abordado, desde nuestra visión, de 4 perspectivas complementarias: la biológica, la sanitaria, la medico legal y la bioética.

- Existen dudas razonables y científicamente avaladas para plantear que la vida de un ser humano no empieza en el momento de la fecundación, sino que es un proceso que se va desarrollando en el tiempo. Este hecho hace que en una sociedad democrática y plural sea inconveniente obligar a tener una posición única. Antes bien, reconociendo lo caro del tema para defensores y detractores, se deberá abordar la temática de manera mas empírica para intentar solucionar el grave problema del aborto provocado.

- No existen dudas que el aborto provocado en condiciones de riesgo es una de las causas, en el Uruguay la primer causa, de muerte materna. Esta verdadera epidemia es absolutamente evitable mediante una política integral de derechos sexuales y reproductivos que incluyan prácticas seguras de aborto como lo indica la Organización Mundial de la salud y múltiples organizaciones sanitarias (WHO 1996) (IPAS 1995; F.C.I. and INTERNATIONAL. 1999; FAMILYCAREINTERNATIONAL 1999)

- Es muy claro que las legislaciones restrictivas con respecto a la práctica del aborto mas que disminuir el número de abortos aumenta el número de muertes maternas. En los pocos países en los que existen tasas elevadas de aborto siendo esta práctica legal ocurren por falta de un sistema integral de planificación familiar. Ni la “banalización” de la interrupción del embarazo como se ha dado en ciertos países ni la represión absoluta, resuelve el tema de fondo con respecto a la salud sexual y reproductiva de las mujeres y de la comunidad. Estos extremos de una u otra manera dejan sin resolver el problema de fondo, a pesar de no ser comparables ya que la represión como vimos solo conduce al aumento de la mortalidad mientras que las legislaciones liberales, que pueden no ser compartibles, siempre disminuyen los riesgos y la muerte.

- Los principios bioéticos tienden a indicar que es cuestionable el negar la atención sanitaria segura a una mujer, que informada y asesorada correctamente, ha resuelto interrumpir su embarazo. En las condiciones extremas en las que se plantea siempre el abordaje del aborto provocado pensamos que lo mejor desde el punto de vista bioético se traduce como lo menos malo desde el punto de vista de la realidad concreta de esta dramática situación.

QUÉ DEBEMOS HACER

Llegado a este punto es pertinente preguntarse que debemos hacer como ginecólogos frente a este problema.

La Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia ha formulado las siguientes recomendaciones (Obstetricia. 2000) que transcribimos:

RECOMENDACIONES RELATIVAS AL ABORTO PROVOCADO POR RAZONES NO MÉDICAS

Los gobiernos y demás organizaciones interesadas deben esforzarse en propugnar los derechos, grado de protagonismo social y salud de la mujer, y deben intentar prevenir los embarazos no deseados, mediante la educación (incluido lo relativo a cuestiones sexuales), consejería y asesoramiento, difundiendo información fiable y servicios de planificación familiar, así como creando métodos anticonceptivos más eficaces. El aborto nunca debería promoverse como método de planificación familiar.

Las mujeres tienen derecho a elegir entre reproducirse o no, y en consecuencia acceso a métodos legales de contracepción, seguros, eficaces, aceptables y a precio asequible.

3. A condición de que se haya seguido el proceso de obtención de un consentimiento apoyado en suficiente información, el derecho de la mujer a su autonomía, combinado con la necesidad de prevenir el aborto exento de seguridad, justifican la provisión de abortos en condiciones de seguridad.

La mayor parte del público, comprendidos los médicos, prefiere evitar la interrupción del embarazo, y lamentan juzgar que es lo mejor que puede hacerse, dadas las circunstancias de la mujer. Algunos médicos son del parecer de que el aborto no puede permitirse bajo ninguna circunstancia. El respecto a la autonomía de estos últimos, significa que no se debe esperar que ningún médico (u otras personas pertenecientes a los equipos médicos) aconseje o practique aborto contra sus convicciones personales. Su carrera profesional no deberían verse perjudicada por este motivo. No obstante, cabrá a estos médicos la obligación de referir a las mujeres a colegas suyos que, en principio, no se opongan a la interrupción del embarazo.

Ni la sociedad ni los miembros de los equipos de salud responsables de asesorar a las mujeres tendrán derecho a imponer sus criterios religiosos o culturales relativos al aborto sobre las personas cuyas actitudes difieran de las suyas. El asesoramiento deberá incluir información objetiva.

Es muy importante que el asesoramiento a menores se realice con todo esmero. Cuando los menores sean competentes para otorgar un consentimiento una vez que estén bien informados, deberán respetarse sus deseos. Cuando no se les juzgue competentes, deberá considerarse el asesoramiento a los padres o tutores, o a los tribunales, cuando así corresponda, antes de interrumpir el embarazo.

La interrupción del embarazo por razones no médicas es mejor suministrado por servicios sin ánimo de lucro. Después de un aborto, se deberá proveer siempre consejería sobre el control de la fertilidad.

En resumen, el Comité recomendó que, tras la debida consejería, las mujeres deben tener derecho de acceso al aborto inducido por medios médicos o quirúrgicos, y que los servicios sanitarios tienen la obligación de suministrar tales servicios con las máximas condiciones posibles de seguridad.

En este marco de referencia nosotros pensamos:

La coyuntura actual caracterizada por una profunda crisis económica y social, hace que la disponibilidad de recursos de la población más vulnerable, sea cada vez menor y por lo tanto mayor el riesgo de que, por los malos métodos a los que tienen acceso, sobrevengan complicaciones graves y de muerte.

La normativa presentada, aprobada por la Facultad de Medicina, el Sindicato Médico del Uruguay y la Sociedad uruguaya de Ginecología, ha tenido una total falta de repuesta oficial. La falta de aplicación de esta política hace que en este año sigan aconteciendo, ante nuestra impotencia, complicaciones y muertes por aborto.

Por estos dos motivos, la gravedad de la situación y la falta de respuesta oficial es que consideramos imprescindible abordar el tema de la despenalización del aborto.

La despenalización del aborto provocado desde la perspectiva del equipo sanitario tiene como justificación los motivos sanitarios, de justicia social, bioéticos y de derechos sexuales y reproductivos.

El fundamento de la liberalización jurídica en la práctica del aborto es que lejos de llevar a un aumento de esta práctica como método anticonceptivo tendrá el efecto opuesto, como lo ha tenido en otros países [38]. Esto dependerá, eso si, de cómo, quiénes y de qué manera se implementen las políticas sanitarias que sirven como marco de referencia para la despenalización.

El objetivo principal, del que forma parte la despenalización del aborto, será lo que han logrado otros países y sistemas de salud que han actuado de esta forma: abatir el número de abortos provocados y de complicaciones a través de una política actualizada y moderna de maternidad responsable. Esta política debe incluir necesariamente el acceso seguro al aborto provocado para terminar con las condiciones de riesgo de esta práctica. En este contexto la despenalización del aborto solo será una parte de una política de protección de la mujer.

Cuando el aborto deje de ser un delito comenzará el verdadero debate social con respecto a si es una solución adecuada a toda circunstancia o si por el contrario solo debe tomarse como última opción. El miedo y el oscurantismo actual, responsable principal de las muertes, dejara lugar a los argumentos y el respeto por las decisiones personales. Se puede establecer que los diferentes puntos de vista asesoren a cada mujer que se enfrente a esta encrucijada y respetando de manera inalienable su decisión, acompañarla en tan difícil trance.

Todo esto se dará, ya no desde la imposición que la realidad actual implica, sino desde el respeto y el reconocimiento de la diversidad en una sociedad democrática y plural como la nuestra.

En base a lo antedicho pienso que el papel de los profesionales de la salud, y específicamente de los ginecólogos, en el debate jurídico es imprescindible. También, con igual importancia sería el conocer los puntos de vista de las interesadas, lamentablemente esto es bastante mas difícil de lograr bien porque muchas mujeres dejaron su vida en el intento, bien porque muchas quedaron estigmatizadas por la situación de “criminalidad” que tal penosa experiencia implica hoy.

Pienso que la contribución desde el ámbito sanitario debe tener como objetivos los siguientes:

- 1- Informar de manera fidedigna sobre la situación epidemiológica nacional, regional e internacional.
- 2- Actualizar el conocimiento que se maneja en el ámbito científico con respecto a este tema desde sus múltiples abordajes: bioético, biológico, jurídico, etc.
- 3- Compartir las experiencias que se han desarrollado en otros países que han logrado los objetivos de disminuir la tasa de abortos y de sus complicaciones.

4- Generar normativas asistenciales para llevar adelante los cambios legislativos.

Para ello se deberán plantear ámbitos abiertos de debates sobre posiciones científicamente avaladas y con evidencias objetivas que den elementos al cuerpo jurídico para la necesaria modificación de las leyes vigentes ya que han demostrado, antes que todo, que son obsoletas.

Bibliografía

- Briozzo, L. (2001). Principales propuestas de la Sociedad uruguaya de Ginecotocología. Iniciativas Sanitarias Contra el Aborto provocado en Condiciones de Riesgo. Montevideo.
- Briozzo, L. (2002). Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo. Montevideo, Sindicato medico del Uruguay.
- Briozzo, L., F. Rodriguez, et al. (2003). "Unsafe abortion in Uruguay." Int J Obstet Gynecol.
- Briozzo L., V. G., Vidarte B., Ferreiro G., Cuadro J.C., Pons J.E. (2002). "El aborto provocado en condiciones de riesgo. Emergente sanitario en la mortalidad materna en Uruguay. Situacion actual e iniciativas medicas de protección materna." RMU **18**(1): 4-14.
- Carbonell Esteve, J. L., L. Varela, et al. (1998). "Vaginal misoprostol for late first trimester abortion." Contraception **57**(5): 329-33.
- Carbonell, J. L., L. Varela, et al. (1997). "The use of misoprostol for termination of early pregnancy." Contraception **55**(3): 165-8.
- Carbonell, J. L., L. Varela, et al. (2000). "Vaginal misoprostol 600 microg for early abortion." Eur J Contracept Reprod Health Care **5**(1): 46-51.
- F.C.I. and F. C. INTERNATIONAL. (1999). Meeting the Cairo Challenge: Progress in sexual and Reproductive Health. mplementing the ICPD Programme of Action, New York.
- FAMILY CARE INTERNATIONAL (1999). Safe Matherhood. Family Care International, New York.
- IPAS (1995). Promoting Improved Women's Reproductive Health in Nigeria, Africa Reports,.
- Obstetricia., F. I. d. G. y. (2000). Recomendaciones sobre temas de ética en obstetricia y ginecología. comité para los aspectos éticos de la reproducción humana y salud de la mujer de la FIGO, Washington D.C.
- Rodríguez Almada, H. B. R., G. (2002). INICIATIVAS MÉDICAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO: FUNDAMENTOS MÉDICO-LEGALES. INICIATIVAS SANITARIAS CONTRA EL ABORTO PROVOCADO EN CONDICIONES DE RIESGO:. S.M.U. Montevideo.
- WHO (1996). "Revised 1990 Estimates of Maternal Mortality: A New Approach by WHO and UNICEF", Geneva.

Aborto y Derechos Sexuales y Reproductivos: interpelación al Uruguay

Lilián Abracinskas^{*}

Quiero felicitar a todo el equipo de la Cátedra Libre de Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología por la realización de este Encuentro. Esta iniciativa responde a la necesidad imperiosa de juntar, conocer y articular lo que en nuestro país se produce en el área de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Vinculándolos, además, a dos dimensiones imprescindibles para la profundización de su análisis y proyección: el género y la salud. Por si esto fuera poco, ustedes los ponen al debate en un diálogo entre actores que, hasta ahora, no han desarrollando en toda su potencialidad la riqueza del intercambio de sus respectivos conocimientos. Todos estos elementos lo convierten en un Encuentro tan necesario como desafiante. De todas las personas que en él participen dependerá el suceso de sus resultados. Pero ya es de ustedes el mérito por haberlo pensado y organizado. Muchas gracias por invitarme a formar parte del desafío.

Si entendemos por INTERPELAR a: "la acción de dirigir la palabra a uno para pedir algo. De demandar, interrogar, llamar, preguntar o exigir explicaciones sobre un hecho", me voy a permitir utilizar el título de este panel temático para llamarle a mi ponencia: **Aborto y Derechos Sexuales y Reproductivos: interpelación al Uruguay.**

La intención de interpelar/interpelarnos es con el fin de mostrar como instituciones y personas tenemos responsabilidades sobre el actual estado de situación de los derechos

^{*} Cotidiano Mujer - Mujer y Salud en Uruguay (MYSU).

sexuales y reproductivos. Por lo tanto, también tenemos la potencialidad de transformar la situación procesando cambios -desde lo personal y lo institucional- que habiliten mejores condiciones para su ejercicio.

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos además de poco conocidos, suelen ser considerados de maneras diversas. Para algunos sectores y personas representan una sofisticación de los derechos y por lo tanto no prioritarios en relación a derechos mas “esenciales”. Para otros son los más humanos de todos los derechos, pues atañen al plano íntimo de las individualidades y opciones, y tienen que ver con la creación de la humanidad que, en el contexto actual, no puede depender de riesgos ni improvisaciones, sino de decisiones explícita y libremente tomadas.

En tanto forman parte de la universalidad, indivisibilidad e integralidad de los derechos humanos no deberían ser clasificados ni priorizados ni por instituciones ni por Estados. El orden de sus prioridades sólo debería diferenciarse en el nivel de la decisión personal.

En la realidad una gran parte de la población no sólo no los conoce sino que, además, no tienen las condiciones para ejercerlos.

La Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 proclama que su aplicación es a todos los seres humanos incondicionalmente “sin distinción de raza, color, sexo, idioma... o cualquier otra condición”, sin embargo numerosas violaciones a los derechos humanos, particularmente de las mujeres, continúan siendo ignoradas, legitimadas y perpetradas. Ejemplos particularmente claros son el de la violencia contra las mujeres, que hasta hace poco no era reconocida como una violación a los derechos humanos (BUNCH, FROST Y REILLY, 2000) y el desconocimiento a la autonomía y libertad de las mujeres para decidir sobre su vida sexual y capacidad reproductiva.

Durante siglos prevaleció la idea de que lo indivisible era la sexualidad y la reproducción y debían regirse –además- por una versión estática y unilineal de la moral. Esta visión fue el cimiento de procedimientos, instituciones y preceptos autoritarios que condujeron a expropiar a los seres humanos, en particular a las mujeres, de las decisiones sobre su cuerpo y sus modos de vida.

También estas decisiones reproductivas fueron sometidas a prácticas e intereses demográficos y a criterios económicos, supuestamente basados en el interés colectivo.

Ubicar la capacidad reproductiva de las personas en el contexto del ejercicio y el respeto de los derechos humanos es ubicar a la sexualidad y a la reproducción en el campo de

lo valorado y valorable, asignándoles un ejercicio que no necesaria ni imprescindiblemente deba estar vinculado.

Los derechos sexuales Y los derechos reproductivos son conjuntos separados que pueden vincularse o no. Sin embargo, se los suele identificar como inseparables –fundamentalmente para las mujeres- ante el mandato social histórico de la maternidad como un destino. Las resistencias a aceptar la diversidad de decisiones y formas de ejercer los derechos sexuales y reproductivos se agudizan y adquieren especial magnitud frente a situaciones como el Aborto y la Homosexualidad.

En el caso de la homosexualidad, y particularmente frente al lesbianismo, instituciones y personas no sólo se resisten a aceptar y respetar el vínculo sexual entre mujeres sino que además le desconocen el derecho a su maternidad. La demostración objetiva del hecho se representa en nuestro país con el caso del proyecto de ley de Reproducción Asistida donde tanto en el transcurso de su largo debate como en el contenido final del proyecto la posibilidad de que mujeres solas recurrieran a una técnica de fertilización asistida fue cercenada. Una de las razones, más o menos explicitada, fue que si una mujer es lesbiana no puede ser madre. Este proyecto fue aprobado con media sanción en el Senado y hoy espera su debate en Cámara de Diputados.

Frente al aborto las resistencias van en un sentido contrario. El aborto es tanto demostración del ejercicio de la sexualidad sin los fines reproductivos “traiciona” el mandato social de mujer-madre y por lo tanto las voces se elevan condenando su práctica. Increíblemente el proyecto de ley de Defensa de la Salud Reproductiva que incluye la posibilidad de interrumpir un embarazo hasta las 12 semanas recorre el camino inverso en el Palacio Legislativo. Tiene su media sanción en Diputados y espera su tratamiento en Cámara de Senadores.

En términos generales podríamos decir entonces que las garantías para que las mujeres puedan “conectar” o “desconectar” sus derechos sexuales con sus derechos reproductivos aún no están dadas y esto representa una violación de sus derechos.

LA CRIMINALIZACIÓN DEL ABORTO

Cuando abordamos el debate sobre aborto, el vínculo con los derechos humanos siempre está presente. Algunos argumentos se orientan a ubicar la práctica del aborto voluntario como un atentado al derecho del ser por nacer. Identificando el derecho a la vida del feto como derecho supremo más importante incluso que la vida de la mujer que lo porta en su cuerpo.

Teniendo muy presente que cuando se produce un aborto se interrumpe el proceso vital de un potencial nuevo ser, vale preguntarse si: ¿Es o no un derecho el tener los hijos que se pueden o quieren tener? La vida ¿es un derecho supremo inviolable o la calidad de vida y la vida digna es el derecho a proteger? Por supuesto que se debe estar vivo para ejercer los derechos, pero ¿Alcanza sólo con tener vida? Y, la mujer que muere por un aborto practicado en condiciones de riesgo ¿no tenía derecho a la vida?

La práctica voluntaria del aborto además de dejar en evidencia que se ejerció la sexualidad sin fines reproductivos también nos habla de que se produjeron embarazos que no podían o no querían sostenerse y, por multiplicidad de razones, fueron interrumpidos. Y entre las diversas razones que generan embarazos no planificados, no esperados o no deseados encontraremos situaciones que representan atentados a los derechos humanos.

Algunas razones por las que se realizan abortos son:

Porque ese embarazo fue producto de relaciones sexuales no consentidas. Producto de una violación.

Porque no hubo acceso a información objetiva y científica sobre medidas de prevención u orientación en el ejercicio de una vida sexual saludable.

Porque los métodos anticonceptivos fallaron.

Porque lo que falló fue la pareja

Porque los recursos con los que cuenta esa mujer o esa pareja (educativos, familiares, sociales, económicos, afectivos, psicológicos) no fueron suficientes.

Porque las condiciones no eran las adecuadas.

Porque se ejerció la sexualidad sin la debida responsabilidad o conciencia de las consecuencias reproductivas.

Un embarazo no deseado es resultado de una compleja e intrincada sumatoria de situaciones y su interrupción es producto también de una no menos compleja y multifactorial decisión. Y aquí es donde me interesa evidenciar las diversas responsabilidades en juego porque para que los derechos humanos puedan ejercerse hay dos condiciones que deben darse: JUSTICIA – con condiciones sociales equitativas- y LIBERTAD –para tomar una decisión personal.

Si no hay políticas de prevención y educación adecuadas o son insuficientes. Si el acceso a una amplia oferta de métodos anticonceptivos no está garantizada. Si el modelo hegemónico de mujer que se imparte o se pretende imponer es de la maternidad como condición y no como opción. Si el modelo de masculinidad hegemónico no promueve la paternidad responsable. Si las normas elaboradas para su control pretenden disminuir la

incidencia de abortos sólo con la represión. NO TENDREMOS LAS CONDICIONES SOCIALES DE JUSTICIA NECESARIAS PARA EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS.

Y, en consecuencia, la LIBERTAD y AUTONOMÍA para tomar decisiones no sólo se verán coartadas sino que habrán menos garantías para que la decisión tomada sea la más responsable.

Así la violación y el no ejercicio de los Derechos Sexuales y Reproductivos se cristalizan en la vida cotidiana. Y la realidad nos muestra que las leyes que prohíben el aborto no desestimulan su práctica ni inciden en la toma de decisión pero sí ponen en riesgo la vida de las mujeres.

Cuando se obliga a una mujer a tener un hijo que no buscó y que no quiso, se está des-humanizando la maternidad. Y sociedades como la nuestra, que supuestamente glorifican la maternidad, en demasiadas ocasiones obligan a ejercerla en condiciones des-humanas.

Si la normativa y la moral tradicionales no conllevan un tratamiento justo y adecuado para todas y todos, entonces carecen de elementos de validez suficientes como para aceptarlas. Si no recogen nuestros intereses y son ajenas a nuestra realidad ¿por qué debemos asumirlas cuando van, incluso, en contra de nuestra íntima conciencia?

“Cuando logremos con mayor claridad reconocer el origen de la normativa ética asumida y comprendamos que en forma involuntaria adherimos a dichos principios presionados/as tanto por la inconsciencia como tal vez por el temor, podremos concluir que más que formación, fuimos coaccionadas/os emocionalmente bajo la apariencia o revestimiento de valores sociales. Por tanto, si de esta manera desenmascaramos el origen de una de las crisis de valores, bienvenida, ya que a partir del cuestionamiento que se genera, podremos entrar a sustituir la carencia de principios éticos adecuados... La manera como se conciba a la persona origina las normas para reforzar o suprimir en ella comportamientos esperados o indeseados. De esta forma se entiende por qué hasta la fecha la moral, algunos códigos éticos y legales, han estado centrados en el ejercicio sexual para prohibir, condenar, alertar y/o vetar experiencias que sólo competen a la intimidad de la mujer, la reproducción humana en la cual el protagonismo es femenino, ha sido ideologizada siguiendo la línea de prohibir y coartar su libre ejercicio”. (LONDOÑO, 1994)

Más importante que obedecer o no una ley o una norma, son las razones para hacerlo y éstas se encuadran en un nuevo marco ético que parte de las experiencias personales, poco conocidas o reconocidas por la tradición.

LA CONSTRUCCIÓN DEL ABORTO DELITO

Los últimos 40 años en la historia de la Humanidad han sido decisivos en la tendencia abolicionista del aborto voluntario como delito. Los argumentos despenalizadores y reguladores de la práctica del aborto, en diversos países, cada vez son más claros y rotundos. La concepción político-democrática que vivimos y que nos permite postular “derechos humanos fundamentales”, “constitucionalidad”, “igualdad y justicia” hacen que la concepción de aborto-delito y su despenalización sea una cuestión política de primera magnitud donde la voluntad mayoritaria de la ciudadanía ha sido –en la experiencia mundial- quien ha determinando el “sí”, el “cuándo” y el “como” despenalizar su práctica, por encima de cualquier postulado ideológico, individual o colectivo.

Ya sea por vía del sistema de indicaciones o por el sistema de plazos, un alto porcentaje de países han ido flexibilizando sus legislaciones habilitando abortos legales. Los países que registran mejores indicadores en la defensa y respeto de los derechos humanos, han desincentivado total o parcialmente el aborto (IBAÑEZ Y GARCÍA-VELASCO, 1992).

En los países donde continúa arraigado el concepto de aborto-delito y no se han modificado sus leyes o implementado servicios para su atención (muchos de los países de África, América latina, algunos de los países islámicos), es en donde se concentran las cifras más altas de muerte materna por abortos practicados en condiciones de riesgo y donde se registra la mayor influencia de las expresiones fundamentalistas de distintas religiones como la católica, musulmana, judía ortodoxa y/o islámica.

El aborto pecado y su trasposición al derecho positivo como aborto delito además de no dar cuenta de la realidad, ha resultado ser ineficaz para transformar la práctica voluntaria del aborto, desestimularla y erradicarla. Sostienen juristas, sociólogos y antropólogos estudiosos del tema que al ser el aborto-delito el producto de una creación religiosa con fundamentos que se sostienen en postulados religiosos y no en verificaciones científicas debería ser razón suficiente para no ser tomado como concepto en un Estado confesional y menos aún en Estados no confesionales. (IBAÑEZ Y GARCÍA-VELASCO, 1992).

Uruguay, sostiene una ley promulgada en 1938 que convierte al aborto en un delito siempre. La reimplantación de la penalización, (en 1934, nuestro país había sido uno de los primeros en el mundo en despenalizarlo) contó entre sus responsables a los sectores conservadores católicos (SAPRIZA, 1994) a pesar de ser un Estado laico. *“La relajación moral de las costumbres, fenómeno que acusa su mayor agudeza después de la gran guerra europea, nos brinda una mujer moderna, que aspira a disfrutar de todas las libertades de que ha gozado hasta ayer el hombre ... este tipo de mujer ha cometido el error, no solamente moral sino biológico de exi-*

gir una equiparación con el hombre en el dominio de su vida sexual” (Mensaje del Poder Ejecutivo de 1937, firmado por Gabriel Terra y Juan C. Mussio Fournier) ⁱⁱ

Nunca expresado de forma tan clara, este mensaje sintetiza uno de los principales nudos de la resistencia a la despenalización del aborto: la intolerancia de admitir el derecho de las mujeres a ejercer sus derechos y de reconocerles su carácter de seres autónomos, independientes y con libertad para decidir sobre su cuerpo, su sexualidad y su reproducción.

La sociedad sexista estructurada en una división de lo público como político, racional y masculino y lo privado como personal, afectivo y femenino, ha definido y asignado roles arbitrariamente, convirtiendo las diferencias biológicas entre hombres y mujeres en desigualdades sociales para las mujeres. La estructura patriarcal y su consecuente desigualdad de género se convierte así en uno de los principales obstáculos para el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres, en general, y de aquellas que pertenecen a los sectores más vulnerables, en particular. A las discriminaciones de clase social, raza, etnia, edad, orientación sexual, se le suma la de género.

Cuando una mujer se enfrenta a un embarazo que no puede sostener, cuando decide por un aborto, cuando tiene que hacerlo sola, en condiciones inseguras, con la censura social, el juicio legal y el riesgo de morir o afectar gravemente su salud se están violando muchos de sus derechos sexuales y reproductivos y violentado –por lo tanto- su desarrollo como persona y ciudadana.

El empoderamiento de las mujeres en el ámbito económico y político, así como sus posibilidades para influir en los cambios sociales, se construye y potencia, en primera instancia, en la esfera de las decisiones personales-individuales (...) en la sexualidad y la reproducción. Sin cambios en la dinámica de las relaciones de poder será difícil la potenciación real y el empoderamiento de las mujeres en las esferas económicas y de participación política. La posibilidad de decidir y controlar su propio cuerpo y su fecundidad se constituye en la base fundamental para el disfrute de otros derechos económicos y políticos”. (Plataforma de Acción, IV Conferencia Mundial de la Mujer, Beijing, 1995) Plataforma que Uruguay ha firmado y con la que se ha comprometido, sin reservas.

EL LUGAR DE LOS HOMBRES

En términos muy generales -y teniendo muy presente que las afirmaciones globales no dan cuenta cabal de la diversidad de actitudes y responsabilidades masculinas con rela-

ción al tema- el rol de los varones frente al aborto, de acuerdo a investigaciones realizadas en la región, podría clasificarse en dos grandes grupos:

como de apoyo u obstáculo a las necesidades, elecciones y derechos de las mujeres. En este caso las actitudes masculinas pueden ir desde desentenderse de la situación a acompañar la decisión de la mujer o, de imponer su voluntad ya sea ésta la de mantener o interrumpir el embarazo. Hay estimaciones que registran que del 30 al 40% de las mujeres que han abortado, uno de los factores determinantes de la decisión fue porque el compañero no deseaba tener un hijo. Así como también se han registrado denuncias policiales por prácticas de aborto hechas por los maridos de las mujeres involucradas.

El otro gran grupo es de aquellos hombres que desempeñan su actividad sexual con conciencia de su capacidad reproductiva y por lo tanto tomando los cuidados y acciones anticonceptivas necesarias. Si no desean ejercer su paternidad, se previenen. Si quieren ser padres, negocian previamente con la mujer con la que desean tener un hijo.

El cómo los hombres ejercen su poder en las negociaciones sexuales y reproductivas tendrá relación directa con el nivel de conciencia y respeto de sus derechos y los de su pareja. Ese poder podrá ejercerse de forma más o menos democrática según las pautas culturales dominantes. En culturas o sectores con patrones más conservadores, tradicionales y/o autoritarios, la voluntad masculina tenderá a imponerse. En otras circunstancias los términos de la negociación sexual y reproductiva tenderán a considerar las diferencias, buscar los acuerdos y respetar las decisiones.

El enfrentarse a un embarazo inesperado sin duda es un elemento disruptor en la relación erótico-afectiva de una pareja que obliga a replantear proyectos de vida comunes e individuales, confrontar interpretaciones morales y filosóficas, definir necesidades de cada integrante, negociar un acuerdo o enfrentar una ruptura. Y en este nivel de lo personal – de lo privado es donde también debe darse condiciones (garantizadas desde lo institucional) para que los derechos sexuales y los derechos reproductivos de cada una de las partes, no sea violentados.

“Las profundas raíces morales no ontológicas sino ideológicas que llevan siglos modelando los comportamientos masculinos y femeninos, requieren contraponerse con nuevos postulados. Un comportamiento deseable por la eticidad que conlleva en nuestro marco de valores, es que tanto hombres como mujeres (fundamentalmente) validemos nuestras propias necesidades y deseos tanto como validamos las de las y los otros a quienes rodeamos. Estaríamos obrando en contra de un principio ético al otorgarle mayor valor a la vida, posibilidades y alcances de nuestra familia, descuidando los nuestros, al igual que no cuidando de nuestra salud.” (LONDOÑO, 1994).

La revisión de los modelos hegemónicos de masculinidad y su respectivo cuestionamiento permitirá que se desarrollen plenamente las diversas formas del ser hombre, generando una importante ganancia para la calidad de vida y el ejercicio de los derechos tanto de varones como de mujeres.

INTERPELANDO A URUGUAY

Nuestro país hoy tiene en debate un proyecto de ley para la Defensa de la Salud Reproductiva con media sanción en Cámara de Diputados luego de muchos esfuerzos, angustias y debido al aumento de la mortalidad materna por abortos realizados en condiciones de riesgo.

Para las organizaciones que hemos participado desde 1985 en el debate sobre la situación del aborto en el Uruguay, importa resaltar que si bien en cada legislatura se han presentado proyectos de despenalización/regulación de esta práctica, con sus correspondientes debates, es en esta oportunidad que se ha constituido una corriente de opinión mucho más amplia. Se han pronunciando públicamente -en apoyo de este proyecto- instancias de la magnitud del Concejo Directivo Central de la Universidad de la República, decanos de diversas facultades, personalidades del ámbito académico, profesional, deportivo, de distintas expresiones artísticas, personas de diversas edades, condiciones socioeconómicas y culturales.ⁱⁱⁱ

Uruguay está siendo mirado desde otros países y desde distintas organizaciones regionales e internacionales como un país pionero en generar legislación que promueva, respete y garantice los derechos sexuales y los derechos reproductivos. Ha sido un largo trayecto que ha permitido acumular reflexiones y madurar las posiciones.

Se han abierto las fronteras de los espacios “tradicionales” en los que se sostenía la polémica y se ha constituido un amplia y diversa corriente de opinión⁴⁴ que coincide en sostener que:

la práctica clandestina del aborto –en condiciones de riesgo- es un problema de salud pública y de injusticia social que sólo podrá ser solucionado con una política integral de prevención y atención adecuadas a la realidad.

La defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos es una responsabilidad del Estado que debe estar garantizada desde la laicidad, el respeto a la diversidad de creencias y la promoción de una convivencia democrática que no permita el avasallamiento de posiciones hegemónicas de ningún tipo.

Y, que la promoción y orientación del ejercicio responsable de la paternidad y la maternidad es uno de los elementos sustanciales en la construcción de una sociedad más equitativa y por lo tanto más saludable.

Mary Wollstonecraft en 1791-1792 en su reivindicación de los derechos de la mujer decía *“... la humanidad, incluidas las mujeres, llegará a ser más inteligente y virtuosa cuando una política sana consiga que reine la libertad”*

Varios siglos después, desde el feminismo, seguimos creyendo que la libertad y el respeto a los derechos humanos son y serán instancias fundamentales para el bienestar humano y el desarrollo de la vida.

La responsabilidad para lograrlo es del conjunto de la sociedad, pero hoy, el Senado de nuestro país tiene el poder de iniciar un cambio.

Notas

- i. Declaración Universal de Derechos Humanos de la ONU, Art. 2, 10 de diciembre de 1948.
- ii. Tomado del artículo de Sapriza Graciela, "Cuando fue legal en el Uruguay", en Aborto: Voces de una Polémica, Arca, 1994, pag. 77.
- iii. En 2002 se constituye la Coordinación Nacional de Organizaciones Sociales por la Defensa de la Salud Reproductiva con el objetivo de impulsar la aprobación del proyecto de ley a debate en el Poder Legislativo. Dicha coordinación está integrada por representantes del PIT-CNT (Central de trabajadores/as), de grupos religiosos (afro-umbandistas, metodistas, valdense, judíos, y católicos/as por el derecho a decidir), de organizaciones de jóvenes, de derechos humanos, de afrodescendientes y grupos defensores de la diversidad sexual. Esa instancia fue convocada por organizaciones feministas integradas en MYSU (Mujer y Salud en el Uruguay) – la CNS (Comisión Nacional de Seguimiento: Mujeres por Democracia, Equidad y Ciudadanía) y CLADEM-Uruguay. Desde la Coordinación Nacional se han llevado adelantes numerosas actividades de información, difusión, capacitación, intercambio de ideas, producción de materiales, lobby parlamentario, seminarios y conferencias con la participación de expertos internacionales en diversos temas vinculados, con la intención de calificar y promover el debate público. www.chasque.net/abortoenuruguay

Bibliografía

- BUNCH, C.; HINOJOSA, C.; REILLY, N. (2000) Los derechos de las mujeres son derechos humanos. Crónica de una movilización mundial. RUTGERS, New York, Estados Unidos.
- COSTA, S.; DINIZ, D. (2001) Ensaios Bioética. Letras livres, Brasilia, Brasil
- FASTEAU, M. (1976) La máquina masculina. Editorial Sudamericana, Buenos Aires, Argentina.
- FUNDACION IEPALA (1998) Comisión independiente sobre la población y la calidad de vida. Elegir el Futuro, un programa radical para la mejora sostenible de la calidad de vida. Madrid, España.
- GOGNA, M.; RAMOS, S.(2002) Experiencias innovadoras en salud reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales. Consorcio Latinoamericano de programas en salud reproductiva y sexualidad. CEDES, Buenos Aires, Argentina.
- IBAÑEZ Y GARCÍA VELASCO, J. (1992) La despenalización del aborto voluntario en el ocaso del siglo XX. Siglo Veintiuno de España Editores, S.A., Madrid, España.
- LASSONDE, L. (1997) Los Desafíos de la demografía, ¿qué calidad de vida habrá en el siglo XXI? Direction du Développement et de la Coopération, UNAM, IIS, PUEG, D.F., México.
- LONDOÑO, M.(1994): Ética de la Ilegalidad. Visión de género y valores reproductivos. ISEDER, Cali, Colombia.
- PEREZ, A. (1993) Aborto: voces de una polémica. Arca, Montevideo, Uruguay.
- PETCHESKY, R.; JUDD, K. (1998) Negotiating Reproductive Rights. Women's perspectives across countries and cultures. IRRAG, London – New York.

6

**DEL ENFOQUE MATERNO INFANTIL
AL ENFOQUE DE LA SALUD REPRODUCTIVA**

**DEL ENFOQUE MATERNO INFANTIL
AL ENFOQUE DE LA SALUD REPRODUCTIVA.
Factores vinculados a la incorporación
de un programa de salud integral de la mujer en el
marco de un modelo asistencial materno infantil.
*Resumen de Informe de Investigación.***

Ps. Alejandra López Gómez (*investigadora principal*)

Dr. Wilson Benia

Dra. Myriam Contera

Dr. Carlos Guida

Dra. Laura Echeveste*

INTRODUCCIÓN

La investigación cuyos resultados se desarrollan en el presente trabajo fue realizada en Montevideo, capital de Uruguay, en el período julio 2001 – noviembre 2002. Se propuso identificar y analizar los factores que obstaculizan y facilitan la implementación de un Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) en el marco de los Centros de Salud del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública (MSP).

El inicio del Programa SIM a comienzos del año 2001, significó un cambio relevante en las políticas de salud reproductiva desarrolladas hasta el momento en el país. Su creación

* Investigación realizada en el marco de la Cátedra Libre en Salud Reproductiva, Sexualidad y Género de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, en coordinación con el Servicio de Salud de Asistencia Externa del Ministerio de Salud Pública, y con el apoyo de la Fundación Mexicana para la Salud.

señala una tendencia a la vinculación entre la salud reproductiva y la reforma del sector salud en el Uruguay. Ello se refleja, por un lado, en una actitud diferente del Estado respecto a las políticas en salud reproductiva, expresada por la inclusión de nuevos servicios a la cartera de prestaciones; y por otro lado, en la tendencia a la descentralización, con transferencia de la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención a los efectores del Primer Nivel, que tiene en el Programa SIM una de sus concreciones. Lo expuesto justifica su interés como objeto de estudio, y para su mejor comprensión se señalarán elementos históricos y contextuales.

Uruguay es un país pequeño, con una población total de 3.322.141 habitantes, fundamentalmente caucásica, que se ha caracterizado históricamente por algunas ventajas comparativas con el resto de los países del contexto latinoamericano.

La conformación y desarrollo del Estado uruguayo en su carácter de benefactor y laico, con una legislación social de avanzada, se inicia a través del proyecto modernizador de comienzos de los novecientos: legislación laboral sobre la jornada de 8 horas, licencia por maternidad, seguridad social, sufragio femenino, ley de divorcio por sola voluntad de la mujer; educación laica, gratuita y obligatoria a nivel primario y secundario. Asimismo, se propició el acceso a la educación terciaria de las mujeres y su temprana incorporación al mercado de trabajo. La extensión de la educación pública se configuró en la principal institución de socialización y factor de movilidad social. El país se caracterizó por una transición demográfica y epidemiológica temprana en el continente, que le permitió exhibir ya en la primera década del siglo XX, niveles de mortalidad y tasas de fecundidad similares a los experimentados por las poblaciones de los países industrializados (TGF 2.3), reduciendo su natalidad inicial entre 1880 y 1940 en un 60%. Como consecuencia de estas tendencias, el país exhibe una estructura de población relativamente envejecida y un bajo crecimiento vegetativo. En este marco se explica la creencia, fuertemente arraigada en el conjunto de la sociedad, de una igualdad entre hombres y mujeres, imaginario éste que se ha visto confrontado en la última década, con las evidencias sobre la situación desigual entre unos y otras, en diversas esferas sociales.

El sistema de salud en Uruguay muestra una articulación compleja de instituciones públicas y privadas. En apretada síntesis, podemos decir que se compone de: 1) el subsector público: que comprende el MSP, con sus funciones básicas de rectoría, normatización, control y asistencia; servicios brindados por otros Ministerios (Defensa, Interior, Trabajo y Seguridad Social), Entes Autónomos, Banco de Previsión Social y Banco de Seguros (con oferta de asistencia ante accidentes de trabajo), Universidad de la República a través del Hospital de Clínicas; servicios de salud municipales. El Subsector Público

provee cobertura a un 48 % de la población total, procedente de los sectores de menores recursos, a través de una amplia red de servicios, con especial énfasis en el desarrollo del Primer Nivel de Atención. Ha sido, históricamente el subsector pionero en la implementación de programas preventivos, sobre todo en el área materno-infantil; 2) el subsector privado: responsable de la atención de un 52% de la población, a través de un sistema de adhesión voluntaria con una modalidad de prepago de una cuota mensual (Instituciones Asistencia Médica Colectiva, IAMC). El carácter de los servicios es casi exclusivamente asistencial, con grandes diferencias en la calidad de las prestaciones.

El gasto en salud en el Uruguay ha ido aumentando en forma progresiva, siendo hasta el año 2000¹ aproximadamente el 10% del PBI (correspondiendo al subsector público alrededor del 2.8 %). Si bien puede considerarse un porcentaje elevado, es ineficiente desde el punto de vista macroeconómico y microeconómico.

La superposición de servicios, la descoordinación interinstitucional, la falta de definición de prioridades, las carencias de mecanismos solventes de regulación, monitoreo y control, cuestionan al tratar de abordar el conjunto de instituciones de asistencia como un sistema organizado (Filgueira, 1996).

Por su parte, la Salud y los derechos sexuales y reproductivos no parecen haber obtenido en general el reconocimiento y la apropiación de la ciudadanía; tampoco parecen estar claramente identificados por los actores del sistema político o del Estado. Habiendo sido un Estado que reconoció tempranamente las distintas "generaciones" de derechos, no se ha reconocido la necesidad de actualizar la agenda en esas materias" (López Gómez, Dufau, Rostagnol, Filgueira, Abracinskas, 2002). La historia de la salud materno infantil en el país presenta otro escenario, ya que el temprano desarrollo de políticas y programas en este campo, integrados tanto en el sector público como privado de la salud, e iniciados hacia mediados del SXX, posibilitó su institucionalización y reconocimiento como asunto prioritario de la salud pública, posibilitando el descenso de los indicadores de mortalidad infantil, la captación temprana del embarazo y su adecuado control, la atención institucional del parto (99 %) y la atención del puerperio. En tal sentido, el país presenta un panorama comparativamente favorable en la región. Sin embargo, el desarrollo del modelo asistencial materno infantil, su institucionalización y hegemonía, trae aparejadas dificultades para de-construir y revisar los supuestos en los que se basa el enfoque que lo sustenta.

La visión tradicional sobre el papel de la mujer en el cuidado de la salud familiar, el desarrollo del área materno infantil, la venta libre en farmacias de métodos anticonceptivos orales, la baja TGF serían algunas de las razones que explicarían que, hasta el año 1996,

no se hayan establecido desde el Estado, políticas y programas que abordaran integralmente la salud de las mujeres en los aspectos sexuales y reproductivos.

La reforma del estado en Uruguay sigue una pauta gradualista. En la agenda de los distintos actores políticos, la reforma del sector salud no parece ocupar un lugar prioritario. Los protagonistas de los cuerpos políticos, salvo excepciones, mantienen cautela al plantear innovaciones, quizás en consideración a la necesidad de alcanzar los consensos necesarios en las cuestiones "centrales" de la agenda (entre las cuales está ausente la salud y los derechos sexuales y reproductivos). Esa cautela coincide con rasgos culturales que mediatizan y gradualizan los cambios en todas las áreas de la vida social. Actualmente se está transitando una etapa de cambios políticos en el sector salud, tendientes a un fortalecimiento de la función de superintendencia por parte del Estado, control de calidad de las prestaciones, evaluación de la gestión, etc.

Entre los intentos de reforma del sector, se destacan la propuesta de la ley de Descentralización de ASSE^{III} (impulsada entre 1990 - 1995), la ampliación de la cobertura de la seguridad social a una franja de la población jubilada o la puesta en marcha de un sistema de identificación de usuarios del sistema público. El rol del Estado en calidad de prestador de servicios de salud ha sido uno de los ejes centrales de discusión en las propuestas de reforma. En tal sentido, uno de los principales nudos es la contradicción entre el rol prestador/normatizador versus la tercerización (transferencia) de servicios al sector privado y a las organizaciones de la sociedad civil. La burocracia pública y el sector privado han hecho hincapié, en general, en la necesidad de separación de los aspectos asistenciales y normatizadores del Estado (Moreira, Fernández, 1997). Según esta propuesta, las funciones asistenciales deberían ser relegadas a un paquete básico de prestaciones, destinado a los sectores de menores recursos. Otras voces se han hecho sentir, asegurando que una estructura sólo "para pobres", afecta la calidad asistencial de todo el sistema.

"Las políticas de reforma del sistema de salud como tal, en Uruguay, han respondido más bien a un patrón de "reestructuración pasiva" del sector que a una política activa. Distintas propuestas de reforma fueron ensayadas desde la transición democrática, orientadas tanto a superar los déficits crecientes del seguro social de salud (mutualismo) como los problemas de ineficiente y mala calidad de atención a nivel del sector público. Sin embargo, diversos bloqueos políticos han inhabilitado no sólo la reforma, como también un debate público más compartido por los uruguayos sobre el tema." (Moreira, Fernández: 1997)

Por un lado, se registra la no existencia de políticas de Estado que otorguen continuidad a las acciones: "(...) un país como Uruguay donde la discontinuidad de tendencias pro-

gramáticas, políticas de reforma del sector salud, programas, acciones y responsables tienen una alta rotación y discontinuidad. No solamente porque en cada cambio de administración, cada cinco años, se renueva gran parte de la composición legislativa y del cuerpo de decisores políticos a nivel ejecutivo, sino porque además al no contar con políticas de Estado, se suele comenzar siempre de cero, no hay acumulación de procesos ni acciones y, en general, no se garantiza continuidad ni aún cuando el mismo partido político está en el gobierno o en la institución ejecutiva." (Abracinskas & López Gómez, 2001)

Dentro del subsector público, se está produciendo un cambio acelerado hacia la descentralización, traducida por ejemplo, en la transferencia a los efectores del Primer Nivel, la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención, pudiendo ubicarse la incorporación del Programa Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) como producto de ese proceso.

Como mencionáramos anteriormente, el temprano proceso de transición demográfica hizo pensar históricamente que el país carecía de "problemas" de población. Y en tal sentido, el Estado Uruguayo no desarrolló políticas públicas dirigidas a la planificación familiar hasta comienzos de la década de los 90. Desde fines de la década del 60, la única institución que brindaba servicios de planificación familiar, en convenio con el MSP, era la institución privada Asociación Uruguaya de Planificación Familiar e Investigación en Reproducción Humana (AUPFIRH, y hoy denominada AUPF). La AUPF, operando dentro de las instalaciones del MSP, suministra métodos anticonceptivos con aranceles diferenciados, según asistencia privada y pública.

En el año 1996, y a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD, 1994) y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), se inauguraron, en el subsector público de la salud, dos Programas en Salud Reproductiva que incluyeron la anticoncepción. Uno de ellos ubicado en la Intendencia Municipal de Montevideo (IMM) a través de su sistema local de atención primaria, y otro en el MSP.

El ubicado en la órbita municipal del gobierno de Montevideo, Programa de Atención Integral a la Mujer (PAIM – Intendencia Municipal de Montevideo) se inició hacia el año 1996, funciona en sus 18 Policlínicas con presupuesto genuino, integrándose como parte de las políticas sociales del gobierno municipal de Montevideo.

El Programa del MSP, Programa Maternidad y Paternidad Elegida, comenzó siendo un proyecto de fortalecimiento del Área Materno Infantil, con énfasis en las poblaciones de extrema pobreza, siendo definido en el año 1999 por decreto ministerial

como un programa prioritario de salud (dependiente de la División de Promoción de la Salud).

Sin embargo, a nivel del MSP, las propuestas en salud reproductiva han padecido tanto los avatares provocados por los cambios sucesivos de autoridades como por la no inclusión efectiva de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la agenda política. Es en esta lógica, que en el año 2000 se decide el cese de la ejecución del Programa Maternidad y Paternidad Elegida. En el año 2001, en el marco de un cambio en las acciones del MSP en la asistencia a la salud reproductiva, a los efectos de asegurar una mayor cobertura y accesibilidad a métodos de planificación familiar, se le encomendó al Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE) del MSP establecer prestaciones de anticoncepción en el Primer Nivel de Atención del Subsector Público en el Departamento de Montevideo. La conducción técnica de SSAE decidió incorporar los servicios de anticoncepción en el marco de un Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM), con énfasis en la salud sexual y reproductiva, con diferentes componentes: Planificación Familiar, Captación precoz y control del Embarazo, Prevención de Cáncer de mama y cuello uterino, Prevención y tratamiento de Infecciones de Transmisión Sexual, Sensibilización y Capacitación de los profesionales en el abordaje de la salud de la mujer desde una perspectiva de género, Formación de grupos de mujeres, etc.^{iv}

Históricamente los Centros de Salud han tenido una estructura edilicia y funcional destinada a brindar servicios en el área de lo materno infantil. Ello ha determinado los diferentes aspectos de su funcionamiento, desde la selección y formación de los recursos humanos, la estructura de los espacios físicos, el equipamiento y la medicación disponibles, la definición de las prioridades, los campos de trabajo y la asignación de tareas a los/as profesionales.

Los principales efectores con que cuenta el SSAE son 10 Centros de Salud, ubicados en diferentes barrios de la ciudad de Montevideo y parte de la zona metropolitana de la capital, cuyas usuarias potenciales totalizan una población aproximada de 123.000 mujeres entre 10 y 49 años.

La instalación en los Centros de Salud de una línea programática diseñada desde la perspectiva de la salud integral de la mujer (Programa SIM), que incluye la salud materno-infantil, pero que la trasciende, encuentra en los diferentes niveles de la organización un conjunto de elementos resistenciales y obstaculizadores, que dificultan su implementación; asimismo se perciben aspectos facilitadores que contribuyen a su inserción.

La investigación que se presenta se centró en la identificación y análisis de los facto-

res vinculados a la implementación del Programa SIM que se ofrece como una propuesta programática y asistencial diferente a las que tradicionalmente se han desarrollado en el país.

OBJETIVOS

General

Conocer los factores socioculturales, funcionales y organizacionales que inciden en la inserción de un Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) con énfasis en la Salud Sexual y Reproductiva, en el marco de un modelo asistencial materno – infantil, en servicios del Primer Nivel de Atención del sub-sector público del Departamento de Montevideo y parte de la zona Metropolitana.

Específicos

- Conocer el perfil sociodemográfico de las mujeres usuarias de los servicios y explorar sus percepciones sobre asuntos referidos a su salud sexual y reproductiva.
- Identificar los factores funcionales y socio-culturales que inciden en la accesibilidad de las mujeres usuarias de los Centros a los servicios del Programa SIM.
- Conocer los aspectos conceptuales, culturales y laborales de la realidad de Directores y técnicos/as de los Centros, que inciden en la implementación del Programa SIM.
- Identificar los factores condicionantes de la prescripción de métodos anticonceptivos por parte de los/as técnicos.
- Identificar los factores funcionales y organizacionales de los servicios que facilitan y/u obstaculizan la implementación del Programa SIM.
- Conocer el papel que juegan los varones en las decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción, desde la perspectiva de las usuarias.

METODOLOGÍA

Se propuso un diseño metodológico mixto tendiente a la combinación de técnicas cualitativas y cuantitativas a los efectos de conocer diferentes facetas y perspectivas del objeto de estudio: los factores que inciden en la inserción de un Programa en salud integral de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno infantil predominante en los Centros de Salud.

La estrategia metodológica estuvo centrada en la triangulación, concepto que refiere a "la combinación y cruce de múltiples puntos de vista, a la tarea conjunta de varios investigadores, a la visión de diferentes informantes, y al uso de técnicas diversas de recolección de datos acompañando todo el trabajo de investigación a fin de permitir la interacción, la crítica intersubjetiva y la comparación." (de Souza Minayo & Cruz Neto, 1999). Los procedimientos de triangulación de los datos generados por los diferentes componentes y técnicas de la investigación configuran una modalidad de validación de los hallazgos y conclusiones.

Se conformó un equipo interdisciplinario integrado por investigadores/as vinculados a las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales. De esta manera, se intentó profundizar en el análisis a partir de diferentes perspectivas disciplinarias, su confrontación y articulación.

Sobre los criterios de selección de ámbitos de estudio: los Centros de Salud.

La cobertura asistencial del 40 % de la población de Montevideo (1.344.839 habitantes*) es brindada por el MSP^{vi} a través de servicios de distinto nivel de complejidad. El Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE-MSP) coordina el Primer Nivel de Atención en Montevideo, a través de una red estructurada por diez Centros de Salud que cubren gran parte de las áreas urbana y sub-urbana. Cada Centro tiene, dentro de su área, una serie de policlínicas dependientes y consultorios de médicos de familia. En los Centros de Salud y sus policlínicas dependientes se efectuaron 1.200.000 consultas durante el año 2001.

El estudio se implementó en los Centros de Salud que fueron seleccionados según los criterios de: dimensión del Centro, antecedentes de implementación del Programa Maternidad y Paternidad Elegida, presencia de servicios de AUPF y dinámica de funcionamiento del Centro.

Los 5 Centros seleccionados aleatoriamente para el estudio, sobre un total de diez, fueron los siguientes: Giordano, Santa Rita, Unión, Cerro, Piedras Blancas .

Técnicas utilizadas

Análisis documental: se realizó un exhaustivo relevamiento y análisis de documentos de interés para el estudio, en especial aquellos elaborados por el MSP (publicados y de circulación interna), por otras instancias gubernamentales referidas a políticas de salud y

otros que recogen antecedentes nacionales en la implementación de programas en salud reproductiva.

Observación de Centros de Salud: se realizaron observaciones directas en los cinco Centros seleccionados, mediante una pauta predeterminada. La observación se propuso como una técnica que permitiría recoger información sobre la dinámica de funcionamiento cotidiano de la salas de espera de los Centros, relaciones interpersonales, tipo de comunicación, organización del espacio y del tiempo, privacidad de la consulta, entre otros puntos. La observación de Centros fue el primer paso del trabajo de campo, como aproximación inicial al objeto de estudio, y fue realizada por tres integrantes del equipo de investigación.

Entrevistas a técnicos/as y directores/as de los Centros de Salud: para la selección de la muestra de informantes, en cuanto a técnicos/as se refiere, se contemplaron los siguientes criterios: pertenecientes a los cinco Centros seleccionados incluyendo mujeres y varones; incluir gineco-obstetras, parteras y licenciadas en enfermería; incluir técnicos/as que además se desempeñaran como coordinadores del Programa SIM en el Centro. No se incluyeron en la muestra otras profesiones, por entender que en las etapas iniciales de implementación del Programa SIM, serían las profesiones seleccionadas las que tendrían una mayor incidencia en el proceso. Se entrevistó un total de 10 técnicos/as distribuidos de la siguiente manera: cinco gineco-obstetras, una licenciada en enfermería y cuatro parteras.

Se confeccionó una pauta y guía de entrevista a técnicos/as que incluyó los siguientes tópicos: facilitadores y obstáculos en la implementación del Programa SIM; implicación en la implementación del Programa; posicionamiento sobre la anticoncepción y la integralidad de la consulta gineco-obstétrica en el Centro de Salud; representaciones y percepciones sobre las mujeres usuarias; percepción acerca del lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas

Se realizaron cinco entrevistas a Directores/as de los Centros de Salud, cubriendo la totalidad de los Centros seleccionados. Se confeccionó una guía de entrevista que incluyó los siguientes campos de indagación: la relación entre el Centro y las usuarias; facilitadores y obstáculos en la implementación del Programa SIM; el enfoque materno infantil y el enfoque en salud reproductiva; acciones de promoción y educación en salud reproductiva; el papel del varón en la salud reproductiva; necesidades de capacitación del personal del Centro.

Sobre un total de 15 entrevistas a directores y técnicos, la distribución por sexos fue de cuatro varones y once mujeres.

Análisis de las entrevistas: luego de su desgrabación y transcripción literal, se procedió a la identificación de los grandes temas mediante la creación de códigos que se correspondían con los tópicos de las pautas de entrevistas. Para ello se procedió de manera deductiva; mientras que en la codificación fina que se realizó con las sucesivas lecturas del material de entrevistas, se procedió de manera inductiva. Se trató de identificar lo que "se dice sin decir" (Castro, 2000), los implícitos y los supuestos (teóricos, ideológicos) que organizan el discurso de los/as entrevistados/as.

Entrevistas a autoridades del Ministerio de Salud Pública: se realizaron en la última fase de implementación del trabajo de campo, debido a los cambios que se produjeron en este nivel en los últimos meses. Se realizaron entrevistas con autoridades ministeriales de la Dirección General de la Salud, a los efectos de poder conocer su perspectiva respecto a la situación actual de las políticas en salud reproductiva en el país, en un contexto de reformas, e identificar las tensiones y tendencias en este campo.

Encuesta a mujeres usuarias de los Centros de Salud: el universo del estudio estuvo constituido por la población femenina usuaria de los Centros de Salud. Se seleccionó una muestra de 683 mujeres de entre 10 y 49 años. El tamaño muestral se definió a partir de los parámetros: frecuencia esperada de algunas variables de estudio (temor a la realización del estudio de Papanicolaou: 21%)^{vii}, nivel de confianza: 95%, precisión: 0.03.

La muestra fue seleccionada entre las mujeres que entre el 21 de noviembre y el 19 de diciembre de 2001, concurrieron a los cinco Centros de Salud seleccionados para el estudio.

Se realizó un muestreo estratificado por Centro en base a la proporción de consultas durante el primer cuatrimestre de 2001. Las mujeres fueron seleccionadas entre las que se encontraban presentes en las salas de esperas de los Centros, durante los días de realización de la encuesta. Se utilizó un formulario constituido por 114 preguntas cerradas (con respuestas precodificadas) y 16 preguntas abiertas, cuyas respuestas fueron categorizadas y codificadas luego de realizada la encuesta. En el instrumento se pueden identificar diferentes bloques de preguntas referidos a: características sociodemográficas, percepción de las mujeres sobre sí mismas, conciencia y ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, percepción sobre calidad de la atención que reciben en el Centro de Salud, trayectoria reproductiva, utilización de métodos anticonceptivos, aspectos vinculados al ejercicio de la sexualidad, hábitos y actitudes referidos a prácticas preventivas. Los datos fueron recogidos mediante entrevista a cargo de profesionales seleccionadas y entrenadas a tales efectos. Se diseñaron Bases de datos en formato EPI-INFO. Los datos fueron elaborados en base a un plan de análisis previamente determinado en orden a los objetivos de la investigación.

Entrevista a mujeres usuarias de los Centros de Salud: se realizó como complementaria de la encuesta, a los efectos de explorar más profundamente, los siguientes tópicos: significados de la maternidad, significados de la interrupción voluntaria del embarazo, decisión frente al uso de métodos anticonceptivos, percepción de la relación con el Centro de Salud. Se construyó un muestreo teórico teniendo en cuenta las siguientes variables: edad (en edad reproductiva), antecedentes de maternidad (mujeres con hijos) y frecuencia de asistencia al Centro (frecuente o baja). Se entrevistaron a un total de diez mujeres. Las entrevistas realizadas por una integrante del equipo de investigación tuvieron lugar en uno de los Centros de Salud, en un espacio físico acordado previamente a los efectos de garantizar la privacidad y el anonimato.

Consideraciones éticas

El equipo de investigación se propuso implementar una estrategia de presentación del proyecto consistente en una serie de pasos a los efectos de informar, de manera oportuna y clara, a los distintos actores involucrados en la implementación del Programa SIM, y solicitarles su colaboración y participación. Se mantuvieron reuniones con las autoridades del SSAE a los efectos de planificar las instancias de presentación ante los equipos técnicos y direcciones de los Centros de Salud. Se acordó la entrega a cada participante de una carta de Compromiso Ético firmada conjuntamente por la investigadora principal, el coordinador del Programa SIM y el Director del SSAE, en la cual se establecieron los criterios éticos de confidencialidad y anonimato de la información, así como la explicitación de que la información a ser recogida sería de uso exclusivo de la investigación. Estas instancias constituyeron pasos fundamentales para el inicio de la implementación del Proyecto, con el conocimiento, aval y apoyo de los distintos actores institucionales involucrados.

A las mujeres usuarias que participaron del estudio, se les solicitó su consentimiento verbal. Las mujeres mostraron buena disposición e interés en participar, así como también en conocer los resultados una vez finalizado el mismo.

Se diseñó una estrategia de disseminación de los resultados que incluye la realización de un seminario dirigido a los/as profesionales y direcciones de los Centros de Salud, entrevista con autoridades ministeriales, publicación de los resultados y su difusión en el ámbito académico y en las organizaciones de la sociedad civil, en especial las organizaciones de mujeres que trabajan en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

RESULTADOS

Características sociodemográficas de las mujeres usuarias de los Centros de Salud

Obtener un perfil socio-demográfico de la población usuaria de los Centros de Salud constituyó uno de los objetivos del estudio. La encuesta a usuarias permitió contar con elementos respecto a las características de la población hacia la cual va dirigido el Programa SIM.

Respecto a la distribución etaria, las dos terceras partes fueron menores de 30 años (67%), mientras que las restantes se ubicaron entre los 30 y los 49 años de edad.

El nivel de instrucción de las mujeres usuarias fue, en términos generales, más bajo que el de la población de Montevideo de 6 años y más, siendo escasa la cantidad que lograron superar el nivel primario. En lo que respecta a la situación de pareja, el aspecto más notable fue que el 46% declararon unión libre frente a un 8% en Montevideo. En cuanto a la situación de actividad de las mujeres, más de la mitad eran económicamente inactivas y de las que trabajaban, más del 60% se dedicaba a ocupaciones de escasa calificación y remuneración (domésticas, cuidado de personas, vendedoras ambulantes. El 13% de las usuarias encuestadas manifestaron ser la principal fuente de ingresos en su hogar. En la mayoría de los casos la principal fuente de ingresos la constituyó la pareja (59%) u otro familiar (25%), lo que es un indicador importante del estado de dependencia en que vive la mayor parte de estas mujeres.

En cuanto al Tipo de Hogar, la mayoría de las usuarias (54%) vive en hogares nucleares con Hijos. Le siguieron en frecuencia los hogares extendidos (33%). La cantidad de personas por hogar fue promedialmente mayor en la población encuestada (5 personas/hogar) respecto de la población urbana de Montevideo (3 personas/hogar). Se destaca que aproximadamente 3 de cada 10 usuarias, viven en hogares constituidos por 6 y más personas. En el mismo sentido, el estudio INFM (1999) afirma: "...en condiciones de pobreza las familias tienen una fecundidad mayor y por ende un tamaño mayor. También asociado a ello y respondiendo a estrategias de sobrevivencia, los arreglos familiares de tipo extendido, integrados por la pareja, sus hijos y otros familiares llegan a tener en promedio, casi seis integrantes (5.65)".

Respecto a la trayectoria reproductiva de las usuarias encuestadas, el 90% había estado o estaba embarazada. La cuarta parte ha tenido entre 3 y 4 embarazos, y aproximadamente una de cada 10, ha tenido 5 o más gestaciones.

Un 10% mencionó el antecedente de abortos espontáneos y un escaso 1.5% declaró aborto provocado, que es considerado delito por nuestra legislación.

Factores vinculados a la incorporación de un programa de salud integral de la mujer en el marco de un modelo asistencial materno infantil.

A partir de los objetivos planteados y del análisis del material de los diferentes componentes del estudio, en el cual se pretendió recuperar los puntos de vista de los sujetos de la investigación (usuarias, técnicos/as y directores/as) se identificaron cinco dimensiones que refieren a factores que intervienen en la implementación del Programa SIM: Factores vinculados a la tensión entre los enfoques de la salud reproductiva y la salud materno infantil.

Factores vinculados a las representaciones sobre la mujer usuaria.

Factores vinculados a la conciencia y ejercicio de derechos sexuales y de derechos reproductivos.

Factores vinculados al lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas.

Factores vinculados al modelo de atención: aspectos operativos y funcionales.

1) Factores vinculados a la tensión entre los enfoques de la salud reproductiva y la salud materno infantil en la implementación del Programa SIM.

En la encuesta a las mujeres usuarias se indagaron una serie de tópicos referidos a su visión sobre el ser mujeres y estar sanas. En tal sentido, el formulario incluyó preguntas acerca del número deseado de hijos, la continuación y/o interrupción de un posible nuevo embarazo y hábitos referidos a prácticas preventivas en salud sexual y reproductiva, entre otros.

En relación al número deseado de hijos, dos tercios de las mujeres hubieran deseado tener dos hijos o menos. La cuarta parte de las mujeres ubicaron entre 3 y 4 la cantidad deseada de hijos. El promedio deseado de hijos en el total de las encuestadas se ubicó en 2.5. Se observó un ascenso progresivo en este promedio a medida que aumentó la edad de las usuarias, pasando de 2.1 en el grupo de 10 a 19 años, a 3.1 en el de 40 a 49 años. Esto sugiere un cierto movimiento respecto al ideal de la maternidad en las diferentes generaciones. Situadas ante el escenario de un nuevo embarazo, casi el 70% de las mujeres manifestaron aceptación del mismo, mientras que sólo el 7% explicitó que lo interrumpiría. Este planteo, en el plano del discurso, evidencia una naturalización de la maternidad; pero las mujeres, en los hechos, promedialmente "se permiten" tener hasta 2 hijos. ¿Han tenido estas mujeres, en promedio solamente dos embarazos en su vida como plantean en sus respuestas? ¿Cómo han resuelto la anticoncepción en un sistema

público de salud que hasta hace poco tiempo no incluía los métodos anticonceptivos en sus prestaciones?. Cabe preguntarse en qué grado ha sido el aborto inducido el que ha logrado este número promedio de hijos, y no aparece enunciado por las mujeres en el contexto de la encuesta, debido al temor a la sanción social por las condiciones de ilegalidad y penalización.

Entre las que afirmaron que aceptarían el nuevo embarazo, las causas aducidas pueden organizarse en tres grandes grupos: el rechazo al aborto (46%), la satisfacción por el nuevo embarazo (15%), y la aceptación fáctica "porque sí" (33%). Entre las que afirmaron que interrumpirían su embarazo, los motivos económicos ocupan el primer lugar (44%), seguido por el deseo de no tener otro hijo (20%). Esto se evidenció en las entrevistas a usuarias: "me gustaría tener no muchos hijos, dos, tres...por la situación económica del país"(mujer, 20 años, sin hijos, soltera) ."(en relación a la decisión de interrumpir un embarazo)También está el tema económico verdad?, se hace difícil criar a los chiquilines. Ellos piden, ellos desean cosas como todo el mundo, a veces uno tiene plata y a veces no. Y bueno, para tener hijos y tenerlos mal prefiero no tenerlos. Tener dos y tener bien, correlativamente bien."(mujer 36 años, dos hijos, casada)

En cuanto a sus hábitos y actitudes referidos a medidas de prevención, se destacan algunos elementos que cobran particular interés: en las mayores de 20 años, el 27% manifestó no haberse realizado nunca un Papanicolaou (PAP); el 41% nunca le hicieron un examen de mamas; el 48% nunca se hizo un auto examen de mamas. Ante esta realidad, las explicaciones de las mujeres aparecen vinculadas a la postergación personal en una proporción que oscila entre el 27% y el 29%. Esto evoca otras postergaciones ilustradas en los motivos referidos para interrumpir los estudios, tales como necesidad de trabajar (28%) y la maternidad (11%). El miedo a realizarse estudios preventivos tales como el PAP (43%), el examen de mamas (13%) y el auto examen de mamas (15%), traduce una cierta ajenidad a estas prácticas poco integradas a su vida, a diferencia de la maternidad que sí está naturalizada y jerarquizada desde el momento que el 90% han tenido la experiencia del embarazo. "La maternidad es la cosa más linda que hay" (mujer, 30 años, 3 hijos, unión libre), "es uno de los privilegios de la mujer" (mujer 35 años, 3 hijos, divorciada) dicen las usuarias en las entrevistas.

En referencia a la prevención del cáncer de mama, la "desinformación" aparece como causa aducida entre el 20 y 30% de las mujeres. Esta percepción de las usuarias de que el sistema de salud "no informa", seguramente contribuye a invisibilizar esta dimensión de la salud, máxime cuando los cuidados del embarazo son, como contraparte, un centro de la atención indiscutido y explícito de los Centros de Salud. Esto se registró en la observación, en relación a los contenidos de la escasa cartelera y folletería disponible en salas

de espera, generalmente referidos a temáticas concernientes a la maternidad, la lactancia, el cuidado y control del embarazo. No se observó en ningún Centro de Salud folletería y cartelera referida a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva.

Por su parte, el análisis del material recogido a través de las entrevistas con directores/as y técnicos/as de los Centros de Salud, señala algunas líneas de tensión entre el enfoque de la salud reproductiva y el enfoque de la salud materno infantil.

Los Centros de Salud Pública surgieron como una estrategia en el Primer Nivel de Atención siendo uno de los objetivos principales el desarrollo de la atención materno infantil.^{viii} La valoración del "binomio madre – hijo" y el rol de la madre como pilar del cuidado en la salud infantil y en el descenso de la mortalidad infantil, fueron ejes que sostuvieron esta propuesta. El enfoque materno infantil institucionalizado en la concepción y en las prácticas de los Centros de Salud, ha sido internalizado y naturalizado por el personal y por las usuarias, condicionando de esta forma tanto el tipo de demandas de la población, como la capacidad de escucha y decodificación de las mismas desde el lugar profesional.

El desarrollo del enfoque de la salud reproductiva, con el énfasis puesto en los derechos y en la salud integral de la mujer, introduce líneas de conflicto en las concepciones anteriores y en su hegemonía.

"Lo importante es el control de la embarazada y el bebe. Dejando, como secundario otros campos de la salud reproductiva" (Dirección, Centro de Salud)

"Sin duda es un paradigma que se mantiene y que está en nosotros. ¿Cambiarlo?. Yo creo que como profesionales jóvenes esto tendría que cambiar. Lo que sí también creo es el tiempo que un ginecólogo o el equipo de ginecología le brinda a las usuarias no es suficiente para... yo pienso que hay que cambiar un poco la mente del profesional pero también de la usuaria, que todo lo que reclame la usuaria vamos a buscar respuesta de alguna manera, sí, hay una complicidad entre la usuaria que no reclama y nosotros, en la vorágine de lo asistencial y de lo materno infantil, no le prestamos atención. Creo que ahí es cuando la cosa no marcha. Pero que si movilizamos las dos partes en esa demanda insistente, vamos a buscar la respuesta sí o sí." (Dirección, Centro de Salud)

"Que los técnicos y los colaboradores tengan una preocupación por aspectos que hasta ahora no consideraban más allá del estado de embarazo. Éramos Programa Materno Infantil, empezaban a existir cuando estaba embarazada. Existía sólo el aspecto reproductivo." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

La salud reproductiva es referida como una actividad nueva que se suma o se agrega a las que el Centro de Salud desarrolla. El Programa SIM no es percibido como una propuesta diferente que cuestiona el modelo anterior. La percepción que se tiene es que el Programa SIM implica solamente una ampliación de la oferta de prestaciones a la población al incluir la planificación familiar. Esto se correlaciona con la vivencia de los/as entrevistados/as de mayor exigencia para todo el personal, y para las capacidades del Centro de llevarla a cabo. La incorporación de una nueva tarea es vivida como un "peligro" para el buen desarrollo de lo materno infantil. En tal sentido, se registra una sensación de temor a la pérdida de un logro muy importante de los Centros.

"En una reunión que tuvimos con un consultor del FNUAP uno de nuestros ginecólogos planteó su queja acerca de cómo habían cambiado los Centros de Salud, que eran tan maravillosos como centros materno infantiles, y que ahora nos estamos preocupando por otros temas" (Dirección, Centro de Salud)

"Seguimos manteniendo lo materno infantil pero hemos tenido que agregar otras cosas de necesidad. Creo que la salud reproductiva y la atención integral de las mujeres es una necesidad altamente pedida por todos desde hace mucho tiempo: por las usuarias, por los técnicos. (...) Si a mi me dijeran: estamos atendiendo mal a las embarazadas, pero ese no es el tema. Estamos agregando un servicio con la salud reproductiva. Yo creo que la atención a la Salud Reproductiva no nos saca tiempo a la atención a la embarazada." (Dirección, Centro de Salud)

En consonancia con lo anteriormente planteado, la planificación familiar es referida como un punto conflictivo, que ameritó de parte de un grupo de técnicos, la comunicación formal a las autoridades^{ix} de un conjunto de cuestionamientos vinculados al modo de implementación de los servicios de planificación familiar, y a la remuneración insuficiente del personal para desempeñar esta tarea. En las entrevistas señalan la sobrecarga que implica la planificación familiar para la tarea cotidiana. Se visualizan "conflictos de intereses" en tanto algunos técnicos brindan servicios de planificación familiar en el marco del convenio que mantiene el MSP con la institución privada AUPF, por el cual reciben una retribución económica. Hay técnicos que se niegan a ofrecer el DIU a las usuarias, fundamentando que no hay condiciones sanitarias adecuadas para realizar este acto. Consideramos que co-existen razones ideológicas, socio-culturales y económicas que explican esta negativa, si bien algunos técnicos realizan planificación familiar en otros ámbitos de su práctica profesional. El antecedente del Programa Maternidad y Paternidad Elegida con el pago de una remuneración específica a los/as profesionales vinculados a las prestaciones de planificación familiar, es un elemento que opera como argumento, desde los/as técnicos, ante la nueva realidad.

"La consulta en anticoncepción merece un párrafo aparte. Es un programa nuevo que se suma al trabajo que ya estamos realizando con mayor carga de esfuerzo, concentración y responsabilidad, obligándonos a desplazar la consulta de captación de embarazo, de control del mismo, así como la demanda ginecológica...lo que perturbaría además el arduo trabajo de seducción y de estímulo a que este tipo de usuarias nos obliga para que controlen adecuadamente sus embarazos." (Carta entregada a Dirección de SSAE, marzo 2001).

"No tengo pelos en la lengua, tenemos grandes dificultades con el DIU, por el tema de la remuneración. Son los ginecólogos los que no ponen el DIU. ¿A quién toman de rehén? A la usuaria." (Dirección, Centro de Salud)

"Claro, aunque no manifestaron claramente "no voy a colocar DIU por tal razón", en la práctica se ve, es notorio." (Dirección, Centro de Salud)

2) Factores vinculados a las representaciones sobre la mujer usuaria.

En cuanto a las representaciones, ideas y sentimientos que las usuarias tienen sobre sí mismas, se destacan los siguientes hallazgos:

En lo referente a la autopercepción al compararse con mujeres de su misma edad, la mayoría (85%) se siente igual o mejor. Esta autopercepción se modifica a medida que avanza la edad, elevándose al 17% de las mujeres de 40 a 49 años.

En cuanto a la percepción de ser una persona conocida en el Centro de Salud, más de un tercio de las usuarias (37%) expresó que considera que no la conocen. En las observaciones realizadas en sala de espera se ratificó esta percepción tomando en cuenta que los/as técnicos y el personal no técnico del Centro no está identificado debidamente, y que las mujeres tampoco están personalizadas, sino que se las nombra genéricamente como "las madres". En cuanto a los sentimientos generados en la relación con profesionales del Centro, la quinta parte de las usuarias manifestó percibir que no siempre es comprendida o valorizada. El 37% expresó haberse sentido rezongada por los/as profesionales, y entre ellas, el 6% manifestó que esto le ocurría con frecuencia.

Las mujeres muestran en sus relatos que muchas veces toman decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción, sin haber contado con información, apoyo y orientación proveniente de los servicios de salud.

" La información me la dio la vida...Cuando yo siempre voy al ginecólogo, no me hablaba mucho de métodos anticonceptivos. " (mujer, 40 años, 3 hijos, divorciada)

Me dijeron si usaba, y yo usaba la regla, es decir, contaba los días después de la menstruación, hacíamos el coito interrumpido. Pero no había totalmente una conversación entre ginecólogo y paciente. Yo usaba ese método, no, no preguntaba sobre los demás. Si se sabe y se decía que las pastillas engordan o que el DIU se te cae" (mujer, 22 años, un hijo, unión libre)

Por su parte, los/as técnicos y directores cuando hacen alusión a las usuarias las identifican a partir de la función materna ("las embarazadas", "las madres"). Parece ser que a pesar de que se diga "la mujer no es sólo madre", la misma es concebida fundamentalmente en tanto tal. Las "interpretaciones" sobre los significados de la maternidad para las mujeres usuarias, desde la perspectiva de los/as técnicos/as, están referidas a la "búsqueda de status social", a la naturalización de esta función en tanto la maternidad es considerada como un destino que se asume como mandato intergeneracional, a la imposibilidad de asumir y ejercer "adecuadamente" el rol materno debido a la situación socioeconómica, y a la maternidad como una forma de satisfacer al varón y su necesidad de ser padre.

"(...) el embarazo adolescente surge porque la mujer opta por el embarazo como un elemento que le da estatus y las saca de una situación límite que ha sido violada, ha sido maltratada, ha sido, bueno totalmente maltratada. ¿Verdad?. Entonces lo toma ¡cómo que le da estatus! El embarazo le da estatus realmente." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"Lo que pasa es que se manejan de distinta manera. En las mujeres de escasos recursos la maternidad es como una situación que pasó y tá. Tienen que llevar el embarazo adelante y no sé. Si embargo, las personas de otro tipo de recursos como que la maternidad la planifican más, la piensan más." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"La vida de ellas circula alrededor de tener hijos, de ofrecerle a la nueva pareja que tienen, que son muchas, que cambian muy seguido, el tener un hijo es fundamental para ellas. Por eso se hace difícil de cambiar. Vivieron en ese medio, ven a sus mamás criando hijos, ellas también ayudan, por supuesto y lo único que les importa es darles un hijo a su nuevo compañero." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

La "mirada" de los/as técnicos sobre las mujeres usuarias de los Centros condensan valoraciones de género y de clase social. Se observa, se analiza y se actúa en relación a estas mujeres desde valoraciones diferentes a las que operan en relación a otras mujeres usuarias de servicios mutuales y/o privados de la salud, a las que los/as técnicos asisten en sus otras inserciones laborales. Los atributos asignados a las mujeres usuarias en su

carácter de pobres están asociados a la irresponsabilidad en el ejercicio de la maternidad y en el cuidado de la salud (dejadez, abandono personal). En tal sentido, las prestaciones en planificación familiar son concebidos como una estrategia de control de la reproducción de la pobreza, y no como un derecho de las personas para la autodeterminación reproductiva. Las representaciones sobre la maternidad en las mujeres de sectores medios y altos son contrastantes con las que se tienen respecto a las usuarias de Salud Pública. A su vez, las reacciones ante la percepción de las situaciones que atraviesa la población usuaria (pobreza, desempleo, violencia), llevan al profesional a cuestionar su capacidad de ayuda, generando sentimientos de impotencia, y viendo poco probable la transformación de la situación. Se construyen representaciones condicionadas por la distancia simbólica y práctica que caracteriza el vínculo con las usuarias. La concepción sobre el trabajo intramuros y extramuros da cuenta de la barrera que establece el modelo hegemónico de atención centrado en los aspectos asistenciales, en detrimento de los aspectos promocionales y educativos.

"El Uruguay no necesita más hijos de la pobreza.(...) Muchas veces es que la gente marginal, que es la que más necesita de estos programas no tiene conocimiento o no tiene acceso, porque son, por decir así, tan abandonados, que ni siquiera tienen carné de asistencia, ni la disponibilidad de horario" (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"Sí, yo trabajo en una mutualista donde la mujer quiere su embarazo. Pero acá, con muchas mujeres que vienen por el control de su embarazo, como un rechazo ya desde el principio(...). Gente que no se ha cuidado, no ha tratado de cuidarse y muchas veces dicen que no pueden llegar hasta el Centro de Salud porque primero, tienen que anotarse, que tienen que llevar a los chicos al colegio, chicos que cuidar en la casa(...)" (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"Mujeres con las que tenés que descender para que te entiendan lo que le estás explicando(...) Por eso la consulta es más difícil calculo, que en el mutualismo. Vos le explicas a una mujer y te entendió, acá no, tenés que buscarle la vuelta." (Técnico Profesional, Centro de Salud.)

"Situaciones de violencia sexual con sus parejas...La vas a mandar a un psiquiatra? No. La vas a mandar a un psicólogo? No. No te podés meter mucho, porque le digo que no hay solución, lamentablemente...Esto me preocupa a mí, no sé si en otros centros de salud les preocupa esto a mis colegas o solo les preocupa que no haya óvulos" (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"Las viviendas las desconozco. Yo, trabajo extramuros no tengo (...). Se podría decir de una clase medio – baja y con un nivel de escolaridad bastante aceptable, te diría ter-

cer año de liceo medio. La marginal- marginal no viene." (Técnico Profesional, Centro de Salud).

3) Factores vinculados a la conciencia y ejercicio de derechos sexuales y de derechos reproductivos

Se destaca que casi la mitad de las mujeres encuestadas ante un planteo inicial amplio, no logró identificar derechos que las mujeres deberían defender en su entorno barrial. Solo un 5% situó los derechos sexuales y reproductivos en este planteo inicial.

Cuando la perspectiva de derechos fue orientada al terreno concreto de lo vinculado al propio cuerpo, la percepción de los mismos se ubicó en el 99% de las usuarias. Señalaron como derechos: el autocuidado y la autoestima, los más frecuentes (43%), a la información y atención en salud reproductiva (28%). Cabe destacar que el 24% de las usuarias no logró expresar concretamente a qué derechos hacía referencia. Los derechos vinculados a tener o no tener hijos fueron percibidos afirmativamente por el 92% de las encuestadas. La tercera parte identificó derechos a la procreación y ejercicio pleno de la maternidad (34%); por otro lado, el 34% destacó el derecho a elegir el número de hijos y el espaciamiento entre los mismos, mientras que el 6% explicitó el derecho a la no procreación.

En las entrevistas a las mujeres, se recogen expresiones como éstas:

"En mi caso o sea, por una serie de circunstancias de, nunca quise tener hijos de joven, cuando era muy joven no quería tener hijos porque yo pasé mucha miseria. Mi madre tenía cinco hijos y rodaba mucho de acá para allá y para todos lados. Entonces a mí me había quedado que no quería tener hijos sin tener antes una casa, un terreno o algo en donde pueda darle algo a mis hijos. Entonces, yo me fui de mi casa cuando tenía veinte años." (mujer 43 años, dos hijos, divorciada)

Por ejemplo yo quería tener hijos, mis hijos, y no le pregunto al hombre si lo quiere, yo no le preguntaba, si el estaba de acuerdo en tener hijos. Ahora veo todas esas cosas que antes no las veía. Yo quería tener mis hijos y punto y quería tenerlos" (mujer 40 años, tres hijos divorciada)

Los derechos relacionados con la vida sexual fueron identificados en menor proporción (83%) respecto a los campos explorados anteriormente. Asimismo, entre las que respondieron afirmativamente sobre la existencia de estos derechos, más de la cuarta parte no logró identificarlos concretamente. Fueron mencionados: los derechos a decidir las características y condiciones de las relaciones sexuales (38 %), y el autocuidado (9 %), el derecho a la no violencia y coerción sexual (11%). Estos datos encontraron un correlato en las

respuestas referidas al inicio no voluntario de las relaciones sexuales (9 %). En el contexto de la implementación del Programa SIM, estos elementos cobran particular importancia debido a su incidencia en las condiciones de vida y salud de las mujeres.

En las entrevistas las mujeres hicieron referencia a las situaciones de violencia y abuso de manera espontánea, ya que este tópico no formaba parte inicialmente de la pauta de entrevista:

"..si tú te dejás golpear una vez y tenés miedo ...y no te defendés, el hombre después por cualquier cosa te maltrata.(...) no demuestres que sos débil si no, todos los días te van a descalificar.." (mujer 36 años, dos hijos, unión libre)

"Acoso, me acosa, me acosa en el trabajo; es más, ahora mismo ya pasé el proceso, pero me ronda, el anda ahí, el ronda, ahí el está. A veces yo tengo pesadillas, cierro todas las puertas, ni salgo a colgar la ropa ni nada." (mujer 43 años, tres hijos, divorciada)

"El se fue muchas veces, se fue y volvió muchas veces (...) el agarraba, se iba y volvía cuando quería, y yo lo dejaba, porque para mí era todo..., para mí, como yo siempre viví en violencia, para mí era normal eso (...) porque yo aparte fui abusada por mi padrastro, entonces yo a mi hija siempre le enseñé, sea un maestro, sea tu tío, sea quien sea que no te toque, vos cuidate que no te anden toqueteando por acá, por allá." .." (mujer, 24 años, dos hijos, soltera)

Por su parte, en la perspectiva de directores/as y técnicos/as, no se percibe una concepción de las mujeres en tanto sujetos de derechos. Se pone de manifiesto el desconocimiento acerca de la terminología y la conceptualización de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, lo cual es consistente con la falta de desarrollo de acciones de promoción.

E: En el campo de los derechos reproductivos, ¿el Centro promueve esos derechos de las personas?

D: (Dirección, Centro de Salud)

"... y teníamos estructurada una forma de darle a las mujeres, que consistía en que el día que venían a controlarse, las controlábamos y nos quedábamos con el carné hasta que terminaba la clase, y entonces las obligábamos a quedarse. Y se quedaban.." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

En sintonía con la visión de la salud reproductiva acotada a la planificación familiar, el derecho reproductivo que es más reconocido refiere al acceso a métodos anticonceptivos.

No se observa el mismo reconocimiento respecto al derecho de las mujeres a decidir cual método se ajusta mejor a sus circunstancias de vida. Se decide muchas veces qué es lo mejor para las usuarias, exclusivamente desde la perspectiva del profesional. Algunos/as profesionales expresaron su crítica ante determinadas actitudes en este sentido.

"Preferiría no indicarlas ni utilizarlas (se refiere a los anticonceptivos orales), pero en algunos casos, pero bueno, en algunos casos evidentemente es una solución. Por razones de salud y para que no se acostumbren. Hay otros MAC que pueden usar con más conciencia." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"Yo estoy aquí desde el 99, en este Centro de Salud, he pasado por otros. La historia de la anticoncepción era la pastilla indicada por el ginecólogo tratante, sin seguimiento de la paciente, un poco al anticonceptivo que estuviese en la farmacia, sea monofásico, trifásico o lo que sea. Es espantoso lo que estoy diciendo pero era lo que pasaba. Y muchas veces no había. Entonces se creaba una expectativa en las usuarias y no se cubría" (Técnico Profesional, Centro de Salud)

En lo que refiere a la interrupción voluntaria del embarazo, y las consecuencias de su realización en condiciones inseguras, los/as técnicos dan cuenta de actitudes distintas ante esta problemática. Este punto se refuerza con la ausencia de lineamientos que orienten la intervención profesional en la atención pre y post – aborto. De esta forma, la intervención queda librada a los valores y sensibilidad de cada profesional, y a las posibilidades internas de cada usuaria de formular una demanda de apoyo en este sentido. La realidad del aborto inducido provocado en condiciones de riesgo se observa ubicado en el plano de las éticas individuales, y las entrevistas dan cuenta de una diversidad de posicionamientos respecto a este punto.

"Ah, nosotras somos ajenas..." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"No, nosotros no tenemos así, como que no nos enteramos. No, no." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"Las mujeres con más de un embarazo, desesperadamente te preguntan si no hay nada para hacer, te lo dicen ellas " pero no me podés dar un inyectable?" Bueno y ahí viene la consejería pre - aborto, llamale. Que tú le podés decir lo que no se tiene que hacer..." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

Los aspectos referidos al ejercicio de la sexualidad parecen ser especialmente dificultosos de integrar en la consulta. Algunos técnicos/as refieren que la sexualidad ingresa a

la consulta habitualmente vinculada a situaciones de violencia, y si bien es escuchada, no hay un entrenamiento que permita su adecuado abordaje. En ese mismo sentido, un aspecto a destacar es la ausencia de la doble protección en el discurso de los/as entrevistados.

"No por ser técnicos estamos capacitados para trabajar determinados aspectos. Por ejemplo, una profesional preguntó: "yo trabajo con adolescentes embarazadas, y me pregunto cuando debemos decirle que está en condiciones de iniciar su vida sexual?" ¿Quién soy yo para decirle eso a una persona?!!!! No tiene claro que eso no es de su incumbencia!! No tiene claro que hay cosas que no son técnicas y que eso depende de la educación personal. Eso hay que cambiarlo!! Me dejó sorprendida que preguntaran acerca de cuándo es aconsejable. No es nuestra misión. En este campo temático, a diferencia de otros, se mezclan mucho los valores personales, la propia experiencia con el lugar técnico. ¿Cómo se puede transmitir algo cuando no se está convencido?. Esto es una falla de nuestra educación. Los médicos no estamos capacitados en estos asuntos. Nosotros, desde este punto de vista, el que está más capacitado es servicio social pero el resto del personal no lo está. Pensamos integrar más a servicio social al SIM. Muchas actividades nuestras son informativas pero no son educativas." (Dirección, Centro de Salud)

La priorización de la estrategia asistencial, en detrimento del desarrollo de la promoción y educación en los Centros, es un elemento señalado por algunos/as técnicos entrevistados. No se ha desarrollado una estrategia de difusión del Programa SIM y sus prestaciones, y no se cuenta con materiales didácticos para la promoción de derechos. Las actividades de promoción y prevención que se realizan en algunos Centros están referidas a la profilaxis del embarazo y parto, en especial con adolescentes.

"Promoción de salud, te lo dicen en todas las reuniones pero eso... cuando vamos a alguna propuesta y planteamos qué espacio tenemos no para la consulta sino para otra cosa, para coordinar, entonces pasa a un segundo plano. Ningún programa de atención integral puede desarrollarse si una de las tres patas fundamentales, como lo es la educación y la promoción en salud no está a la par o anticipando a lo asistencial." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"Que obstaculizan, la falta de información, llamale difusión hacia los programas. ¿Tu viste que en algún lado se difundiera esto? Mujeres que viven en la zona que no saben que existe esto." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

4) Factores vinculados al lugar del varón en las decisiones sexuales y reproductivas

La percepción de las mujeres usuarias respecto al lugar de los varones en las decisiones sexuales y reproductivas, se evidenció en diferentes campos.

Un aspecto destacado en el campo de la negociación sexual tiene que ver con el uso de preservativos. El 70% de las usuarias afirmó no usar nunca preservativo, aduciendo en un 58 % que esto se debe al uso de otro método anticonceptivo y sólo un 3 % lo atribuyó al rechazo de la pareja. Estos datos admiten lecturas o interrogantes diversas: ¿las mujeres optan por el método anticonceptivo que ellas pueden controlar, dado que los varones no se ocupan del tema? ¿las mujeres no tienen incorporada la noción de doble protección, y/o confían en la fidelidad de sus compañeros sexuales?, ¿los compañeros sexuales de estas mujeres tampoco tienen presente el autocuidado respecto de las ETS, y/o dan por descontada la fidelidad de sus parejas? En las entrevistas, algunas mujeres se refirieron de esta forma:

" La gente va a los médicos y le dicenbueno, estás teniendo relaciones, tomá pastillas así evitas el embarazo, pero no le dan el otro método.....y ahí es cuando se agarra sífilis, hongos...Tendría que ser doble sistema."(mujer 22 años, un hijo, unión libre)

" ...a mi compañero no le gustaba, se lo sacaba (el preservativo)...yo nunca hablé , me doy cuenta que ese tema nunca lo tocamos..por ejemplo yo quería tener hijos y no le pregunté al hombre si lo quiere." ."(mujer 36 años, dos hijos, unión libre)

"Los preservativos son esenciales cuando uno no tiene pareja estable, es lo más esencial porque no es sólo por el hecho de no quedar embarazada sino también por todas las enfermedades que hay hoy en día. Porque el DIU te previene, ta, de no quedar embarazada, pero de agarrarte enfermedades o cosas no. Ta, o sea cuando en el matrimonio uno tiene pareja estable y eso, ta, como que es relativo usar o no." (mujer 24 años, dos hijos, soltera)

El 90 % de las mujeres que declaró usar siempre preservativo lo explicó en relación a evitar embarazos, y el 64% lo relacionó a la protección de ETS. Según el 15% de las encuestadas, la práctica del estricto uso de preservativos fue explicado por el temor de los varones al SIDA. Ante una imaginaria situación de tener que resolver el conflicto de que la mujer desea usar preservativos y el varón los rechaza, el 54% de las usuarias afirmó que la situación se resolvería en el sentido de no mantener relaciones, y el 15% admitió la imposición de los criterios del varón.

Cuando el conflicto se plantea referido a la elección de métodos anticonceptivos, el 3 % admitió la imposición de la opinión de la pareja, y otro 3 % admitió resolverlo a espaldas del varón, mientras que la mayoría (62%) afirmó que ella misma es la que hace predominar su criterio. Es de destacar que un 12% mencionó la búsqueda de asesoramiento, abriendo un espacio para que el equipo de salud pueda hacer sus aportes técnicos que contribuyan a solucionar las dificultades de la pareja.

Los varones son identificados por las mujeres como los principales partícipes en la elección del método (48%). El 36% señaló que estas decisiones están vinculadas a la opinión de los/as profesionales. En un 31 % la decisiones sobre el método a usar recayeron exclusivamente en ellas. El 32% identificó a su pareja como la persona con quien habla sobre asuntos relacionados a su sexualidad.

En las entrevistas a directores/as y técnicos/as se indagó acerca de sus ideas y percepciones sobre los varones en calidad de parejas de las mujeres usuarias, así como también respecto a las acciones del Centro de Salud dirigidas a la salud reproductiva de los varones. El análisis de las entrevistas permite afirmar que este campo no está visible en la consideración del Centro de Salud, de allí la sorpresa y los silencios ante la pregunta. Esta invisibilidad del papel del Centro en relación a la salud y los derechos reproductivos de los varones, se condice con una visión de la salud reproductiva y la anticoncepción como campos asociados exclusivamente a la salud de la mujer.

E – El Centro, ¿realiza acciones dirigidas a la Salud Reproductiva de los varones?

D –" ..." (Dirección, Centro de Salud)

"En cuanto al varón es una población que no existe para nosotros. No sabemos donde está. Es todo un tema..." (Dirección, Centro de Salud)

"La mujer tiene más conciencia de su salud reproductiva, el hombre no le da importancia. Adolescente, joven o adulto.... Acá vos ves que la mujer tiene el gancho de lo obstétrico, del hijo, de la pediatría. El varón creo que no tiene gancho, ¿no?" (Dirección, Centro de Salud)

Las observaciones realizadas en los Centros muestran la ausencia de varones en las salas de espera, y la presencia de un número significativo de varones en el exterior "esperando a las madres". En una entrevista realizada en las horas de la mañana, ante la pregunta de por qué hay tantos varones fuera del Centro de Salud, se responde: "Son los padres, esposos, también son gente que viene por tratamientos, a acompañar a sus hijos, o a consultar ellos también, si bien la consulta de Medicina General es de tarde por falta de espacio." (Dirección, Centro de Salud)

"Son muy pocos los hombres que acompañan a la mujer... y menos aún los que entran a la consulta. No sé si habrá mucha timidez en eso, porque hay hombres que acompañan a las mujeres pero no entran jamás. No se los invita. No, no... no sé muy bien porque yo estoy sentado detrás de un escritorio y es la partera la que sale a llamar, ¿no?. Hay hombres que piden para entrar, pero son los menos." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

Algunos/as técnicos y directores describen las relaciones de dominio de los varones sobre sus parejas, constatadas tanto en la imposición de tener hijos propios, como en la prohibición del uso de métodos anticonceptivos.

"Sí, algunas dicen "mi marido no quiere que me ponga el DIU" (Técnico Profesional, Centro de Salud).

"... incluso tengo pacientes que me dicen "yo no voy a tomar anticonceptivos, porque mi marido no quiere". Y con el DIU también muchísimo" (Técnico Profesional, Centro de Salud).

5) Factores vinculados al modelo de atención: aspectos funcionales y operativos del Programa SIM.

Las mujeres encuestadas señalan en un tercio que han concurrido a la consulta y no han sido atendidas. La responsabilidad por estos hechos fue atribuida por la mayoría de las mujeres al personal administrativo (34%) y a los/as profesionales (24%). En cuanto al tiempo transcurrido entre la solicitud y el acceso a la consulta, el 23% manifestó que han sido atendidas el mismo día, y el 30% dentro de los 3 días siguientes.

En cuanto a la utilización efectiva de ciertas prestaciones del Programa SIM cabe destacar que aproximadamente el 45% de las mujeres manifestaron desconocer que en el Centro de Salud podían obtener gratuitamente métodos anticonceptivos.

Entre las mujeres que en el momento de ser encuestadas usaban métodos anticonceptivos, la preferencia en relación a los mismos se distribuyó aproximadamente en tres partes iguales entre preservativos (36%), DIU (33%) y anticonceptivos orales (ACO) (30%). El uso de preservativos disminuyó al aumentar la edad, alcanzando el máximo entre las adolescentes con el 50%.

En el análisis de esta dimensión ubicamos fundamentalmente tres tipos de factores que surgen de las entrevistas con técnicos/as y directores/as. Estos elementos, reflejan las tensiones a la hora de la operativización de los lineamientos del Programa SIM.

1) Factores relacionados a infraestructura y recursos materiales de los Centros de Salud: Respecto a las condiciones materiales de los Centros de Salud, las realidades son diversas. La observación directa de Centros revela que en algunos el aislamiento acústico de los consultorios es precario lo cual afecta directamente las condiciones de privacidad de la consulta. Los técnicos/as y directores/as entrevistados/as lo señalan con preocupación: "Los espacios físicos en los que se desarrolla la consulta son diversos. En muchos de ellos a la estrechez de la sala de espera de algunos consultorios, se agrega la falta de aislamiento lo que impide que la consulta se desarrolle en condiciones de confidencialidad" (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"Ud. vio como son: no tienen la privacidad suficiente, la aislación ni la ventilación mas conveniente, la aislación acústica y térmica es insuficiente, pero a pesar de todas esas dificultades, con entusiasmo y compromiso con la sociedad, hemos iniciado las actividades propuestas." (Dirección, Centro de Salud)

Se registra que las salas de espera cuentan con capacidad y asientos en número insuficiente; ausencia de papeleras; baños en malas condiciones y sin insumos básicos; insuficiencia o ausencia de material educativo. Como aspectos adecuados se resalta la iluminación y la ventilación. La observación de los consultorios señaló que cuentan con capacidad suficiente; camillas con papel para cada usuaria; presencia adecuada de material para el examen ginecológico y material esterilizado. Como aspectos negativos se resalta la ausencia de espacio privado para que la mujer se prepare para el examen; inadecuadas condiciones de privacidad; escasez de material educativo, insuficiente acondicionamiento térmico, inadecuadas condiciones de los baños. La continuidad en la disponibilidad de métodos anticonceptivos, y su gestión en el interno de los Centros de Salud se registra como un elemento conflictivo. "Yo no los tengo, están en farmacia. Yo no tengo ni idea de la disponibilidad del stock que tenemos. Yo ¿como me entero?" (Técnico Profesional, Centro de Salud).

2) Factores relacionados a Recursos Humanos: rol, función e integración de los Equipos de Salud.

La integración de los equipos de salud varía en cada Centro, siendo los/as técnicos del área biomédica, quienes en la mayoría de ellos, coordinan acciones. En el discurso de varios de los/as técnicos/as el equipo no es visualizado como una necesidad, y es definido en términos de participación voluntaria que depende de cada profesional. Quienes lo entienden necesario crean instancias de coordinación; en otros, la trayectoria de trabajo conjunto de larga data, les lleva a plantear la no necesidad de crear estas instancias. Se registró que el protagonismo del equipo de salud recae desmesuradamente en la figura del médico/a, y pasa a segundo plano el rol de los otros profesionales del Programa.

"Estamos siempre juntas, reuniones afuera no hacemos, pero nosotros trabajamos en equipo. Cuando la doctora viene a colocar los DIU tiene todo pronto. Cuando viene coloca los DIU que hay y después sigue la consulta de ella y estamos juntas ahí, no precisamos reuniones. Estamos juntas." (Técnico Profesional, Centro de Salud).

"Nos reunimos con la nurse una vez por mes, las pediatras deberían estar integradas ... esto debería incluir la recepción..." (Técnico Profesional, Centro de Salud).

"Sí, en realidad el equipo básico involucra a partera y ginecóloga. Obviamente se invita a participar a la asistente social, pero como tiene múltiples funciones... ; enfermería específica no hay tampoco. El equipo son la ginecóloga y la partera." (Dirección, Centro de Salud)

Otro elemento que incide directamente en la implementación del Programa SIM refiere a las condiciones laborales y salariales de los/as profesionales. La histórica realidad de bajos salarios de los/as funcionarios públicos de la Salud, entre los que se encuentran los/as profesionales, dificulta cualquier propuesta que conlleve transformaciones en el orden práctico.

"En un principio yo estaba medio reacia con la idea porque considero que nuestros salarios son demasiado bajos como para que nos estén sobrecargando" (Técnico Profesional, Centro de Salud)

"Vos fijate que si estamos cobrando 2.100 pesos por mes, y además nos recargan". (Técnico Profesional, Centro de Salud)

En referencia a la capacitación de los/as profesionales que trabajan en los Centros, los/as técnicos y directores señalan la necesidad de la formación y actualización permanente.

"Yo soy de las que digo que la capacitación siempre es necesaria, nunca podemos decir que está todo aprendido (...) Yo creo que son funcionarias que tienen los elementos básicos para desenvolverse en el cargo, que lo están haciendo, pero la capacitación es siempre bienvenida." (Dirección, Centro de Salud)

"Otra cosa, yo veo conversando con colegas míos que trabajan en anticoncepción que no se han actualizado, si vos no tenés actualización por tus propios medios, nadie te viene a dar un curso de actualización con las últimas teorías. Te pongo un ejemplo, a cada cuanto se recambia el DIU. Hoy sabemos que no se tiene que andar recambiando cada 4 o 5 años y hay gente que sigue repitiendo ese verso. Entonces creo no habría que hacer un curso sino ver quién está apto para trabajar en esto, no es sólo que vos quieras y te

guste, capaz que te encanta trabajar con mujeres y anticoncepción pero no tenés idea de nada. Revisemos los conceptos." (Técnico Profesional, Centro de Salud)

3) Factores relacionados a la participación de las mujeres organizadas

Si bien este aspecto está incluido en los objetivos del Programa SIM, su concreción requiere de una clara intencionalidad desde cada Centro: favorecer el nucleamiento de las mujeres, definir su rol y grados de autonomía en el marco del Programa. En las entrevistas algunos/as técnicos refieren a esta estrategia como un elemento novedoso y al momento, con escaso desarrollo.

"Ya tuvimos la primera reunión de mujeres. Lo hacíamos antes pero con otra perspectiva. Pero ahora lo hacemos con el objetivo de que las mujeres formen grupos de acuerdo a sus intereses y ellas mismas sean las verdaderas....protagonistas" (Técnico Profesional, Centro de Salud)

CONCLUSIONES

En primer lugar, debemos señalar que la creación del Programa de Salud Integral de la Mujer (Programa SIM) constituyó la respuesta del SSAE (Servicio de Salud de Asistencia Externa, organismo gestor de los servicios del Ministerio de Salud Pública en el Primer Nivel de Atención en Montevideo) ante un lineamiento de la Dirección General de la Salud (DIGESA, organismo decisor en materia de políticas de salud) de incorporar la anticoncepción a la cartera de prestaciones habituales de los servicios. El SSAE decide enmarcar estas prestaciones en un programa de salud integral de la mujer, articulando de esta forma otros servicios históricamente brindados desde el área de la atención materno infantil (control del embarazo y puerperio, prevención del cáncer génito – mamario, etc).

El Programa SIM propone un cambio en el enfoque desde el cual implementar los servicios al explicitar en su documento de creación el marco de la salud sexual y reproductiva, desde una perspectiva de género y derechos como marco referencial que define sus objetivos y líneas de acción.

La investigación que presentamos transcurrió simultáneamente al primer año de desarrollo del Programa SIM, siguiendo paso a paso el proceso de implementación del mismo. Permitió identificar una serie de factores que intervienen en la incorporación e implementación del Programa SIM, dificultando y favoreciendo su desarrollo.

Estos factores serán presentados en el marco de las conclusiones siguiendo los objetivos específicos propuestos por el estudio:

Fue posible elaborar un perfil sociodemográfico de las usuarias de los Centros de Salud donde se asienta el Programa SIM y conocer sus percepciones sobre asuntos referidos a su salud sexual y reproductiva.

En síntesis podemos concluir que las mujeres usuarias toman frecuentemente decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción, sin contar con información, apoyo y orientación brindada en los Centros de Salud. En tal sentido, la incorporación del Programa SIM puede constituir una respuesta institucional a las necesidades de las mujeres en materia de información y orientación en estos asuntos. La mujeres encuestadas en su casi totalidad han tenido la experiencia del embarazo (90%). En una importante proporción, declaran anhelar un menor número de hijos, en especial en las generaciones más jóvenes, si bien en su gran mayoría están dispuestas a aceptar un eventual nuevo embarazo, viviendo la maternidad, en muchos casos, como un destino. La interrupción del embarazo no es explicitado por la mujeres como una opción. Probablemente, esto está relacionado con la penalización del aborto en el país (con el consiguiente temor a la sanción legal y social) y con un sistema de salud que no ha brindado – hasta el momento – una respuesta a esta realidad. El miedo a realizarse estudios preventivos tales como el PAP, el examen de mamas y el auto examen de mamas, constituye un elemento de importancia a tomar en cuenta en la implementación de los servicios del Programa. A su vez, las mujeres encuestadas identificaron derechos relacionados con su cuerpo entre los cuales la referencia al autocuidado y la autoestima fueron los más frecuentes, ubicándose en menor proporción los relativos a la información y atención en salud reproductiva. Una cuarta parte de las encuestadas expresó la imposibilidad de identificar derechos en este plano. Lo mismo sucedió en relación a los derechos referidos a la vida sexual, los cuales no fueron reconocidos por similar proporción de mujeres. Fueron identificados como derechos el autocuidado, la no coerción sexual y el decidir sobre las características de las relaciones sexuales. La gran mayoría de las encuestadas identificó como derechos la procreación y el ejercicio de la maternidad así como a elegir el número de hijos y el espaciamiento entre los mismos. Tanto las respuestas a la encuesta como las entrevistas a las mujeres usuarias nos indican que éstas cuentan con una limitada conciencia sobre sus derechos más allá de la maternidad, la cual sí es reconocida y defendida como un derecho de las mujeres.

Los/as técnicos y directores, por su parte, señalan la naturalización y el valor jerarquizado que la maternidad tiene para las usuarias, como una búsqueda de status social, un destino que se asume como mandato intergeneracional o una forma de satisfacer al varón y su necesidad de ser padre.

Cuestionan este modo de vivir la maternidad, más por la imposibilidad de estas mujeres de asumir y ejercer "adecuadamente" el rol materno debido a la situación socioeconómica, que por impulsar un cambio en los mandatos de género. Veremos que muchos elementos sugieren que reproducen en su práctica los significados que tiene la maternidad para las mujeres usuarias.

Un conjunto de factores que inciden en la accesibilidad de las mujeres usuarias de los Centros a los servicios del Programa SIM, aparecieron vinculados a aspectos funcionales y socio-culturales.

En relación a lo anteriormente mencionado, los técnicos se refieren a las mujeres como "las madres", lo cual opera como un obstáculo para la personalización del vínculo con las usuarias, expresado por un tercio de las encuestadas que considera que no la conocen en el Centro; así mismo tiene un efecto legitimador de los mandatos de género.

Las formas de relacionamiento habituales de los/as técnicos muestran una variedad de actitudes que devienen en efectos diversos en el vínculo de las usuarias con los servicios: aquellas que expresan sentirse comprendidas verán favorecida su accesibilidad a los mismos, mientras que en las que expresan sentirse rezongadas y avergonzadas, es esperable que esto opere como barrera para la continuidad en la relación con el Centro de salud.

Lo anterior se vincula en muchos casos con que los/as profesionales observan, analizan y actúan en relación a las mujeres desde valoraciones y atributos asignados a las usuarias en su carácter de pobres, que están asociados a la irresponsabilidad en el ejercicio de la maternidad y en el cuidado de la salud (dejadez, abandono personal). En consecuencia, la planificación familiar es percibida como una estrategia de control de la reproducción de la pobreza y no como un derecho de las personas para la autodeterminación reproductiva.

Otras barreras para el acceso aparecen vinculadas a aspectos funcionales, desde el momento que un tercio de las usuarias expresó antecedentes de haber concurrido a la consulta y no haber sido atendida.

Un conjunto de factores que inciden en la implementación del Programa SIM aparecieron vinculados a aspectos conceptuales, culturales y laborales de la realidad de los/as Directores y Técnicos de los Centros.

El modelo materno infantil institucionalizado en la concepción y en las prácticas de los Centros de Salud, ha sido internalizado y naturalizado por el personal y por las usuarias, condicionando de esta forma tanto el tipo de demandas de la población, como la capacidad de escucha y decodificación de las mismas desde el lugar profesional.

La incorporación del Programa SIM, y en particular su componente de planificación familiar, es vivido como un "peligro" para el buen desarrollo de lo materno infantil. En tal sentido, se registra una sensación de temor a la pérdida de un logro muy importante de los Centros. Esto constituye una expresión de la eficacia simbólica de las representaciones sociales sobre la maternidad como función central y legitimante del ser mujer, a la vez que configura un desafío para el Programa SIM en lo que respecta a la capacitación de los integrantes de los equipos de salud.

En tal sentido, los aspectos referidos al ejercicio de la sexualidad parecen ser especialmente dificultosos de integrar en la consulta. Algunos técnicos/as refieren que la sexualidad ingresa a la consulta habitualmente vinculada a situaciones de violencia, y si bien es escuchada, manifestaron no contar con entrenamiento que favorezca un adecuado abordaje.

Por otro lado, se constató un cierto desconocimiento acerca de la terminología y la conceptualización de la salud y los derechos sexuales y de los derechos reproductivos. Esto es consistente con la falta de desarrollo de acciones de promoción basadas en un enfoque de derechos y de empoderamiento. La mujer es concebida en tanto objeto social aislado, sin capacidad para tomar decisiones y ejercer el control sobre su propia vida.

Lo anterior apareció reforzado cuando los/as profesionales, ante la percepción de las difíciles situaciones por las que atraviesa la población usuaria, reaccionan cuestionándose su capacidad de ayuda, generando sentimientos de impotencia, y viendo imposible la transformación de la situación.

Técnicos/as y directores/as señalaron la necesidad de la formación permanente y específica en una perspectiva integral de la salud que contribuya a superar

visiones fragmentadas y algunos/as enfatizaron la formación como elemento fundamental para transformar las prácticas profesionales en los Centros.

Las condiciones laborales y salariales de los/as profesionales que ejercen en los Centros de Salud resultaron consonantes con la histórica realidad de bajos salarios del funcionariado público del sector salud, lo cual dificulta cualquier propuesta que conlleve transformaciones en el orden práctico. Sin embargo, esta la realidad laboral fue expresada con particular énfasis en lo que respecta a la administración de métodos anticonceptivos, que desarrollamos a continuación.

Factores condicionantes de la prescripción de métodos anticonceptivos por parte de los/as técnicos.

La planificación familiar fue referida como un punto conflictivo, que ameritó de parte de un grupo de técnicos, la comunicación formal a las autoridades de un conjunto de cuestionamientos vinculados al modo de implementación de las prestaciones de planificación familiar, y a la remuneración insuficiente del personal para desempeñar esta tarea, señalando la sobrecarga que esto implica.

Se visualizan "conflictos de intereses" en técnicos/as que brindan servicios de planificación en otras instituciones, por el cual reciben una retribución económica.

Algunos/as se niegan a ofrecer el DIU a las usuarias, fundamentando que no hay condiciones sanitarias adecuadas para realizar este acto.

Se identificó la convicción entre los/as profesionales de que las mujeres tienen derecho a acceder a métodos anticonceptivos, pero no se observó la misma convicción respecto a que las mujeres tienen derecho a decidir cual método se ajusta mejor a sus circunstancias de vida. La promoción de la autodeterminación reproductiva no acompaña la prescripción de los métodos anticonceptivos, concebida fundamentalmente desde el enfoque de riesgo biomédico. Este punto se ve reforzado por el protagonismo de la figura del médico en el equipo de salud y el plano secundario (en calidad de ayudantes) que ocupan el resto de los/as técnicos.

La discontinuidad en la disponibilidad de métodos anticonceptivos, y las dificultades para su adecuada gestión al interno de los Centros de Salud se registró como un elemento obstaculizador. Los métodos anticonceptivos (anticonceptivos orales, preservativos y DIU) son entregados a las usuarias en el servi-

cio de Farmacia, previa consulta ginecológica, y el/la profesional no cuenta con información permanente acerca de la disponibilidad de los mismos en el Centro. Asimismo, cierta limitación en la oferta de métodos anticonceptivos es señalada como una dificultad que afecta directamente la atención, en tanto no se cuenta con una amplia gama de posibilidades que permita dar respuesta a la diversidad de situaciones que se plantean en la consulta.

Entre las usuarias encuestadas, la preferencia en relación a los métodos anticonceptivos se distribuyó aproximadamente en tres partes iguales entre preservativos, dispositivos intrauterinos (DIU) y anticonceptivos orales (ACO). Una pequeña proporción de usuarias manifestaron practicar la doble cobertura, asociando el preservativo a otros métodos. El uso de preservativos disminuyó al aumentar la edad, alcanzando el máximo entre las adolescentes. El DIU alcanzó su máxima utilización entre las mujeres de 40 a 49 años. El uso de ACO mostró una mayor preferencia en el grupo de 20 a 29 años.

Se observó la ausencia de un lineamiento programático de incentivo a la promoción de la doble protección y de difusión de la anticoncepción de emergencia.

Un conjunto de factores estuvieron relacionados con aspectos funcionales y organizacionales de los servicios que obstaculizan o facilitan la implementación del Programa SIM.

Se destacan que algunas condiciones de infraestructura de los Centros inciden directamente en la calidad de la atención, tanto en los espacios de sala de espera como en los consultorios, en la medida que se observaron limitaciones importantes en la mayoría de los Centros. Los/as profesionales señalaron alteraciones a la privacidad durante la consulta, elemento que también fue referido por las mujeres encuestadas.

No se ha desarrollado una estrategia de difusión del Programa SIM y sus prestaciones. Se constató escasa cartelería y folletería disponible en salas de espera, generalmente referida a temáticas concernientes a la maternidad, la lactancia, el cuidado y control del embarazo, y originada en propuestas de educación para la salud vinculadas al modelo materno infantil. No se observó en ningún Centro de Salud folletería y cartelería referida a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva y no se cuenta con materiales didácticos orientados a la promoción de derechos. En consonancia con ello, la mitad de las mujeres encuestadas expresaron desconocer la existencia del Programa, y de que podían acceder gratuitamente a métodos anticonceptivos en el Centro de Salud.

También, manifestaron desinformación en aspectos tan relevantes como la prevención de cáncer de genito - mamario.

Las actividades de promoción y prevención que se realizan en algunos Centros están referidas a la profilaxis del embarazo y parto, en especial con adolescentes.

Se constató en los/as técnicos una concepción de la práctica que privilegia el trabajo "intramuros", en detrimento de las acciones comunitarias, poniendo de manifiesto una barrera con el entorno establecida por el modelo de atención centrado en los aspectos asistenciales en detrimento de los aspectos promocionales y educativos. Incluir estrategias de promoción y educación integradoras de los diferentes componentes de la salud sexual y reproductiva, implicaría un cambio hacia un modelo integral de atención de la salud.

Este punto se articula con la no existencia de grupos de mujeres de la comunidad que participen de manera organizada y activa en el Programa SIM. En las entrevistas algunos/as técnicos refieren a esta estrategia como un elemento novedoso y al momento, con escaso desarrollo. Si bien, este aspecto constituye un componente del Programa SIM su concreción requiere de una clara intencionalidad de cada Centro de favorecer el nucleamiento de las mujeres y promover su involucramiento activo en la vida del Programa.

Otro elemento a destacar es que varios profesionales muestran una visión restringida sobre el equipo de salud que inhibe y/o dificulta su identificación como espacio y como herramienta para el abordaje integral de la tarea. La dificultad de implementar orgánicamente espacios institucionales que promuevan y habiliten las reuniones entre los/as profesionales que intervienen en el Programa es un aspecto señalado como obstáculo, en especial desde la percepción de los/as Directores.

Factores relacionados con el papel que juegan los varones en las decisiones vinculadas a la sexualidad y la reproducción.

Un elemento que merece especial atención refiere al alto porcentaje de mujeres encuestadas (70 %) que afirmó no usar nunca preservativo en sus relaciones sexuales, atribuyendo al rechazo de la pareja a su uso un lugar poco significativo. La gran mayoría de estas mujeres explicaron el no uso del preservativo por la opción por otro método anticonceptivo.

Según el 15% de las usuarias, la práctica del estricto uso de preservativos fue explicado por el temor de los varones al SIDA. Ante una imaginaria situación de tener que resolver el conflicto de que la mujer desea usar preservativos y el varón los rechaza, la mitad de las usuarias afirmó que la situación se resolvería en el sentido de no mantener relaciones, si bien el 15% admitió la imposición de los criterios del varón.

Un tercio de las usuarias identificó a su pareja como la persona con quien habla sobre asuntos relacionados a su sexualidad.

Las observaciones realizadas en los Centros registraron la ausencia de varones en las salas de espera, y la presencia de un número significativo de varones fuera del Centro de Salud "esperando a las madres". La excepcionalidad de la situación del varón consultante, se reafirma con la inexistencia de pautas e instrumentos de registro específico para la consulta masculina que permitiera avanzar más allá de registrar el nombre de la usuaria que "manda" a su pareja a retirar las pastillas o los preservativos. Los varones, en su inmensa mayoría, no acceden al consultorio, son atendidos en la puerta. Algunos técnicos/as transmitieron una concepción que coloca al varón como acompañante de las decisiones reproductivas de las mujeres. Otros/as señalaron las relaciones de dominio de los varones sobre sus parejas, constatadas tanto en la imposición de tener hijos propios, como en la prohibición del uso de métodos anticonceptivos. Otro elemento referido está vinculada a la percepción acerca del sentido de la maternidad en las usuarias como una forma de satisfacer al varón y su necesidad de ser padre.

El análisis del material de campo permite afirmar que el Centro de Salud no cuenta con acciones específicas en relación a la salud y los derechos reproductivos de los varones, lo cual se condice con una visión de la salud reproductiva como asunto referido exclusivamente a la salud de la mujer.

EN SUMA

Como síntesis, podemos decir que en la operativización del Programa SIM se ponen en juego un conjunto de factores que están referidos a tensiones presentes entre la práctica institucionalizada de un modelo tradicional de atención, y la propuesta de construir un modelo integral de atención. Esta co-existencia genera conflictos de diversa índole que se han pretendido identificar en este estudio y que se pueden resumir de la siguiente manera:

- de un modelo centrado en el enfoque materno infantil, a un modelo centrado en el enfoque de la salud reproductiva desde una perspectiva integral y de género,
- de un modelo centrado en lo asistencial, a un modelo que se sustenta sobre la promoción, la educación, la prevención, la asistencia y la participación comunitaria,
- de un modelo sostenido en la figura del médico en tanto "actor" principal, a un modelo que promueve la conformación de equipos de salud multiprofesionales con una perspectiva interdisciplinaria,
- de un modelo sostenido sobre una concepción biomédica de la salud, a un modelo que se fundamenta en una concepción integral de la salud,
- de un modelo focalizado en la figura de la mujer – madre, a un modelo que considera a la mujer en tanto sujeto integral cuyas necesidades en salud se producen a lo largo del ciclo vital,
- de un modelo que considera a la usuaria en tanto "objeto" de la atención, a un modelo que la considera sujeto de derechos y que promueve el empoderamiento y la construcción y ejercicio de la ciudadanía.

En la introducción de este trabajo señalamos que la reforma del sector salud sigue una pauta gradualista. La misma se caracteriza por acciones que no reflejan necesariamente una articulación entre sí, ni reflejan lineamientos claros que permitan comprender su norte. La misma no ocupa un lugar en el debate público (como sí sucedió por ejemplo con la reforma educativa), y los actores políticos mantienen cierta cautela al plantear innovaciones.

Dentro del subsector público, se observa una tendencia hacia la descentralización, traducida en la transferencia a los efectores del primer nivel, la responsabilidad de la planificación e implementación de programas de promoción y prevención. El Programa SIM se enmarca en este proceso. La incorporación del Programa de Maternidad y Paternidad Elegida hacia el año 1996, como un proyecto de fortalecimiento del área materno infantil, fue el primer paso para la incorporación, unos años después en el primer nivel de atención, de nuevas prestaciones a la población usuaria de los servicios públicos de salud en Montevideo. La posterior definición ministerial (hacia el año 1999) de su carácter de programa prioritario (dependiente de la entonces Dirección de Promoción de la Salud - DIGESA), fue una señal del reconocimiento de la salud reproductiva en las políticas públicas del MSP. Con el cambio de administración de gobierno hacia el año 2000, se produce un nuevo paso hacia la operativización en el primer nivel de atención. Por un lado, se produjo la decisión de parte de la Dirección General de la Salud del cese del Programa Maternidad y Paternidad Elegida (el cual no contaba con una clara articulación con el

primer nivel de atención), y el lineamiento al Servicio de Salud de Asistencia Externa (SSAE) de incorporar la planificación familiar en las prestaciones de los Centros de Salud en Montevideo, promoviendo una ampliación de la cobertura a métodos anticonceptivos, de la población usuaria. Como respuesta a este lineamiento, el SSAE propone la incorporación del Programa SIM en la órbita de los Centros de Salud, efectores en el primer nivel de atención. Este paso no estuvo acompañado de la transferencia de recursos hacia el primer nivel, que favoreciera la incorporación del Programa SIM, y que fortaleciera el desarrollo del primer nivel. Hoy se puede observar, a poco más de un año del inicio de su implementación, que la ubicación del Programa SIM en la órbita del SSAE, potencia sus alcances hacia la población usuaria de Montevideo. Alcances que no sólo refieren a la cobertura, sino al desarrollo de acciones de promoción y prevención, y su enlace con los niveles locales. La articulación entre la reforma del sector salud y la salud reproductiva parece encontrar un camino prometedor en el camino de la descentralización. La misma parecería señalar que "pensar global, actuar local" es una fórmula que permitiría enfrentar la complejidad y los desafíos que exige la construcción de puentes entre la reforma del sector y la salud reproductiva.

RECOMENDACIONES

1. Promover y organizar desde el Programa SIM actividades de sensibilización y capacitación dirigidas al personal técnico, en el campo de la salud sexual y reproductiva, tendientes a superar una visión y una lógica biomédica centrada en la noción de riesgo. Se recomienda que la capacitación focalice las dimensiones psico-sociales y culturales de la sexualidad y la reproducción, y su abordaje desde los servicios de salud.
2. Promover espacios institucionales para la construcción de equipos de salud en los Centros integrados con profesionales de diferentes disciplinas, que oficien como ejes fundamentales en la implementación de un modelo integral de atención.
3. Es necesario explicitar las características del componente del Programa SIM referido a la formación de grupos de mujeres que incidan en la planificación local, monitoreo y evaluación del Programa.
4. Desarrollar y fortalecer las coordinaciones interinstitucionales y con las organizaciones de la sociedad civil, en especial las organizaciones de mujeres, que accionan a nivel local en las zonas de influencia de los Centros, a los efectos de promover estrategias articuladas y conjuntas en el campo de la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

5. Brindar a la población de Montevideo, una amplia difusión de la existencia del Programa SIM y sus prestaciones de modo de favorecer la accesibilidad. La difusión del Programa, sin perjuicio de que se realice desde cada Centro en el marco de su planificación local, debe estar sostenida por el desarrollo de una estrategia global desde el nivel central del SSAE . ASSE . MSP.
6. Promover y desarrollar desde los Centros, estrategias de promoción y educación en salud y derechos sexuales y reproductivos que favorezcan su conocimiento, apropiación y ejercicio en la población usuaria, en especial en las mujeres. A tales efectos, se requiere de dotar a los Centros de los insumos necesarios, en especial de materiales didácticos de apoyo, para el desarrollo de estas actividades.
7. Incluir en los lineamientos del Programa SIM la promoción del uso de la doble protección en la población usuaria, como estrategia de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y en especial del HIV – SIDA.
8. Incluir en las estrategias del Programa SIM la anticoncepción de emergencia, para lo cual es necesario entrenar a los/as profesionales en su abordaje, e informar a las mujeres usuarias acerca de su existencia y pertinencia en el uso.
9. Generar estrategias para la atención de la salud sexual y reproductiva en la población masculina, promoviendo su participación activa y responsable en el ejercicio de la sexualidad y la toma de decisiones reproductivas.
10. Definir indicadores de evaluación de calidad de atención y de calidad de servicios del Programa SIM desde una perspectiva de género, que sean consistentes con los propósitos del mismo, y que trasciendan los criterios de productividad como única modalidad de evaluación.
11. Proyectar las líneas de trabajo del Programa SIM hacia la elaboración y puesta en marcha de un Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, con una amplia participación de actores (organismos gubernamentales, de la sociedad civil, efectores a nivel privado, universidades) tomando como insumo el antecedente del Plan Nacional de Niñez, Adolescencia y Salud Reproductiva, que debe ser revalorizado por su carácter de documento consensuado.
12. Elaborar, validar y difundir normas de atención en salud sexual y reproductiva, retomando los esfuerzos realizados en los últimos años. Particular atención debería prestarse a los aspectos concernientes a las normativas que orienten el quehacer de los y las pro-

fesionales ante la prescripción de métodos anticonceptivos, así como a la prevención del aborto provocado en condiciones de riesgo.

13. Definir y explicitar desde los ámbitos normativos del MSP, los lineamientos y prioridades en el campo de la salud sexual y reproductiva, tendiendo a la consolidación de políticas públicas que aseguren la continuidad y la asignación de recursos en el Primer Nivel de Atención. Sería conveniente que los alcances de estas políticas públicas se extendieran a los efectores de atención a la salud del subsector privado.

Montevideo, marzo de 2003.

Notas

i. No se dispone de información actualizada sobre el gasto público en salud a partir del año 2001, momento éste en el cual se agudizó la crisis socio-económica y financiera en el país.

ii. En tal sentido, importa subrayar el análisis crítico que el Comité de NNUU realizó respecto al Informe presentado por el Gobierno de Uruguay en el mes de febrero de 2002, en la reunión de CEDAW. NNUU, NYC, 2002.

iii. Administración de Servicios de Salud del Estado – Ministerio de Salud Pública.

iv. Documento Propuesta: Salud Integral de las Mujeres Usuaras del SSAE: Líneas Programáticas en construcción. SSAE –MSP, febrero 2001.

v. Fuente Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo de Población, 1996.

vi. Fuente: INE, Idem.

vii. Bonino M, Faral L, Richero R, Terra C "Creencias, prácticas y opiniones de mujeres en edad fértil en relación al uso de los servicios de salud materno-infantil" 1994.

viii. Documento MSP.

ix. Carta entregada por profesionales y funcionarios a Dirección de SSAE, marzo 2001.

x. Expresión utilizada e identificada con los sectores altos de la sociedad uruguaya.

Bibliografía utilizada en la investigación

ABRACINSKAS, L. y A. LÓPEZ GÓMEZ. (2001). "Los derechos sexuales y los derechos reproductivos en la arena política. Estrategias de advocacy desde la sociedad civil organizada". Presentado en el Seminario Regional "ONGs. y Gobernanca". Programa MOST – UNESCO, Montevideo.

ARILHA, M. (1999). Masculinidades e Genero: discursos sobre responsabilidade na reprodução. Disertación de Maestría en Psicología Social. PUCSP.

ARROYO LAGUNA, J. (1997). Vieja y nueva Salud Pública en la Reforma del Sector Salud. Tensiones en salud con la globalización. Ponencia presentada en la Mesa sobre Estado y Políticas Sociales del VII Congreso de ALAMES, Buenos Aires. (xerox)

AVILA, M. B. (2000). "Derechos reproductivos y ciudadanía" En: Agenda de Acciones en Género, Ciudadanía y Desarrollo, Advocacy en Derechos Reproductivos y Sexuales. Workshops Nacionales, SOS CORPO, Genero y Ciudadanía, Brasil

BARKER, G. (2000). ¿Qué pasa con los muchachos? OMS, Suiza.

BARZELATTO, J. (1998). Desde el control de la natalidad hacia la salud sexual y reproductiva: la evolución de un concepto a nivel internacional. En: Saúde Reproductiva na América Latina e no Caribe. Temas e Problemas. PROLAP, ABEP, NEPO/UNICAMP. Editora 34. Sao Pablo.

BARRÁN, J. P. (1995). Medicina y Sociedad en el Uruguay del Novecientos. Tomo 3. La invención del cuerpo. Ed. De la Banda Oriental. Montevideo.

BENIA, W. y G. TELLECHEA. (2000). Estudio de los factores de riesgo para cáncer de mama y cuello uterino en mujeres usuarias de tres policlínicas barriales de Montevideo. 1997. Rev. Med. Uruguay. Vol. 16. N° 2 Setiembre.

BONINO, M. (1994). Barreras en el uso de los servicios de salud maternoinfantiles en zonas de pobreza. Facultad de Medicina - UDELAR, IDRC, Montevideo.

BRIOZZO, L *et al.* (2001). El aborto en condiciones de riesgo. Principal causa de mortalidad materna en Uruguay. Xerox. Montevideo.

BRUCE, J. (1990). Elementos fundamentales de la calidad de atención: un marco conceptual simple. Documento de trabajo Population Council. NYC

CARRIZO, L. (2001). Vida Cotidiana y Sociedad Local. Subjetividad en la acción social. Tesis de Maestría en Desarrollo Local y Regional. Universidad Católica del Uruguay. Montevideo.

CARRIZO, L. y A.L. RIVOIR (2002). El uso de la investigación para el diseño de políticas sociales. El caso de los observatorios gubernamentales en Uruguay. UNESCO (Programa MOST) – Universidad de Harvard – Universidad Católica del Uruguay. Montevideo.

CASTRO, R. y M. BRONFMAN (1999). Problemas no resueltos en la integración de métodos cualitativos y cuantitativos en la investigación social en salud. En: Castro, R., Bronfman, M. (comp..) Cambio Social, Salud y Política. México.

CASTRO, R. (2000). La vida en la adversidad. El significado de la salud y la reproducción en la pobreza. Ediciones CRIM – UNAM. México

CASTORIADIS, C. (1990). La institución imaginaria de la sociedad. Tomo 1. Ed. Anagrama, Madrid.

CORREA, S. y R. PETCHESKY (1998). "Reproductive and Sexual Rights: A feminist perspective". En Sen, Germain, Chen (Ed.): Population Policies Reconsidered. Health, Empowerment and Rights. IWHC, NYC.

DE LOS RÍOS, R. (1995). "Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción". En: Género, Mujer y Salud en las Américas. Publicación Científica N° 541. OPS. Washington.

DE SOUZA, M.C. y O. CRUZ NETO (1999): "Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud". En: Bronfman, M. y R. Castro (coord.) Salud, cambio social y políticas. Perspectivas desde

América Latina. Ediciones Edamex, México.

FEIJOO, M.C. (1992). “La vida cotidiana de las mujeres madres en el marco de la crisis”. En: Fernández, A.M (comp.) Las mujeres en la imaginación colectiva. Ed. Paidós, Buenos Aires.

FERNANDEZ, A.M. (1993). La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre mujeres y varones. Ediciones Paidós, Buenos Aires.

FERNÁNDEZ, J., C. FILGUEIRA, F. FILGUEIRA y C. MOREIRA (1998). Political environments, sector specific configurations and strategic devices: understanding institutional reform in Uruguay, Informe presentado al Banco Interamericano de Desarrollo, CIESU, Montevideo.

FIGUEROA, J. G. (1997). “Algunas reflexiones sobre el ejercicio de los derechos reproductivos en el ámbito de las instituciones de salud”. En: Elu M.C. (editores). Calidad de la atención en salud sexual y reproductiva. México: Comité promotor por una maternidad sin riesgos en México.

FILGUEIRA C. (1996). Sobre revoluciones ocultas: las transformaciones de la familia en el Uruguay. CEPAL, Montevideo.

FONDO DE POBLACIÓN DE NACIONES UNIDAS (1996). Un nuevo papel para los hombres: asociados para la potenciación de la mujer. Ed. FNUAP.

GIORGI, V. (1999). “A propósito del trabajo de los equipos de salud con la comunidad. Problemas y potencialidades”. Montevideo (xerox)

GOGNA M. y S. RAMOS (comp.) (2002). Experiencias innovadoras en Salud Reproductiva. La complementación de las ciencias médicas y sociales. Ed. Consorcio Latinoamericano de Programas en Salud Reproductiva y Sexualidad. Buenos Aires.

GOGNA, M. (comp.) (2000). Feminidades y Masculinidades. Estudios sobre Salud Reproductiva y Sexualidad en Argentina, Chile y Colombia. CEDES, Buenos Aires.

GOMENSORO, A., C. GÜIDA, D. CORSINO y E. LUTZ (1995). La nueva condición del varón, ¿renacimiento o reciclaje? Ed. Fin de Siglo. Montevideo.

GÜIDA, C. (2000). El papel de los servicios de salud en la consolidación de las masculinidades hegemónicas – Versión electrónica. A editar en el marco de las publicación de las Primeras Jornadas Interdisciplinarias sobre Masculinidad - AUDEPP. Montevideo.

HEISE L., M. ELLSBERG y M. GOTTEMOELLER (2001). Ending Violence Against Women. Population Reports, Series L. N°11. Baltimore, Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program, December 1999. Citado Luciano D, Saleh-Ramirez A. en Simposio 2001. Violencia de Género, salud y derechos en las Américas. Informe Final. Iniciativa Interagencial de la Región. OPS. UNIFEM. UNDP. UNICEF. OPS y ONGs. Cancún. México.

HELZNER, J. (1996). “Men’s Involvement in Family Planning” En: Reproductive Health Matters, N°7. London.

LANGER, A. (1999). “Planificación Familiar y Salud Reproductiva, o planificación familiar vs. salud reproductiva.” En: Castro, R., Bronfman, M. (comp..) Cambio Social, Salud y Política. México.

LANGER, A. y G. NIGENDA (2000). Salud Sexual y Reproductiva. Reforma del Sector Salud en América Latina y El Caribe. Desafíos y oportunidades. Ed. Population Council, Instituto Nacional de Salud Pública, BID. México.

LÓPEZ GÓMEZ, A. (2000). “Sexualidad, género y acción socio-educativa”. En: Cuarto Encuentro Nacional de Educadores Sociales. Ed. INAME – UNICEF, Montevideo.

LÓPEZ GÓMEZ, A., G. DUFAU, L. ABRACINSKAS, S. ROSTAGNOL y N. FILGUEIRAS (2001 – 2002). “Estado de situación de los derechos sexuales y los derechos reproductivos en Uruguay. Balance y perspectivas.” Informe realizado por MYSU (Mujer y Salud en Uruguay) para Informe Regional CLADEM. Montevideo.

LÓPEZ GÓMEZ, A. y S. ROSTAGNOL (1998). “Políticas Públicas, Sexualidad y Salud Reproductiva”. En: Avances en la Investigación Social en Sexualidad y Salud Reproductiva. CEDES, AEPA, CENEP. Buenos Aires.

LUDGREN, R. (2000). Protocolos de investigación para el estudio de la salud sexual y reproductiva de los a

adolescentes y jóvenes varones en América Latina -OPS/FNUAP/ Fundación Kellogg/ ASDI

MATAMALA, M. I. (2002). “Género, salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el contexto de la reforma.” En: Género, equidad y reforma de la salud en Chile. OPS – MINSA (Gobierno de Chile - Fundación Ford.

MATAMALA, M. I. y G. SALAZAR (1995). Calidad de atención, género: ¿Salud reproductiva de las mujeres?. Ed. COMUSAMS-ACHNU. Sgo. De Chile.

MILLER, A. (2000) “Sexual not reproductive: exploring the junction and disjunction of sexual and reproductive rights”. En Health and Human Rights, vol. 4, N°2 Harvard College.

MITJAVILA, M. y L. ECHEVESTE (1994). “Sobre a construção social do discurso médico em torno da maternidade”. En: Alternativas escassas. Saúde, Sexualidade e reprodução na América Latina. Fundação Carlos Chagas. Editora 34. Sao Paulo.

MOLINEAUX, M. (1985). “Mobilisation without emancipation: women’s interests, state and revolution in Nicaragua.” En: Feminist Studies. Verano.

MOREIRA, C. y J. FERNÁNDEZ (1997). Políticas de Ajuste en el Sistema Público de Salud: la visión de los actores estratégicos. Serie Informes CIESU, No. 64, Montevideo.

MOREIRA, C. (1999). Salud Reproductiva, políticas de salud y participación de la sociedad civil. Conferencia dictada en actividad organizada por MYSU en el marco del 28 de Mayo “Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer”. (xerox) Mujer y Salud en Uruguay. Montevideo.

MORIN, E. (1995). Introducción al pensamiento complejo. Ediciones Gedisa. Barcelona.

MOSER, C. (1991). “La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y las necesidades estratégicas de género”. En Guzmán, Portocarrero, Vargas (comp.) Una nueva lectura: Género en el Desarrollo. Edición Entre Mujeres – Flora Tristán. Perú

NN.UU (1994). Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, El Cairo

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2000). Los varones y el SIDA: Un enfoque basado en consideraciones de género. Documento de Campaña mundial contra el SIDA.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (2000). VIII Conferencia Regional Sobre la Mujer en América Latina y el Caribe. Equidad, Género y Reforma de las políticas de salud en América Latina y El Caribe. Lima, Perú.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD – ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1995). Marco de Referencia, componentes y estrategias para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud reproductiva, con enfoque de género. Reunión Regional Género y Calidad de Atención en los Servicios de Salud Reproductiva. San Salvador.

PATEMAN, C. (1996). “Críticas feministas a la dicotomía público-privado”. En Perspectivas Feministas en Teoría Política. Ed. Paidós, Buenos Aires.

reproductive rights”. En Health and Human Rights, vol. 4, N°2 Harvard College.

PICHON RIVIERE, E. (1980) El Proceso Grupal. Del Psicoanálisis a la Psicología Social. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

PITTMAN, P. (1999). Género y Calidad de Atención. El caso de la hipertensión y diabetes en Avellaneda, Provincia de Buenos Aires, Argentina. Ed. OPS/OMS, Buenos Aires.

PNUD – CEPAL (2001). Informe de Desarrollo Humano Uruguay 2001. Montevideo.

PROFAMILIA (1998). Derechos sexuales y reproductivos de los varones. Una reflexión acerca de la masculinidad y los derechos. Documento de Base para el análisis. Bogotá.

RAMOS, S. *et al.* (2001). Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto. ¿Una transición ideológica?. CEDES. Buenos Aires. Argentina.

RED DE SALUD DE LAS MUJERES DEL URUGUAY (Ed.) (1994). Políticas de Población y Desarrollo desde una perspectiva de género. Ponencias del Seminario Preparatorio de la CIPD. Montevideo.

SASZ, I. (1999). “Género y Salud. Propuestas para el análisis de una relación compleja”. En: Castro, R., Bronfman, M. (comp..) Cambio Social, Salud y Política. México.

COTT, J. (1996). “El género: una categoría útil para el análisis histórico”. En: Marta Lamas (comp.) El Género: la construcción cultural de la diferencia sexual. Grupo Editorial Miguel Angel Porrúa – PUEG/UNAM. México

SEGURA, J. (1996). “El equipo y la institución: ¿Cuidadores del profesional?”. En: AREA 3, Cuadernos de Temáticas Grupales e Institucionales. N° 3/ El cuidado de los profesionales. Madrid.

SEGURA, J. (1995). “La noción de comunidad y el equipo de salud.” En: AREA 3. Cuadernos de Temáticas Grupales e Institucionales. N° 2/ Una mirada psicosocial sobre el acto médico. Madrid.

SEN, G. (1997). El empoderamiento como un enfoque a la pobreza. (xerox)

SOLIMANO, G., M. VERGARA y I. STEPHEN (1999). Las reformas de salud en América Latina: fundamentos y análisis crítico. Documento presentado en la Conferencia sobre las Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina: el rol del gobierno, la empresa y la sociedad civil. Sgo Chile.

STANDING, H. (2000). Impactos de género de las reformas de salud. Actual estado de las políticas y la implementación. En: Revista Mujer Salud. Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe (RSMLAC), Sgo. De Chile.

TIMYAN *et al.* (1993), cit. en STANDING H., (1999). Género y equidad en programas de reforma del sector salud: un análisis. Health policy and planning journal; U.K Trad. C. Flores y N. Palomino, Universidad Cayetano Heredia, Perú.

TROSTLE, J. y M. BRONFMAN (1999). “El papel de la investigación en políticas de salud: una revisión estratégica de la literatura”. En: Castro, R., Bronfman, M. (comp.). Cambio Social, Salud y Política. México.

VALDÉS T.y J. OLAVARRÍA (1998). Resumen de ponencias del Simposio sobre la Participación Masculina en la Salud Sexual y Reproductiva: Nuevos Paradigmas. AVSC Internacional e IPPF/RHO. Oaxaca, México.

VERDES – MONTENEGRO, J.C. (1995). “La concepción de salud y enfermedad en el Centro de Salud. ¿Modelo organicista o modelo integral?. En: AREA 3. Cuadernos de Temáticas Grupales e Institucionales. N° 2/ Una mirada psicosocial sobre el acto médico. Madrid.

YOUNG, K.(1991). “Reflexiones sobre como enfrentar las necesidades de las mujeres”. En Guzmán, Portocarrero, Vargas (comp.) Una nueva lectura: Género en el Desarrollo. Edición Entre Mujeres – Flora Tristán. Perú.

DOCUMENTACIÓN CONSULTADA

DOCUMENTO (2000). “Programa de Salud Sexual y Reproductiva, Maternidad y Paternidad Elegida.” Informe Final de Resultados y Perspectivas. MSP. Montevideo.

DOCUMENTO (2001). “Propuesta Salud Integral de las mujeres usuarias del SSAE. Líneas programáticas en construcción.” Dpto. Técnico – Unidad de Epidemiología, SSAE – MSP. Montevideo.

DOCUMENTO (1997). “Diagnóstico de los servicios de salud reproductiva en el subsector público.” MSP – FNUAP. Montevideo.

DOCUMENTO DE DIFUSIÓN. La salud del Uruguay en Cifras. Edición 2001. MSP –FISS. Montevideo

DOCUMENTO DE DIFUSION: La salud del Uruguay por Departamentos en Cifras. Edición 2001. MSP –FISS. Montevideo

INSTITUTO NACIONAL DE LA FAMILIA Y LA MUJER (1999): MUJER Y ESTADÍSTICAS. Series Históricas e indicadores sobre la situación de la mujer uruguaya durante el Siglo XX. Ed. INFM, UNICEF, MeyC. Montevideo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (1999). Análisis y Tendencias de la Salud en Uruguay 1999. MSP – FISS. Montevideo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (1999). Mujer y Salud. Montevideo.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA (2000). POR ELLOS. Informe de lo realizado en el período 1995 – 1999 por el Departamento Materno Infantil del MSP. Montevideo.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1999). Uruguay. Perfil del sistema de servicios de salud. Montevideo.