



CONVERSATORIO

Salud

de las

Mujeres



**FLACSO**  
ARGENTINA

### **Agradecimientos:**

Se agradece a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) por su apoyo para la realización del presente evento. Los puntos de vista u opiniones contenidos en la publicación son exclusivos de los autores y no representan necesariamente los de la OPS/OMS.

A FLACSO Virtual, por el soporte técnico en las videograbaciones, videoclips y fotografía.

A Lucrecia Feller, por el trabajo de diseño y edición del presente documento

**Justificación:**

El Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales y Salud), Argentina, desarrolla actividades orientadas a la promoción de los derechos, la equidad de género, el respeto a la diversidad y a la inclusión en salud. Desde esta perspectiva, Argentina, es un país que ha realizado notables avances en materia de la incorporación de estos paradigmas en sus marcos legales y normativos. Pese a ello, existen una serie de vacíos estructurales orientados a brindar respuestas a las demandas cambiantes de la salud de las mujeres (a lo largo del curso de vida) con miras a garantizar el derecho a la salud, a la calidad de vida y, en definitiva a una sociedad más justa.

Desde esta perspectiva, y considerando el escenario de la agendas de los objetivos de desarrollo y del momento de transición política que atraviesa nuestro país, consideramos de suma importancia generar un espacio de reflexión y debate en torno a temas de salud de las mujeres de una perspectiva crítica, pero por sobre todo, orientadora, constructiva y propositiva.

**Objetivo:**

Generar un diálogo crítico y constructivo en torno a la salud de las mujeres con diferentes actores y sectores representativos, a los fines de elaborar un documento de incidencia y abogacía contribuir a reposicionar la salud de la mujer en la agenda pública de nuestro país y en la región.

**Metodología:**

La actividad se elaboró en base a una serie de preguntas que fueron distribuidas entre las/os participantes quienes luego enviaron un manuscrito para la elaboración de un documento base. Posteriormente, y durante el encuentro realizado en FLACSO, se contó con una moderación que constó de una introducción por parte de las instituciones auspiciantes. Posteriormente se abrió el espacio de diálogo en base a las preguntas originalmente distribuidas para promover el intercambio entre los y las participantes. Se establecerán criterios de participación a los fines de no hegemonizar los discursos con el fin de posibilitar la participación de toda la audiencia. Todo en un clima de escucha activa y espacio para la inclusión de las voces en la diversidad.

**Programa de Ciencias Sociales y Salud FLACSO Argentina**

Raúl Mercer

Karina Cimmino

Carlota Ramírez

Pilar Basile

## Lista de participantes

<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>ÁREAS DE TRABAJO</b>
<b>María Victoria Bertolino *</b>	Consultora Nacional Familia, Género y Curso de Vida. Representación de la OPS/OMS en Argentina	Salud sexual y reproductiva - Salud de la mujer en el curso de vida
<b>Noemí Bordoni</b>	Directora. Instituto de Investigaciones en Salud Pública. Universidad de Buenos Aires	Salud bucodental de las mujeres
<b>Carolina Buceta</b>	Instituto Interamericano de Discapacidad y Desarrollo Inclusivo Grupo META	Salud de las mujeres con discapacidad
<b>Guillermo Carroli*</b>	Investigador - CREP. Centro Rosarino de Estudios Perinatales	Investigación en Salud Perinatal
<b>Karina Cimmino</b>	Programa de Ciencias Sociales y Salud FLACSO, Argentina	Educación Integral de la Sexualidad. Promoción de la salud en el ámbito escolar
<b>Cecilia Correa*</b>	ONU	MUJERES Violencia de género
<b>Mirta Garategaray</b>	Comité de Pediatría Social. Sociedad Argentina de Pediatría.	Pediatría Social
<b>Mónica Gogna</b>	Investigadora del CONICET IIEGE (Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género)	Embarazo en la adolescencia
<b>Mariana Isasi</b>	Representante UNFPA en Argentina	Salud y derechos de las mujeres
<b>Ariel Karolinski</b>	Asesor de Salud Familiar, Promoción de la Salud y Curso de Vida (FPL). Representación de OPS/OMS para Venezuela	Salud de la mujer desde enfoque de curso de vida. Mortalidad Materna y Morbilidad Materna Grave.
<b>Florencia Luna</b>	Programa de Bioética. FLACSO, Argentina	La salud de las mujeres desde la perspectiva de la bioética
<b>Raúl Mercer</b>	Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud. FLACSO, Argentina	Salud, derechos, curso de vida Niñez, adolescencia, mujer
<b>Diva Moreno López</b>	UNICEF, Argentina	Salud Integral de la Adolescencia
<b>Mónica Macha</b>	Diputada Nacional	Políticas públicas y salud de las mujeres
<b>Julieta Oddone</b>	Investigadora de CONICET. FLACSO, Argentina	Mujeres y envejecimiento
<b>Carlota Ramírez</b>	Programa de Ciencias Sociales y Salud, FLACSO, Argentina	Feminismo y salud
<b>Mariana Romero</b>	Investigadora Principal. CEDES (Centro de Estudios de la Mujer)	Derechos sexuales y reproductivos - ILE
<b>Julieta Saulo*</b>	Las Casildas	Violencia obstétrica
<b>Gisela Stablun</b>	Red de Profesionales por el Derecho a Decidir	Derechos Sexuales y Reproductivos - ILE
<b>Raquel Vivanco*</b>	Presidenta del Observatorio de las Violencias de Género "Ahora Que Sí Nos Ven"	Violencia de género

\* No pudieron asistir al evento pero enviaron sus manuscritos. Por ese motivo no disponen de la foto obtenida durante el encuentro.



1

Presentaciones



Bienvenida a los/as participantes a cargo de **Raúl Mercer** (Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO), **Luis Alberto Quevedo** y **Victoria Bertolino** en representación de OPS quien les facilitó el desarrollo de este evento.



#### *Director de FLACSO Argentina*

Agradece haber sido convocado para la apertura del Conversatorio sobre la Salud de las Mujeres. Cree que es un orgullo para FLACSO contar con todas las instituciones aquí presentes por tres motivos. Primero, por la relevancia del tema, dado que en Argentina es una temática que está en agenda y que ha tenido consecuencias, aún así hay mucho por hacer y por discutir. Cree que es estratégica la realización de este tipo de reuniones con las instituciones. Los conversatorios tienen una parte propositiva y de diagnóstico, de ver sobre cómo pueden incidir en políticas públicas. El segundo, es el momento que se encuentra la Argentina, que este año es un año electoral. FLACSO siempre tiene una pretensión de hacer llegar la palabra desde lo académico y de hacerlo llegar en los debates, en el caso de Argentina, el debate sobre la salud de las mujeres. El Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO es una de las áreas que sostenidamente realiza este tipo de actividades más allá de la docencia y la investigación. En tercer lugar, le alegra saber cuáles son las instituciones que están participando en el conversatorio, hay muchas instituciones que tienen algo para decir en esta temática para

América Latina y para Argentina. Al interior de FLACSO, porque hay áreas que están presentes en el conversatorio y esto tiene que ver con la capacidad de poder trabajar transversalmente. Les doy la bienvenida y les deseo que puedan trabajar muy bien. Este evento va a ser parte de una publicación, esperamos que pueda tener incidencia en las políticas que desarrollamos en Argentina y América Latina.



#### *Coordinador del Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO*

Se analiza el porqué de un conversatorio como modalidad pedagógica, ya que rompe con los modelos más formales de presentación, genera espacios de intercambio con un guión detrás y como forma de generación de conocimiento.

Sobre la salud de las mujeres, se trata de un tema prioritario a escala global. Tanto porque nos preocupa la salud de las mujeres como la salud de los hombres. Como varón, debemos repensar algunas construcciones sociales y pensar cómo a veces respondemos a distintas situaciones que nos afectan como consecuencia de los mandatos de género.

Sobre el porqué de las instituciones participantes, comenta que hubo criterios de selección, como por ejemplo la defensa de los derechos humanos y contar con cierto grado de representatividad o historia en la defensa de los derechos de las mujeres.

¿Por qué FLACSO? Porque se trata de un espacio de libertad académica, de pensamiento de la salud de manera interdisciplinaria. Se presentan los distintos momentos y los ejes transversales en la actividad. Finalmente, se hizo referencia al libro sobre perspectiva de género y medicina recientemente publicado en España y en el cual FLACSO Argentina ha tenido participación.

El eje de curso de vida será considerado como para los diferentes momentos del conversatorio.



**KARINA  
CIMMINO**

Quien trabaja en el Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO, en particular sobre la temática de educación de salud sexual integral, propone realizar una ronda de presentaciones.



**VICTORIA  
BERTOLINO**

Asesora en OPS/OMS Argentina sobre familia, género y curso de vida, manifiesta que la salud de la mujer debe abordarse con enfoque de curso de vida, derechos humanos, interculturalidad, género y equidad.



**ARIEL  
KAROLINSKI**

Médico especialista en ginecología e investigador de carrera. Se desempeña como asesor internacional OMS/ OPS en Venezuela, en particular el tema de salud de la mujer. Espera que sea un espacio de participación y reencuentro entre los asistentes. Se espera que se puedan plasmar nuevas ideas en las políticas públicas de quienes más lo necesitan hoy en día.



**NOEMÍ  
BORDONI**

Instituto de Investigaciones en Salud Pública de la UBA con sede en la Facultad de Odontología, estuvo vinculado con la Maestría en Salud Pública de la UBA vigente hasta 2014. El Instituto continúa con las mismas lógicas. Tiene la expectativa de enriquecer el trabajo con las redes que se puedan generar y acuerda con la idea de que la investigación no es sólo producción de conocimientos sino también el uso del conocimiento. Genera transversalidad y redes en estos encuentros.

**DIVA MORENO**

En representación de **FERNANDO ZINGMAN** (Especialista de Salud en UNICEF). Es consultora del área de salud de UNICEF, médica epidemióloga sobre salud sexual y reproductiva. Trabajó 10 años en el Ministerio de Salud de Colombia, a cargo de la salud de adolescentes y jóvenes. Hace 2 años está en Argentina acompañando a UNICEF en lo relativo a la salud de los adolescentes. Celebra que en el encuentro se esté hablando de curso de vida y que, con la elaboración del documento, se pueda encauzar que es un continuo, para poder desarrollar todos los potenciales de las personas, de equidad y de igualdad. Cree que es un enfoque que dice todo, es una apuesta, novedosa e innovadora importante. Destaca la importancia de transmitir la información a otros públicos identificando cuáles son los nudos críticos, cuáles son las limitantes y cuáles son los desafíos en el curso de vida de las mujeres que tenemos que atravesar y superar **para lograr una salud integral**.

**MARIANA ROMERO**

Investigadora del CEDES - CONICET, médica de formación. Su expectativa se vincula en con cómo lograr que el sistema de salud incorpore una perspectiva integral. Menciona la problemática del cáncer de cuello, del cáncer de mama. Un sistema de salud que recepcione mejor el concepto de integralidad, que incluya a sujetos de derechos, que los promueva y que se haga responsable de garantizarlos. Encontrar algunas propuestas innovadoras que trasciendan.

**MIRTA GARATEGARAY**

Médica pediatra especialista en adolescencia. Representa a la Sociedad Argentina de Pediatría, específicamente el Comité de Pediatría Social. Trabaja hace 35 en la Municipalidad de La Matanza. Espera que estas cuestiones lleguen al profesional que trabaja en lo cotidiano con niñas, adolescentes y mujeres. Encontrar la manera de lograr una mayor visibilización.





**JULIETA ODDONE**

Investigadora del CONICET, socióloga, dirige el Programa Envejecimiento y Sociedad de FLACSO. La vejez no es una cuestión de la edad en sí misma sino es producto de la historia biológica y biográfica donde el curso de los acontecimientos, de nuestra vida, el impacto del trabajo, del lugar donde vivimos e incluso el impacto de la vida política y la historia social da distintos modos de llegar a la vejez. La diversidad es el hecho, el curso de vida lo provoca. Cree que el encuentro permite ver cómo se construye nuestra vida, nuestra salud en el curso de nuestras vidas para llegar al momento de la vejez.



**PABLO SALGADO**

Epidemiólogo y profesor en la cátedra de Odontología Preventiva Comunitaria. Trabaja además en el Centro de Investigación Poblacional. Su trabajo con respecto a la salud de la mujer se inicia con Ariel Karolinski en el Centro de Investigaciones de Salud Poblacional del Hospital Durand (CISAP). Con el Ministerio de Salud se trabajó sobre el sistema de información perinatal (SIP-G). Comenta que en la cátedra se abrió una unidad de atención a la mujer embarazada.



**LUCIANA LIRMAN**

Oficial de Salud de UNICEF. Su expectativa es repensar las políticas que implementamos y revisar el enfoque desde el cual se atiende la salud de las mujeres. Cómo impacta, para pensar mejores condiciones de igualdad y de equidad.



**CAROLINA BUCETA**

Es psicóloga e integra el instituto interamericano sobre discapacidad y desarrollo inclusivo. Existe un convenio de cooperación entre el Instituto y FLACSO sobre el acceso a los distintos derechos vinculados con la salud de las personas con discapacidad. Considera importante poder incluirse en estos espacios y que la perspectiva de discapacidad se debe transversalizar. Considera importante incorporar miradas desde un enfoque interdisciplinario.



**MARIANA  
ISASI**

Oficial de Enlace de UNFPA Argentina. Cree que el encuentro puede permitir ciertas intersecciones para el trabajo que se viene haciendo en torno a la salud de las mujeres.



**MÓNICA  
MACHA**

Diputada Nacional del Bloque FPV-PJ y Senadora provincial MC. Es psicóloga egresada de la UBA, realizó una Maestría en epidemiología y gestión de la salud (UNLa) y actualmente es doctoranda en Salud Colectiva en la UNLA. Trabajó 16 años en la gestión local en el Municipio de Morón, 10 años estuvieron abocados a la construcción de abordajes integrales en las políticas socio-sanitarias en alianza con la UNLA y la Universidad Nacional de General Sarmiento. Como legisladora provincial y nacional, es autora de diversos proyectos de ley vinculados a la salud de las mujeres, tales como el que se logró sancionar como Ley provincial 14738 creando las Consejerías para la reducción de riesgos y daños en situaciones de embarazos no planificados, y fue co-autora en 2018 del proyecto de ley nacional de interrupción voluntaria del embarazo, entre otros.



**MONICA  
GOGNA**

Socióloga - investigadora de CONICET del Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género de la UBA. Su expectativa es que pueda haber un mensaje que acorte la brecha entre el conocimiento existente en el grupo y el abismo que existe con la población, los comunicadores, los políticos.



**PILAR  
BASILE**

Asistente del Programa de Ciencias Sociales y Salud. Estudiante de filosofía, comenta que el sesgo de género atraviesa todas las disciplinas.



**FLORENCIA  
LUNA**

Filósofa e investigadora principal del CONICET trabaja en bioética. El tema de la mujer ha sido un eje a lo largo de su disciplina. Dirige en FLACSO el programa de bioética. Considera que su trabajo es interdisciplinario y que el encuentro le va a permitir enriquecerse aún más. En segundo lugar, plantea otra mirada ya que muchas veces la ética o la bioé-

tica en nuestro país suele estar sesgada con una mirada religiosa, la visión de la iglesia católica. Además, cuando se trata el tema de la bioética y la mujer es importante incorporar una mirada circular, pluralista....



**GISELA STABLUN**

Médica especialista en Medicina General y Familiar, integra la Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir. Coordina el primer nivel de atención de la Mutual Senderos de la CTEP (Confederación de Trabajadores de la Economía Popular). Le gustaría poder exponer experiencias de acompañamientos de abortos y cómo se pusieron en tensión los modelos de atención, desde estas prácticas feministas.



**CARLOTA RAMÍREZ**

Forma parte del Programa de Ciencias Sociales y Salud de FLACSO. Se especializó en salud sexual y reproductiva. Trabajó en el Programa Nacional. Plantea la importancia de generar espacios de conversación, construir ideas colectivas.



**MARÍA FAGET**

Ha trabajado en América Latina con cuestiones vinculadas con salud reproductiva, embarazo adolescente y proyectos vinculados con la salud de la mujer.



**EMILIA CABRERA HOM**

Abogada, activista feminista, maestranda en Derecho Administrativo y asesora legislativa en el Congreso de la Nación.



# 2

## La Salud de las Niñas



### **MIRTA GARATEGARAY**

Comité de Pediatría Social – Sociedad Argentina de Pediatría

#### **¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS QUE CONFRONTA LA SALUD DE LAS NIÑAS EN ARGENTINA?**

Si bien la situación de vulnerabilidad de casi 5.000.000 de los niños, niñas y adolescentes de la Argentina que no solo viven en situación de pobreza ya que viven en hogares donde no llegan a cubrir la canasta básica, pero tienen además vulnerados derechos fundamentales. Esta situación impacta negativamente en su situación social y sanitaria, cobrando especial relevancia el abuso sexual infantil como desafío emergente que si bien afecta a niños y niñas, de acuerdo a las estadísticas tienen mayor impacto particularmente en las niñas. Las publicaciones de UNICEF dan cuenta que 1 de cada 5 niñas han sido víctimas de abuso sexual, siendo 1 de cada 13 en niños. Esta problemática puede confrontarse con los cerca de 2500 nacimientos de niñas de menos de 15 años que el país registra anualmente.

#### **¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS NIÑAS SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN?**

Según un ranking que evaluó la capacidad de respuesta de 40 países del mundo frente al delito de abuso y la explotación sexual contra niños, niñas y adolescentes, la Argentina está en el puesto número 35, quedando en la peor posición entre los Estados americanos

analizados y por debajo de varios africanos, como Uganda (19) y Ruanda (30). En el extremo opuesto, entre los primeros lugares, se encuentran Reino Unido, Suecia, Canadá y Australia. Los datos se desprenden del programa de investigación “Fuera de las sombras: arrojando luz sobre la respuesta al abuso y la explotación sexual infantil”, elaborado por la Unidad de Inteligencia de The Economist (EIU, por sus siglas en inglés) y disponible online. Contó con el apoyo de la World Childhood Foundation, la Oak Foundation y la Carlson Family Foundation, y fue creado con el aporte de 36 expertos internacionales. El índice ilustra cómo cada país está respondiendo al problema, destacando en qué áreas es necesario enfocarse para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas, que incluyen terminar con toda forma de violencia hacia los niños para 2030.

Si bien existe desde 2016 una línea (0800 222 1717) contra el Abuso Sexual Infantil impulsada por el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos conjuntamente con UNICEF para denuncia de casos, y una página web ([www.argentina.gob.ar/abusosexualinfantil](http://www.argentina.gob.ar/abusosexualinfantil)) la cual a través de un conjunto de piezas audiovisuales, refleja la frecuencia e invisibilidad con la que ocurren los casos de abuso sexual a niños, niñas y adolescentes, hay todavía un déficit en las políticas públicas que apunten a la prevención, contención y atención integral de las víctimas, en función del marco legal que las ampara.

Puntualmente desde la práctica coti-



diana notamos la falta de perspectiva de género en los equipos de salud y en los equipos de los juzgados de familia, la falta de formación en la temática de ASI de los equipos de salud que los lleva a tener miedo para realizar las denuncias. Una vez realizada la protección de la niña falta de equipos de psicológicos para tratamiento luego de la revelación momento que las niñas pueden quedar fuera del entorno familiar y no pueden entender que sean ellas las que deben ser alejadas del ofensor.

### **¿CUÁL SON LOS PRINCIPALES TEMAS Y DESAFÍOS QUE HAY QUE INCORPORAR EN LA AGENDA SANITARIA PARA PROMOVER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS NIÑAS?**

Algunos de los desafíos que se mencionan para la Argentina son que la confianza en la aplicación de la ley y el funcionamiento del sistema judicial es relativamente baja y que si bien las normas e iniciativas abordan el abuso y la explotación sexual infantil, el país carece de un plan nacional coherente para combatir este delito. Además, se destaca la ausencia de un sistema propio de notificación y eliminación relacionado con el contenido sobre abuso sexual infantil en Internet, y que la Argentina tampoco es miembro de ninguna red internacional de notificación y eliminación de este tipo de material. La especialista, concluye: "Hace un largo tiempo estamos tratando, sin éxito, de que la Argentina adhiera a la iniciativa Inspire, liderada por la OMS con el apoyo de Unicef, el Banco Mundial, entre otras agencias internacionales que busca que los Estados implementen las siete estrategias que han resultado efectivas en el mundo para combatir la violencia contra los niños".

Desde la esfera de una política integral se debería promover la iniciativa complementaria del artículo 72 del código penal (modificado en 2018) que aguarda en la Cámara de diputados: el que se refiere a la protección a los profesionales de centros educativos, de salud o de acompañamiento, que hoy están obligados a denunciar. Esta modificación ofrece la garantía para que se haga en reserva de su identidad como denunciante y eximirlos del secreto profesional y de responsabilidad legal, para que no sea tan fácil recibir represalias por haber denunciado un delito cometido contra niñas o niños.

Incluir en la currícula de formación de residentes y jóvenes profesionales el tema ASI y su papel en la corresponsabilidad tarea que no finaliza con la derivación al Servicio Social o a los Sistemas de Protección

La efectiva implementación de ESI en las escuelas a nivel transversal, que por la Ley 26.150 rige desde octubre del año 2006, estipula que además de educar sobre sexualidad, se propone romper los estereotipos de género, fomentar el cuidado del cuerpo propio y el ajeno, promover actitudes responsables y el respeto por la diversidad sexual, pero tras más de 12 años de existencia algunos datos demuestran que la Ley de ESI no se cumple en su totalidad.

### **Bibliografía**

- The Economist <https://outoftheshadows.eiu.com/> Diario La Nacion 30/5/2019
- Abuso Sexual contra Niñas, Niños y Adolescentes. Una guía para tomar acciones y proteger sus Derechos 2017 UNICEF

- Pobreza, Derechos e Infancias en la Argentina . Universidad Catolica Argentina (2010-2018)
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos – UNICEF Programa Las Victimas contra la Violencia -2016

**RAÚL MERCER**

Programa de Ciencias Sociales y Salud, FLACSO, Argentina

**“Si naces niña... es para sufrir”**

*Comentario de una trabajadora social durante un taller sobre género e infancias, La Paz, Bolivia*

La salud, como constructo social, es un proceso que expresa las condiciones en las cuales las personas crecen, se desarrollan y se relacionan entre sí. Dichas condiciones se reconocen dentro del enfoque de Determinantes Sociales de la Salud. Los mecanismos y procesos a través de los cuales los determinantes influyen de una u otra manera sobre la salud y calidad de vida se manifiestan a través de la denominada “inclusión biológica” (*embedding*)<sup>1</sup>. Desde la perspectiva de género nos reconocemos como seres humanos, sociales y biológicos, de allí el concepto de “*embodiment*”<sup>2</sup> que avanza en tres afirmaciones críticas: (1) los cuerpos cuentan narrativas y no pueden estudiarse divorciadas de las condiciones de vida; (2) las narrativas a menudo, pero no siempre, coinciden con las aquellas declaradas por las personas; y (3) existen narrativas que las personas no pueden o no quieren contar, ya sea porque no pueden, están prohibidas o eligen no contarlas. Este aspecto es esencial no sólo para la investigación epidemiológica y ciencia rigurosa sino también para promover la equidad social en salud. Según

el enfoque de curso de vida, desde etapas tempranas de la vida, la salud se va modelando en el día a día mediante las transacciones que realizan las personas con sus diferentes entornos inmediatos (familiares, pares, vecinxs), mediatos (instituciones de salud, educación, otras) y alejados (sociales y políticos).

En general, los problemas de salud prevalentes en la infancia muestran indicadores de riesgo de enfermar y morir mayores en niños varones con respecto a las niñas. Superado el primer año de vida y fundamentalmente a partir de los 5 años, el riesgo de muerte crece a medida que aumenta la edad. En todos los grupos de edad, la mortalidad en hombres es mayor que en las mujeres. Esta diferencia se acentúa entre los 10 y 35 años de edad, efecto atribuible al impacto de las causas externas (accidentes, homicidios y suicidios)<sup>3</sup> (“*efecto centrífugo y centrípeta de la violencia de los varones*”)<sup>4</sup>.

En cambio, la condición de haber nacido niña se asocia a ciertos determinantes contextuales que inciden sobre la salud. En ciertas culturas, la condición de haber nacido niña expone a esta población a cuestiones simbólicas con el valor diferenciado que la sociedad confiere al haber nacido niño o niña, incluso en función de las expectativas de los futuros padres sobre el hecho de tener

1. CORDERO M, MOLINA H, MERCER R. DE LAS MOLÉCULAS AL CAPITAL HUMANO. USACH, FACIMED, CHILE, 2012.

2. KRIEGER N. EMBODIMENT: A CONCEPTUAL GLOSSARY OF EPIDEMIOLOGY. JECH. [HTTP://DX.DOI.ORG/10.1136/JECH.2004.024562](http://dx.doi.org/10.1136/JECH.2004.024562)

3. MINISTERIO DE SALUD Y DESARROLLO SOCIAL. DEIS. MORTALIDAD Y MORTALIDAD 2016. SÍNTESIS ESTADÍSTICA 3. 2018.

4. SEGÚN ESTA METÁFORA, LOS VARONES GENERAN VIOLENCIA A SÍ MISMOS (POR EJEMPLO, CAUSAS EXTERNAS) Y CON QUIENES CONVIVEN (POR EJEMPLO, VIOLENCIA DE GÉNERO).

un hijo varón o una hija mujer. Pero por otra parte hay riesgos incrementados sobre la salud de las niñas en aquellas sociedades en las que el matrimonio temprano es una práctica habitual, o en las que se realiza la mutilación genital femenina como rito ancestral, o en aquellos países que promueven el turismo sexual infantil o delegan los roles de cuidado a la niñas en el seno de sus hogares.

### **Algunas preocupaciones asociadas a la condición de ser niña que influyen sobre su salud:**

- **Pautas de crianza y estereotipos tempranos:** en nuestro país, el 46,4% de los adultos reconoció utilizar la violencia física para criar a sus hijos e hijas, lo que demuestra que hay una fuerte naturalización de la violencia como forma de crianza<sup>5</sup>. Persisten modelos de crianza de las niñas para convertirlas en mamás, que aprendan a cuidar y a ocuparse de cuestiones domésticas, cuestión que resulta difícil de romper<sup>6</sup>. Muchas mujeres se convierten en madres “por default” y no como consecuencia de una verdadera elección informada, negociada con sus parejas (homo, hetero sexuales y consigo mismas). Un 50% de las mujeres en nuestro país llegan al embarazo como resultado de situaciones no buscadas, no planificadas y en algunos casos impuestas (ver embarazos tempranos en la adolescencia)<sup>7</sup>. Las nuevas generaciones ven un abanico más amplio de opciones. El fútbol femenino es un buen ejemplo de la discriminación que han experimentado (y aún

experimentan) estas niñas para algo tan simple y saludable como es practicar este deporte.

- **Embarazos en niñas:** en la **Argentina** hay 700 mil nacimientos por año. El **16%** proviene de madres adolescentes de entre **15 y 19 años** (en algunas provincias equivale al 25%) y alrededor de 3000 son de niñas de 10 a 13 años. El **69%** de esas mujeres adolescentes **no planearon ese embarazo**.

- **Violencia sexual:** de las niñas, niños y adolescentes víctimas de violencia sexual, se destaca que el 75,6% son de género femenino. Alrededor del 20% de las víctimas asistidas tienen de 0 a 5 años. De los agresores, 88,1% son varones<sup>8</sup>.

- **La menstruación como expresión de inequidad:** Hay alrededor de 10 millones de personas que menstrúan en la Argentina de las cuales un 20% corresponde a la población de niñas. Un grupo de expertos de Naciones Unidas instó a tomar medidas al asegurar que “las dañinas normas socioculturales, los estigmas, las ideas equivocadas y los tabúes alrededor de la menstruación sigan provocando exclusión y discriminación en mujeres y niñas”. A ello, se le suma el impuesto regresivo por ser niña para poder acceder a apósitos, toallitas y tampones y el impacto de dichos productos sobre sectores de niñas pobres.

- **Sesgos en la provisión de servicios de salud<sup>9</sup>:** los servicios de salud pediátricos no reconocen a la dimensión de género en la provisión de cuidados. Ello atiende a la perspectiva tradicional de visualizar a la mujer en sus funciones reproductivas y de cuidados desconociendo otros aspectos vinculados con la salud de la

5. UNICEF, GUÍA PRÁCTICA PARA EVITAR GRITOS, CHIRLOS Y ESTEREOTIPOS. 2017

6. COMENTARIO DE CARLOTA RAMÍREZ.

7. KAROLINSKI A, MERCER R, ET AL. THE EPIDEMIOLOGY OF LIFE-THREATENING COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH REPRODUCTIVE PROCESS IN PUBLIC HOSPITALS IN ARGENTINA. BRITISH JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY. AUGUST 2013.

8. UNICEF. SERIE VIOLENCIA CONTRA LAS NIÑAS, NIÑOS Y ADOLESCENTES. UN ANÁLISIS DE LOS DATOS DEL PROGRAMA “LAS VÍCTIMAS CONTRA LAS VIOLENCIAS” 2017-2018.

9. MERCER R, RAMÍREZ C. LA PRÁCTICA DE LA PEDIATRÍA EN CLAVE DE DIVERSIDAD. PERSPECTIVA DE GÉNERO EN MEDICINA.

mujer. También puede evidenciarse en el diálogo que se mantienen con las familias, focalizado en las madres, en segundo término en los padres y finalmente en los niños/as. Los servicios de salud generan sesgos que se expresan en el esfuerzo diagnóstico y terapéutico diferencial, como así también en materia de recomendaciones en función de determinantes de género<sup>10</sup>.

• **Invisibilidad del desarrollo inclusivo:** las diferencias propias de la diversidad responden a las características culturales, de género, orientación sexual, discapacidad, religión, entre otras, condicionan situaciones de exclusión y discriminación. Independientemente del motivo, cualquier práctica discriminatoria afecta la salud. El reconocimiento de la diversidad conforma una potente estrategia para erradicar las causas que comprometen de manera temprana la salud física y mental<sup>11 12</sup>.

• **Las niñas como objeto de consumo:** el impacto del neoliberalismo a partir del fundamentalismo del mercado no ex-

cluye a las niñas como espacio de acción. Las niñas son objetos de erotización y “*adultización*” temprana a partir de las estrategias de marketing y su incidencia en los comportamientos y el desarrollo del pensamiento materialista.

• **La construcción de la imagen corporal:** En esta lógica de mercado entran a jugar además, los patrones de consumo de alimentos, la construcción de la imagen corporal y las presiones de la moda sobre modelos a emular. Las niñas tienden a sobredimensionar su imagen corporal pese a contar con índices de masa corporal que entran dentro del rango de la normalidad.

## Recomendaciones

Si bien Argentina está logrando notables avances en materia del reconocimiento y ganancias en el campo de los derechos, asistimos aún a comportamientos de parte de las familias, pares, instituciones, programas y políticas que no reconocen a las niñas en cuanto a sus roles, problemáticas y necesidades. Ello implica la necesidad de reconocer a las niñas como colectivo social y, a partir de allí, las problemáticas relevantes que deben ser abordadas con el fin de mitigar las consecuencias negativas sobre la salud, la inclusión y la equidad social.

10. MERCER R, SZULIK D, COLOMER C. WHO. GENDER TOOL. EUROPEAN STRATEGY FOR CHILD AND ADOLESCENT HEALTH AND DEVELOPMENT. 2007 [HTTP://WWW.EURO.WHO.INT/\\_\\_\\_DATA/ASSETS/PDF\\_FILE/0020/76511/EUROSTRAT\\_GENDER\\_TOOL.PDF](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/76511/eurostrat_gender_tool.pdf)

11. MERESMAN S, MERCER R. INCLUSIÓN TEMPRANA: TRAER AL MUNDO UN NIÑO O UNA NIÑA ES SIEMPRE UN DESAFÍO. [HTTP://IIN.OEA.ORG/PDF-IIIN/RH/DOCS-INTERES/CARTILLA-DE-INCLUSION-TEMPRANA.PDF](http://iin.oea.org/pdf-iiin/rh/docs-interes/cartilla-de-inclusion-temprana.pdf)

12. MERCER R. DESDE LA ADVERSIDAD A LA DIVERSIDAD. APROXIMACIONES PARA LA LECTURA DE LA DISCAPACIDAD EN CONTEXTOS DE CAMBIO. [HTTPS://WWW.SAP.ORG.AR/DOCS/CONGRESOS\\_2018/DISCAPACIDAD/MERCER\\_ADVERSIDAD\\_DIVERSIDAD.PDF](https://www.sap.org.ar/docs/congresos_2018/discapacidad/mercer_adversidad_diversidad.pdf)





## Momento de debate

**Mirta Garategaray**, desde la Comité de Pediatría Social hubo consenso en que el tema del abuso sexual infantil es un tema de salud que afecta más a las niñas que a los niños. En el 2018, en La Matanza, hubo 850 denuncias de abuso sexual infantil de las cuales 92% corresponden a niñas. Eso que se pensó desde el Comité estaba reflejado en las estadísticas. Pensando en el curso de vida, el suicidio adolescente, la trata, la prostitución. El círculo de la pobreza está muy de la mano con el abuso sexual infantil. Comenta que en su trabajo cotidiano falta la perspectiva de género en los tribunales de familia, en los profesionales de la salud. Como docente de pediatría implementa con sus estudiantes la perspectiva de género y de derechos aunque es muy difícil de lograr por más que uno realice la capacitación en el tema. Agrega que es muy difícil llevar a cabo los protocolos (UNICEF / OPS/ el ex Ministerio) de actuación. Funcionan para la emergencia pero no en lo cotidiano. Es muy difícil escuchar que una niña con medida de abrigo deba ser separada de su familia y pregunte por qué no lo sacan a él también. Ahí la justicia vuelve a dañar a esas niñas. Sería un logro si la justicia pudiera adquirir una mirada de género y de protección para no seguir vulnerando a los niños. Menciona la modificación del artículo 72 del Código Penal, donde decía que son delitos de instancia privada, don-

de no hacía falta ratificar la denuncia y que se puede actuar de oficio, todavía está en proceso. Agrega que está cajo- neado un artículo que hace referencia a la protección que debieran tener los profesionales (equipos de salud y educación) que son los que hacen la denuncia. Esto colaboraría para que los profesionales tengan menos miedo de hacer la denuncia.

**Carolina Buceta** menciona que en este proceso de escuchar a las niñas acerca de las problemáticas que les afectan y cuando tienen la posibilidad de hablar sobre los abusos, sobre todo con niñas con discapacidad la autonomía progresiva se da de una forma bastante compleja (por no decir que no se da). La mirada de personas con discapacidad suele ser una mirada paternalista. Dista en la práctica de lo que son los derechos de las niñas con discapacidad. Falta formación profesional en los distintos ámbitos para entender desde una perspectiva de género y una perspectiva de discapacidad. Muchas veces desde el contexto no se dan las condiciones para que esto suceda.

**Florencia Luna**, menciona que en el debate tal vez falte la mirada de la salud mental. Otra cuestión es el tema de la vulnerabilidad. Comenta que siempre se ha considerado a la vulnerabilidad como un tema de poblaciones (mujeres embarazadas, personas mayores), esto

genera etiquetas que es muy difícil de sacar. Plantea que hay que hablar sobre una vulnerabilidad por capas. No es que el grupo poblacional es vulnerable, sino que hay distintas capas de vulnerabilidad. Es una manera de pensar mucho más contextualmente la situación. Hay distintas capas que van vulnerabilizando cada vez más a las mujeres. Esto implica poder mirar las cosas con mayor flexibilidad.

**Noemí Bordoni**, manifiesta que le importa la formación de recursos humanos con estas lógicas. Cree que es un riesgo no encargarse de los activos que fortalecemos. No hay una reflexión como formadores de recursos humanos para poder cambiar las cosas para poder trabajar sobre esas capas de vulnerabilidad. Es un problema de responsabilidad social y cívica de la formación de recursos humanos y ponerlos en esos escenarios.

**Mariana Romero**, comenta que existe un déficit en el sistema de salud en realizar acciones que promuevan el potencial de los niños y niñas. Si se los mira desde la enfermedad, el abuso, solo se mira lo negativo. El contexto no promueve en que se desarrollen como seres autónomos. Se les inculca que todo lo que está afuera es peligro y también lo que sucede al interior de sus casas. Parte de lo que vayan a ser en materia de salud tiene que ver con el desarrollo de sus potencialidades.

**Diva Moreno**, refuerza lo que sucede con las vulnerabilidades en términos de desarrollo cognitivo, físico y psicosocial de esas niñas con los eventos de abuso, maltrato y privaciones. Pensar si realmente se están abordando. Pensar desde cuándo se inicia el abordaje de género en las políticas públicas. Pensar que es posible en términos de búsqueda de posibilidades y equidades y espa-

cios de escucha. El profesional (de ahí la importancia en la formación) tiene que ser capaz de escuchar a la niña en todo su contexto lo que está diciendo y que le están vulnerando sus derechos de manera reiterativa.

**Ariel Karolinski** menciona la existencia de 5 millones de niños pobres, embarazos en niñas menores de 15 años (3 mil por año) que se mantiene estable en la Argentina, en los determinantes sociales de la salud. Vincular el tema de la equidad y cuál es el rol del Estado para cerrar las brechas mediante políticas activas. Un tema que podría tomarse es el de pobreza y nutrición. Garantizar el estado nutricional de los niños y niñas desde su nacimiento es una intervención que marca la trayectoria de ese niño, la familia y la comunidad. Si no están garantizadas las necesidades básicas, muchos menos van, a desarrollar las potencialidades. Cómo generar intervenciones claves que marquen cursos de vida saludables. Otra cuestión es la de vacunación, la vacunación del HPV para prevención del cáncer de cuello uterino. Está incluida en el calendario de Argentina, pero no en otros países de América Latina (básicamente por cuestiones económicas). Que el conversatorio sirva para implementar políticas sociales activas.

**Mónica Gogna**, recuerda una intervención del Women's College Hospital (Toronto) donde se sensibilizaba a profesionales de salud sobre violencia de género en el propio lugar de trabajo con intervenciones breves. Cada capa de vulnerabilidad -como señalaba Florencia- estaba representada por una tela que se iba quitando a medida que los profesionales decían que podrían haber hecho y no hicieron. Más allá de la utilidad de este tipo de experiencias, está claro que la formación de recursos

humanos en derechos y género debe comenzar en el grado.

**Mariana Isasi**, pensando en las potencialidades, la importancia de la salud sexual integral en esta etapa, tanto dentro como fuera de la escuela y cómo eso puede repercutir en todo el resto del curso de vida. Pensar en una educación sexual integral de calidad, con niños y niñas, donde se hable sobre estereotipos, género, violencia. Todas estas cuestiones impactan fuertemente en la salud de la mujer.

**Carlota Ramírez**, sobre el tema de la capacitación cree que uno de los grandes desafíos es que los equipos en general suelen poner los problemas afuera. Un desafío es poder ponerlos adentro. El sistema también es bastante violento, que las capacitaciones no pasen por ofrecer información sino repensar desde donde nos posicionamos, localizar y territorializar las problemáticas. Pensar en estrategias más efectivas para instalar y también que hay problemáticas que son internas y ver qué responsabilidades tenemos como sistema de salud.

**Gisela Stablun**, manifiesta que desde el 2015 con el “Ni una menos”, los casos de violencia y de abuso llegan solos; no hace falta ir en búsqueda de ellos. Es importante trabajar con los equipos. Hace énfasis en poder presentar a la salud sexual integral como prevención del abuso sexual ya que los sectores más conservadores hablan solo de métodos anticonceptivos. La educación sexual integral como una política preventiva.

**Mónica Macha**, más allá de la formación de grado y la inclusión en las currículas de la perspectiva de género, plantea que ya existe la Ley Micaela que obliga a todo el personal del Estado a tener esta perspectiva. Es una herramienta que ya está a disposición. Tam-

bién se pueden pensar en instancias de formación de cualquier espacio en que estemos trabajando. Sobre el abuso sexual infantil menciona que esos niños y niñas tienen un vínculo con el Estado (escuela / hospital) y de la existencia de un racismo social (desigualdad de género raza - clase) que representaría las peores condiciones de vulnerabilidad. Lo mismo ocurre con la autonomía. En los sectores más pobres, hay una autonomía adelantada donde deben resolver situaciones de manera temprana. Por último, incluir el tema de las niñas trans.

**Noemí Bordoni**, cree que la sensibilización por capas y en los distintos escenarios tiene que empezar tempranamente. Se pierden oportunidades en sumar activos, en esos jóvenes. Cuanta más exclusión hay, la política pública debe hacer el camino inverso.

**Florencia Luna**, rescata el tema de la movilización social que hubo el año pasado con el tema de la legalización del aborto. Lo mismo con el colectivo Ni una Menos, el denunciar abusos. Tiene que haber una contraparte a nivel social más extendida, más allá de lo que podemos hacer como instituciones. Tiene que ver con cómo hacer visibles cuestiones que antes se naturalizaban. Esto debería poder estar presente de alguna manera y ser aprovechable.

**Raúl Mercer**, sobre el desarrollo de las potencialidades plantea que en Argentina no hay información sobre cómo está el desarrollo infantil. Esto hace que el modelo esté más centrado en la mortalidad infantil cuando hoy en día se sabe que lo más importante es asegurar calidad de vida a la mayoría que sobrevive, además de reducir las muertes. Está todo centrado en la muerte, el fracaso, la reparación. Es una deuda concreta poder interpelar a las autoridades

sobre la importancia del desarrollo infantil como política pública. Si les cerceñamos sus potencialidades son chicos que no van a tener posibilidad de expresión, desarrollo del lenguaje. Dentro del sistema de salud también hay capas que actúan de manera antagónica para poder garantizar derechos. Le preocupan mucho los movimientos anti derechos, y su incidencia en el campo de la salud. Como espacio académico poder pensar los costos que implica tener una política de restricción de derechos para la gente. Hay países que garantizan una ciudadanía temprana como una necesidad y como manera de apelar a una sociedad más justa. El tema de la territorialidad es un tema que hace al desarrollo infantil temprano

no en la construcción de la identidad de género. Las poblaciones vulnerables se definen desde los espacios de poder, detrás de la vulnerabilidad también hay vulneraciones. Por último, existe un desconocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre en qué contextos los nacimientos son el resultado de una decisión autónoma de la mujer de llevar a cabo un embarazo. El hecho de garantizar la interrupción legal del embarazo no va en contra de la garantía de los derechos de la niñez. Hay que garantizar que todos los chicos que nazcan sean producto de decisiones voluntarias, y que los chicos que ya nacieron no queden huérfanos de sus madres por causa de un aborto clandestino.



# 2

## La Salud de las Adolescentes



**DIVA JANNETH MORENO LÓPEZ**

Consultora Área Salud UNICEF ARGENTINA

En UNICEF entendemos la adolescencia como el momento vital que se caracteriza por importantes y rápidas transformaciones a nivel de procesos psicosociales, neurocognitivos, físicos y sexuales, que repercuten de forma importante en el devenir presente y futuro de los individuos. Es un período crítico para el desarrollo de la identidad individual cuando los jóvenes están descubriendo quiénes quieren ser en el mundo. Una oportunidad para el crecimiento, la exploración y la creatividad.

Esta etapa del curso de la vida brinda una segunda oportunidad para influir en las trayectorias de desarrollo en los dominios físico, cognitivo, socioemocional y para compensar algunos aspectos de la privación infantil (1). Se desarrollan capacidades de agencia, de autonomía, de ciudadanía, de alteridad, de elegir y actuar por sí mismo y desarrollar las condiciones que facilitarán a lo largo de la vida expandir las libertades, entre otras las libertades que le permitirán escoger la vida que quieren llevar.

También en este período, los roles de género pueden ser consolidados, o desafiados y transformados (2). Es decir, la adolescencia debe ser considerada como el momento vital y la oportunidad humana de consolidar las capacidades del sujeto individual titular de derechos; y en el caso de las mujeres adolescentes, es todavía una evocación, que debe ser nombrada en masculino, por lo cual yo diría es el momento de la consolidación de la persona titular de derechos en todas y con todas sus potenciali-

dades, para el desarrollo personal y la contribución al desarrollo social.

Una de nuestras frases en UNICEF es "todos somos diferentes, pero todos tenemos los mismos derechos", creemos en esa afirmación y trabajamos día a día por garantizarla. Sin embargo, eso no es tan cierto para las mujeres adolescentes en Argentina, que representan el 7,8% de la población, y en 2017 nacieron en promedio 258 bebés de mujeres adolescentes. Es decir, 7 niñas y adolescentes menores de 15 años tuvieron un hijo/a por día (3) y casi siete de cada diez de ellas, no habían buscado ese embarazo.

Esta cifra sólo está mostrando que la violación de Derechos Humanos sexuales y reproductivos a las mujeres en La Argentina inicia desde la edad más temprana.

Lo anterior nos hace ver que las adolescentes argentinas están expuestas a falta de garantía de sus derechos a la integridad, a la vivencia libre de su corporalidad y propiedad de su cuerpo, a la dignidad, libertad y al libre desarrollo de la personalidad.

Son sometidas a la maternidad a la gestación y a la crianza, sin mayor conocimiento de lo que es la sexualidad su desarrollo y sus repercusiones en la reproducción; hechos que implican un impacto grave en su propio desarrollo y para el desarrollo y los derechos de sus hijos/as, que con seguridad van a sufrir las condiciones de mayor vulnerabilidad.

La consecuencia inmediata de lo anterior es un factor predisponente del retraso escolar y el abandono de la educación formal, esto vinculado al rol asignado por la sociedad a la mujer, las condena a ser madres, al desarrollar sus proyectos en el ámbito privado y las labores del hogar<sup>13</sup>, con pocas probabilidades de continuar una educación formal y acumular capital humano para el establecimiento de una vida adulta en condiciones de bienestar.

Otra inequidad que cobra relevancia en las mujeres adolescentes es el abuso sexual y la violencia<sup>14</sup>, que además tiene entre otras manifestaciones que pueden traducirse en intentos de suicidio y suicidio (5).

Las mujeres adolescentes, ven privados sus derechos, en cuanto tienen menor acceso a información de calidad y a servicios integrales; se pone en duda su capacidad y su autonomía en la toma de decisiones.

La ausencia de reconocimiento de la sexualidad como un elemento inherente a su identidad y no sólo con fines de reproducción en las mujeres adolescentes, propicia que el ejercicio ocurra en ambientes no seguros, en los que se dificulta la capacidad de agencia de su propia vida, y su proyección de desarrollo e integración social.

### **¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS QUE CONFRONTA LA SALUD DE LAS MUJERES ADOLESCENTES EN ARGENTINA?**

13. DE LAS ADOLESCENTES MUJERES QUE REALIZAN ACTIVIDADES AL INTERIOR DEL HOGAR EN EL ÁMBITO RURAL SOLO EL 68% LLEGAN AL SISTEMA EDUCATIVO VS LAS QUE NO TRABAJAN, QUE LOGRAN UNA ASISTENCIA ESCOLAR DEL 89%. (4)

14. EN LA ARGENTINA 25 NIÑAS Y ADOLESCENTES DE MENOS DE 18 AÑOS, FUERON VÍCTIMAS DE FEMICIDIOS. FUENTE: SPOTLIGHT ONU-MUJERES.

- La inequidad dada por determinantes estructurales como la pobreza, y las construcciones de género que limitan el acceso a la información, a la capacidad de agencia y se reflejan en las cifras citadas en las cuales se pueden determinar que los grupos donde mayor presencia tienen estos eventos son los grupos sociales más vulnerables.

- La falta de evidencia sobre abuso sexual y su relación con el embarazo temprano y los comportamientos autolesivos.

### **¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS MUJERES ADOLESCENTES SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN?**

- La comprensión y reconocimiento de los y las adolescentes como sujetos plenos de derechos que se reflejan en las decisiones políticas a todo nivel, del Estado, los sectores, las instituciones, las comunidades y los individuos; es decir, no se ha logrado que a nivel general se pueda percibir al adolescente como sujeto de derechos, respetando su autonomía, subjetividad, confidencialidad, intimidad, y decisiones.

- Prevalen en los ámbitos sociales familiares e institucionales las miradas estigmatizantes y condenatorias hacia las condiciones, características y comportamientos de los y las adolescentes.

### **¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES TEMAS Y DESAFÍOS QUE HAY QUE INCORPORAR EN LA AGENDA SANITARIA PARA PROMOVER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES?**

- El enfoque de derechos debe primar cualquier estrategia de abordaje de la salud adolescente.

- Acceso a servicios de salud para adolescentes con perspectiva de género que se centren en sus necesidades y circunstancias, y de acuerdo con los estándares globales (6).
- Apoyar las intervenciones de cambio de comportamiento en el nivel familiar y comunitario.
- La educación es clave. La mejor inversión para mejorar la salud de los adolescentes y reducir el matrimonio infantil es el acceso a la educación primaria y secundaria gratuita y de calidad para todas (7).
- Apoyar intervenciones de cambio social y de comportamiento que promuevan la equidad de género, reducir el estigma y la discriminación, y reconocer el papel de los y las adolescentes y jóvenes como agentes de cambio.
- Fomentar oportunidades de participación y toma de decisiones, la resolución de problemas y las habilidades de afrontamiento.
- Propiciar entornos locales seguros y saludables, fundamentales para mejorar la capacidad de los adolescentes para mantener un buen físico y salud mental, evitar comportamientos de riesgo, recuperarse de la adversidad, tener éxito en la escuela o en el lugar de trabajo y ejercer liderazgo (8).

## Bibliografía

1. UNICEF Programme Guidance for the Second Decade: Programming with and for Adolescents. Programme Division UNICEF. New York, October 2018.
2. The Lancet, Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing (2016); Ronald E. Dahl, et al., "Importance of investing in adolescence from a developmental science perspective," Nature 554 (2018): 441- 450.
3. Estadísticas de los hechos vitales de la población adolescente en la Argentina. Secretaría de Gobierno de la Salud. Ministerio de salud y desarrollo social Presidencia de la Nación. UNICEF Julio 2019.
4. Trabajo Infantil en La Argentina. Políticas públicas y desarrollo de experiencias sectoriales y locales. OIT. Ministerio de Trabajo y Desarrollo Social. UNICEF. -Buenos Aires Argentina 2012.
5. Encuesta Mundial de Salud Escolar (EMSE, 2012)
- 6 Evaluación de calidad. Una guía para la evaluación de los servicios de salud amigables para adolescentes. OPS -OMS Ministerio de Salud Presidencia de la Nación Argentina.2011. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85329/9789241598859\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85329/9789241598859_spa.pdf?sequence=1)
7. Peter Sheehan et al., "Building the foundations for sustainable development: a case for global investment in the capabilities of adolescents," The Lancet 390 (2017): 1792-806; Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing (2016); Global Education First Initiative 2017, at <http://www.unesco.org/new/en/gefi/priorities/global-citizenship/>; Lancet Commission on Adolescent Health and Wellbeing, 2016 at <https://www.thelancet.com/commissions/adolescent-health-and-wellbeing>. En UNICEF Programme Guidance for the Second Decade: Programming with and for Adolescents. Programme Division UNICEF. New York, October 2018.
8. The General Comment on the Implementation of the Rights of the Child during Adolescence issued by the CRC Committee (GC No. 20). En UNICEF Programme Guidance for the Second Decade: Programming with and for Adolescents. Programme Division UNICEF. New York, October 2018.



**DRA. MÓNICA GOGNA**  
CONICET/IIEGE (Instituto Interdisciplinario de Estudios de Género)

## **Principales nudos críticos y desafíos que confronta la salud de las niñas y adolescentes en Argentina**

### **Violencia sexual**

El 38,2% de las víctimas atendidas por el Programa Las víctimas contra las violencias entre Octubre de 2006 y Agosto de 2016 fueron niñas de entre 11 y 15 años. La forma de violencia recurrente contra ellas es el tocamiento sexual por la fuerza. El 33 % de las víctimas de género femenino (910 niñas y adolescentes) fue víctima de violaciones vía vaginal, oral y/o anal. En el grupo 11-18 años, el 26,0% de los agresores son familiares (padre, padrastro, tío, etc.), 29,3% son conocidos no familiares y 42% son desconocidos.

### **Embarazo no intencional**

El 58.9% de los embarazos de las adolescentes de 15 a 19 años y el 83.4% de los de las menores de 15 años son reportados como no intencionales (PNSIA, 2018). Estudios basados en encuestas a adolescentes de 15 a 19 años indican un porcentaje similar de embarazos no intencionales para diferentes órdenes de nacimiento y generaciones (Gogna y col, 2011; Binstock y Gogna, 2014).

El embarazo y el parto, especialmente en las menores de 15 años, aumentan los riesgos para la salud y para la vida. Ellas siguen teniendo mayor riesgo de mortalidad materna como resultado

de factores biológicos (como la maduración insuficiente del aparato reproductor) y factores socioeconómicos y geográficos como el acceso deficiente a la atención de salud en zonas rurales remotas, los sesgos asociados a las minorías étnicas, la estigmatización y la pobreza (OPS-FNUAP-UNICEF, 2018).

### **Embarazo infantil forzado**

El “embarazo infantil forzado” ocurre cuando una niña (menor de 14 años) queda embarazada sin haberlo buscado o deseado y se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la interrupción del embarazo. El mismo puede ser producto de una violación sexual o provenir de una relación sexual consensuada, en la que la niña no conocía las consecuencias o conociéndolas no pudo prevenirlas. Es el caso de niñas que no han tenido educación sexual o, habiéndola tenido, no pudieron acceder a métodos de prevención de los embarazos y a la anticoncepción de emergencia (CLADEM, 2016). En 2017 en Argentina hubo 2493 nacimientos de madres de 14 años o menos. En 2014 (último año con información disponible por edades simples) el 82 por ciento de los nacimientos de menores de 15 años correspondían a chicas de 14 años y el 18 por ciento restante a niñas de 13 o 12 años o incluso menores.

### **Complicaciones de abortos inseguros y acceso a la interrupción legal del embarazo**

En 2013 (último año informado), se registraron 462 egresos hospitalarios de niñas entre 10 y 14 años de edad y 8200 de adolescentes de 15 a 19 años que estuvieron internadas por complicaciones de aborto (DEIS, 2015).

Con respecto al acceso de las adolescentes a la interrupción legal del embarazo, datos de la Red de Acceso al Aborto Seguro (REDAAS) indican que, hasta febrero de 2018, dos de cada diez mujeres que accedieron a un aborto legal tenían 19 años o menos. Estudios cualitativos han reportado que la detección tardía del embarazo, especialmente en las menores de 15, opera como obstáculo al acceso a la ILE.

### **¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS MUJERES SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN?**

- La mayoría de los casos de abuso sexual contra NNYA no son denunciados, y la convivencia con el agresor supone trabas a la denuncia
- La falta de visibilización social de la problemática del abuso y de respuestas institucionales integrales
- Falta de accesibilidad (geográfica, cultural, etc.) a métodos anticonceptivos eficaces y seguros y a la anticoncepción hormonal de emergencia
- Situación legal del aborto (restrictiva) y barreras políticas, institucionales y culturales al acceso a la ILE

### **¿CUÁL SON LOS PRINCIPALES TEMAS Y DESAFÍOS QUE HAY QUE INCORPORAR EN LA AGENDA SANITARIA PARA PROMOVER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES?**

- Visibilización y desnaturalización de la violencia sexual y fortalecimiento de las redes comunitarias y organizaciones no gubernamentales que trabajan en la prevención del abuso sexual.
- Desarrollo de protocolos y guías de acción interinstitucionales que faciliten la detección y abordaje interdisciplinario de los abusos sexuales, de modo de detener las situaciones abusivas y proteger a las víctimas (Chejter e Isla, 2018), quienes tienen probabilidades de experimentar secuelas emocionales como estrés postraumático, depresión e ideas suicidas.
- Implementación de la Educación Sexual Integral y consejerías en salud sexual y reproductiva con entrega de métodos anticonceptivos de mediana y larga duración y anticoncepción hormonal de emergencia.
- Implementación de la estrategia de reducción de riesgos y daños en efectores públicos, privados y de las obras sociales.
- Acceso a la interrupción legal del embarazo según el marco normativo vigente.

### **Referencias bibliográficas**

- Binstock, G. y Gogna, M. 2014. "Entornos del primer y segundo embarazo en la adolescencia en Argentina". En: Cavenaghi, S. y Cabella, W. (editoras). Comportamiento reproductivo y fecundidad en América Latina: una agenda inconclusa. Serie e-Investigaciones. N° 3. Río de Janeiro: FNUAP - ALAP; p 167-185.
- CLADEM. 2016. Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Balance regional.
- Chejter, S. y V. Isla, 2018. Abusos sexuales y embarazo forzado hacia niñas, niños y adolescentes. Argentina, América

Latina y el Caribe Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Buenos Aires.

- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Serie 11. N° 14. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. 2013. DEIS. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. 2015.

- Gogna, M. y col. 2011 “Embarazo en la adolescencia en Argentina. Recomendaciones de política basadas en la evidencia”. RHM en español. Temas de Salud Reproductiva N° 6. Universidad

Peruana Cayetano Heredia. P: 74 a 84.

- Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 2018. Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, D.C., EE. UU.). ISBN: 978-92-75-31976-5

- PNSIA. Ministerio de Salud. 2018. Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Resumen Ejecutivo.





## Momento de debate

**Diva Moreno** comenta que la adolescencia es una etapa donde se presenta el crecimiento rápido, la adquisición de habilidades, conocimientos y oportunidades. Es una segunda ventana de oportunidad dada por el desarrollo cerebral y la adquisición de nuevas habilidades. Es un momento para resarcir elementos que tuvieron en la infancia con el desarrollo en condiciones de vulnerabilidad. Es un momento que se da la identidad, la autonomía y la capacidad de agencia. Estas cuestiones son las que hacen la diferencia en la adolescencia y son estas cuestiones que deben ser tenidas en cuenta para abordar la adolescencia. Cuando se ven las problemáticas de las mujeres adolescentes como el embarazo adolescente o la violencia, se ven inequidades en su formación y la agencia sobre su propio cuerpo. ¿Qué posibilidades tienen las adolescentes para hacer agencia sobre su propio cuerpo?; ¿Qué ocurre cuando no tienen acceso de información de calidad, a servicios integrales, cuando no pueden tomar decisiones de manera autónoma?. Esto se potencializa con la maternidad forzada y con la gestación forzada cuando no pueden elegir. Los nudos críticos están relacionados con los determinantes estructurales. La información que se dispone en Argentina sobre abuso sexual es bastante poca. Comenta que, desde UNICEF, se ha trabajado con la DEIS para que se incluya

la edad del padre en el registro de nacidos vivos. Es una variable desconocida. En general, es una variable que muchos países la registran y esto tiene que ver con poder hacer la inferencia de los casos relacionados con abuso sexual o relaciones asimétricas de poder. Esta es una información que puede aportar a la toma de decisiones y para el acompañamiento. Agrega el tema de la participación y la ESI, indagar a los adolescentes lo que quieren y necesitan para que las estrategias sean efectivas. Hay que brindarles la oportunidad. Estimular la participación adolescente. Finalmente, el mantenerse en el ámbito educativo, que las mujeres accedan a la terminalidad y a ciclos superiores, esto tiene gran impacto en ellas, sus familias y sus comunidades.

**Mónica Gogna**, comenta la existencia de un artículo que da cuenta que aquellas mujeres que accedieron a la ESI tienen menos probabilidades de ser madres. Reflexiona sobre el caso de Ailín, una adolescente de 17 años que fue asesinada por su padrastro, con un niño de 1 año. Se indaga qué hubiera ocurrido si hubiera accedido a una interrupción legal del embarazo o si ese embarazo fue producto de abuso. Comenta que su mamá no lo denunció en su momento por violencia doméstica, porque él la amenazó por su condición de migrante. Agrega que un dato que no está dispo-

nible es la información de cantidad de egresos por complicaciones de abortos. El último disponible por edad simple es del 2013 donde hubo casi 500 egresos de 10 a 14 y 8200 de 15 a 19 años. Sobre las limitantes, es la falta de visualización social de la problemática de abuso y la falta de respuestas integrales. Cree que el ENIA está aportando en este sentido. Menciona la dificultad para el acceso a la ILE como otra limitante dada la avanzada del movimiento antiderechos. Comenta que se han hecho avances con respecto a la concepción del embarazo forzado, hay que estar muy fuerte en la abogacía de esto.

**Diva Moreno** comenta que el cálculo de la tasa de natalidad era realizado desde los 15 a 19 años por una cuestión demográfica. CEPAL desde hace unos años calcula la tasa de natalidad desde edad temprana. En Colombia, está diferenciado el dato en el caso de 13 y 14 años.

**Mónica Gogna** comenta un estudio cualitativo de 20 casos donde se pudo ver 2 casos producto de abuso. También observa la aceptación de las uniones tempranas en las comunidades. Hay mucho para trabajar en esa línea y en la defensa de los derechos de las niñas. Poder hacer estudios más a largo plazo para ver los impactos. Muchas de ellas se enteran tardíamente, avanzado el embarazo.

**Diva Moreno**, comenta que en Jujuy se está aplicando la ruta crítica de prevención del embarazo, de atención integral a las embarazadas menores de 15 años. Comenta que Claudia Castro (especialista en salud sexual y reproductiva de Jujuy) le es difícil ver la naturalidad con la que se aceptan estas violencias y permitida las uniones tempranas. En ningún momento esto es reconocido como un abuso y que se tome concien-

cia de que pudo haber acontecido de esa manera.

**Carolina Buceta**, le resulta interesante la incorporación del componente de participación adolescente y la búsqueda de alternativas que rompan barreras para fomentar la participación. En el caso de mujeres con discapacidad, se identifican de manera clara las barreras edilicias, comunicacionales y actitudinales que les limitan para participar de esos espacios para que puedan armar también su proyecto de vida en torno a estas cuestiones y que no se las sustituya.

**Emilia Cabrera**, indaga sobre si existen estadísticas sobre matrimonios en menores de edad.

**Diva Moreno**, menciona que en Colombia existe una ley donde si se cuenta con la autorización de los padres una niña de 14 años se puede casar. Desde la ley está permitido. En Argentina está permitido desde los 16 años.

**Mariana Isasi**, rescatando algunas cuestiones de política pública el Programa Nacional de Educación Sexual y el ENIA son cuestiones importantes que hay que destacar y que es necesario poder continuar.

**María Faget**, enfatiza la importancia de la participación adolescente, cree importante que se reflexione sobre qué se entiende por participación, como ciudadanía activa, la formación del joven en el ser ciudadano.

**Ariel Karolinski**, comenta que sobre el tema de maternidad adolescente y enfatiza en agregar una cuestión no menor vinculada con el derecho a la vida de la mujer. Expone algunas cifras: un embarazo adolescente precoz está asociado a una mayor mortalidad materna y a una mayor morbilidad grave.

Esto es evidencia mundial y que también en Argentina. Hay una relación inversa entre aumento de la mortalidad materna y disminución de la edad. Una niña que se embaraza, frustra su proyecto de vida y se condiciona su vida, mayor probabilidad de enfermarse y de morir.

**Florencia Luna**, desea reforzar la importancia de conseguir el aborto legal en general y reforzar que no se proveen los abortos no punibles de la manera en que deberían hacerse. Lo que la ley permite que se haga.

**Mirta Garategaray** aclara que son embarazos de niñas, es un embarazo adolescente, son niñas. Instalar este nom-

bre para ver si los del movimientos anti derechos lo pueden captar.

**Carolina Buceta** habla de la transversalidad de los derechos. Menciona el caso de una persona no vidente de 21 años que no se movilizaba sola y eso también afecta el acceso a sus derechos sexuales, reproductivos y a su intimidad.

**Diva Moreno**, reflexiona sobre el reconocimiento del ejercicio de la sexualidad en las mujeres adolescentes que es diferente a la reproducción. Tiene que ver con la vivencia posterior, lo que el entorno propicia y que se ejerce en los ámbitos de salud.



# 3

## La Salud de las Mujeres en Edad Productiva/ Reproductiva

**LIC. M. CARLOTA RAMÍREZ**

Programa de Ciencias Sociales y Salud. FLACSO. Argentina

## Derechos Sexuales y Reproductivos en Clave Feminista

Los derechos sexuales y los derechos reproductivos son nociones relativamente nuevas que lejos de ser conceptos acabados se encuentran en un proceso de construcción, en el cual distintos actores y discursos disputan su sentido.

El término Derechos Reproductivos fue acuñado por la Campaña Contra la Esterilización Forzada y por la Anticoncepción (CARASA) en la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud celebrada en Amsterdam a principios de los 80. En 1993, la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena, expresó la necesidad de eliminar “la violencia basada en el género y todas las formas de *acoso sexual y explotación*”, *incluyendo el tráfico de mujeres, la violación sistemática, la esclavitud sexual y el embarazo forzado*” (art.18). Y en ese mismo año, la Asamblea General de las Naciones Unidas promulgó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, en la cual condenó explícitamente las diversas formas de “violencia física, *sexual* y psicológica contra las mujeres, reconociendo a todas estas formas de violencia como violaciones a los derechos humanos previamente reconocidos. De esta manera en ambas declaraciones se introduce “*lo sexual*” en el discurso de Derechos. Finalmente, la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo realizada en Cairo en 1994, fue la primera en de-

finir explícitamente los derechos *sexuales y reproductivos*, afirmando que su ejercicio abarca el ejercicio de otros derechos humanos incorporados en la legislación nacional e internacional.

El reconocimiento de estos derechos en el campo sanitario, se ha dado en el marco de una lógica binaria, heteronormativa y biomédica. Correa y Petchesky (1994) afirman que una noción emancipadora de los derechos sexuales y reproductivos sólo es posible si a la mirada biologicista se incorporan de manera transversal la diversidad/disidencia sexual, la autonomía personal, la integridad física y la equidad de género como principios éticos orientadores de las políticas.

En la Argentina, los movimientos feministas articulados con el colectivo LGBT+ han logrado visibilizar las relaciones que existen entre la implementación de las normativas nacionales sobre la salud sexual y reproductiva y la violencia sexista, racista y homofóbica que opera en el campo de la salud. Estos colectivos han producido prácticas, saberes y discursos que interpelan al saber médico y reclaman un abordaje más democrático e inclusivo de la igualdad en las políticas de salud sexual y reproductiva.

Después de más de treinta años de encuentros nacionales y trece de la Campaña Nacional por el Derecho al Aborto Legal Seguro y Gratuito, las movilizaciones masivas del 2018 durante el debate del proyecto de ley instalaron a los feminismos populares de manera defi-

nitiva en la escena pública y su agenda en el debate acerca de la igualdad como objetivo de toda política sanitaria

### Principales limitantes

- Un modelo de salud médico hegemónico basado en el biologicismo y en una concepción binaria y heteronormativa de la sexualidad y la reproducción que opera como un dispositivo normalizador (disciplinador) de los cuerpos feminizados.
- Un discurso médico científico que jerarquiza los saberes desconociendo las experiencias individuales y colectivas de las mujeres, descalificando sus prácticas y reproduciendo performativamente otras desigualdades y subordinaciones de género.
- La ausencia de un enfoque de género entendido como una herramienta técnico-política que aplicada al análisis de los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado permiten comprender los mecanismos a través de los cuales las diferencias entre las mujeres y las personas con capacidad de gestar, ven limitado o favorecido, el acceso a la salud sexual y reproductiva.

### Principales desafíos

- Politizar al cuerpo biológico como un cuerpo situado en un territorio específico sobre el que operan el Estado, la comunidad, la familia, la religión y el mercado. Recuperar el cuerpo en su dimensión política exige confrontar las diferentes perspectivas filosóficas, religiosas o científicas que niegan su existencia. Exige también que el cuerpo sea reconocido como el lugar donde habita un sujeto portador de derechos
- El activismo transfeminista ha sido

capaz de construir nuevos discursos teóricos, nuevas prácticas de cuidado, nuevas formas de producir salud más igualitarias e inclusivas<sup>15</sup>. Desde esa experiencia colectiva los feminismos interpelan las concepciones hegemónicas en salud, con particular atención a las nociones de universalidad, autonomía, autoridad epistémica y normalidad, y reclaman tener voz en las definiciones acerca de las políticas de salud sexual y reproductiva.

- Los colectivos feministas han logrado asegurar, en contextos de extrema vulnerabilidad, prácticas de cuidado basadas en la solidaridad que disputan al saber médico el sentido acerca de la salud y cómo gestionarla. Estas nuevas lógicas plantean el desafío de incorporar esas dichas estrategias al interior de las instituciones responsables de producir y preservar la salud.
- Integrar la perspectiva de género de manera transversal requiere interpelar las prácticas de los equipos de salud (en sus diferentes dimensiones) y las desigualdades estructurales, que determinan las condiciones de acceso a información, servicios y cuidado de la salud, que se organizan jerárquica e internacionalmente alrededor de: género, etnia, condiciones socioeconómicas, edad, religión, entre otras.

### Bibliografía

- Butler, Judith (2010). *Cuerpos que importan: sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. 2da Edición. Paidós, Buenos Aires.
- Correa, Sonia y Petchesky, Rosalind (1994) *Los Derechos reproductivos y se-*

15. LA TEORÍA QUEER, POR EJEMPLO HA CONTRIBUIDO AL ANÁLISIS DE PROCESOS DE CUIDADOS VINCULADOS CON LA DIVERSIDAD FUNCIONAL Y/O CORPORAL.



xuales: Una perspectiva feminista. Mujeres al timón. Cuadernos para la incidencia política feminista, N° 3.

- Cubillos Almendra (2015) La importancia de la interseccionalidad para la investigación feminista. Oximora. Revista internacional de Ética y Política. N° 7, Otoño 2015. PP. 119-137

- Federici, Silvia (2010). Calibán y la bruja: mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Buenos Aires: Tinta Limón, <http://niunamenos.org.ar/wp-content/uploads/2018/03/Federici-Silvia-CALIBAN-Y-LA-BRUJA-.pdf>

- The Lancet (2019) Editorial: Feminism is for Everybody. 9 de febrero 2019

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30239-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30239-9/fulltext)

- Pérez, Moira (2016). Teoría Queer, ¿para qué?. ISEL, 5 184-198

<https://docs.google.com/document/d/1AeZOsajrI26SW4UY22Hjk5wACTdtQF-c288YNyOyypCc/edit>

- Petchesky, Rosalind (2000) "Sexual Rights: Inventing a Concept, Mapping An International Practice," en: Framing the Sexual Subject, ed. Richard Parker, et al. University of California Press, p. 81-103. Traducido por el Cladem, 2002.

**GUILLERMO CARROLI**

Centro Rosarino de Estudios Perinatales (CREP)

**¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS QUE CONFRONTA LA SALUD DE LAS MUJERES EN ARGENTINA?**

• Derechos humanos en general: a) violación de los derechos humanos que producen enfermedad: prácticas modernas perjudiciales, violencia contra mujeres y tortura; b) reducción de la vulnerabilidad a la enfermedad: a través de la información, educación, alimentación, vivienda, condiciones sanitarias, ambientales y trabajo digno; c) mejora de la salud mediante la autonomía del individuo, privacidad, participación, no discriminación, libre tránsito y migración y los derechos a la salud en particular que incluye acceso a infraestructura, tecnologías, prácticas y cuidados de la salud como un todo y a la salud sexual y reproductiva que abraza la planificación familiar con métodos anticonceptivos reversibles de acción prolongada y anticoncepción irreversible quirúrgica femenina y masculina, acceso a ILE, atención respetada y basada en la mejor evidencia disponible del embarazo, el parto, el postparto y post-aborto centrado en los derechos de las mujeres y sus familias.

• Morbimortalidad Materna y sus causas: Aborto, Hipertensión, Hemorragia Postparto, Sepsis y con particular mirada hacia las Causas indirectas, debido a que esta última debe ser estudiada como causa que está enmascarando barreras al acceso a la ILE)

• Epidemia creciente del número de cesáreas como factor causal de aumento

de la morbimortalidad materna y perinatal.

**¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS MUJERES SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN?**

• Falta de visión global del problema de salud como un problema que incluye a factores que van más allá de la instituciones y los trabajadores de la salud.

• Falta de recursos materiales en las instituciones de salud para garantizar el cumplimiento de los derechos humanos, sexuales y reproductivos de las mujeres.

• La falta de conocimiento de la evidencia acerca de los temas enunciados anteriormente por parte de las mujeres, sus familias y otras partes interesadas (por un lado) y los distintos niveles de decisión y atención dentro del sistema salud: gobierno, gestores, profesionales y personal de atención de la salud (por el otro).

• La falta de políticas de implementación de las intervenciones (clínicas y de sistemas de salud) que han demostrado ser efectivas (incluyendo la capacitación), y la correspondiente evaluación de su efectividad en todas sus dimensiones: impacto en el recurso humano, impacto en las instituciones e impacto en la salud de las mujeres.

**¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES TEMAS Y DESAFÍOS QUE HAY QUE INCORPORAR EN LA AGENDA SANITARIA PARA PROMOVER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES?**

- Capacitación en DDHH con perspectiva de género, focalizado en los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, en todos los niveles de la salud y en la población en general.
- Implementación de políticas de DDHH en el sistema de salud en general y en la atención de las mujeres, acompañado de la correspondiente evaluación del impacto en indicadores de salud.
- Planificación estratégica para la reducción de la morbilidad materna por aborto, hipertensión, HPP, sepsis e indirectas mediante la implementación de intervenciones clínicas y de po-

líticas de salud de probada efectividad, promoviendo además el abandono de prácticas inefectivas, innecesarias o que atenten contra la dignidad de las mujeres y sus familias.

- Planificación estratégica para la reducción de los crecientes índices de cesáreas, mediante la implementación de intervenciones clínicas y de políticas de salud de probada efectividad, promoviendo además el abandono de prácticas inefectivas, innecesarias o que atenten contra la dignidad de las mujeres y sus familias.
- Favorecer la equidad, en todas las actividades mencionadas anteriormente al sistema de salud en su conjunto (incluyendo el subsector público, privado y de la seguridad social) en todo el territorio del país.

**CECILIA CORREA**

ONU Mujeres. Argentina

**¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS QUE CONFRONTA LA SALUD DE LAS MUJERES EN ARGENTINA?**

La violencia contra las mujeres es una grave violación de los derechos humanos, con repercusiones negativas para las mujeres, sus familias y entornos y la comunidad que las rodea, constituyendo un impedimento al reconocimiento y goce de todos sus derechos humanos, incluyendo el respeto a su vida e integridad física, psíquica y moral (Convención Belém do Pará).

Argentina ha ratificado la mayoría de los tratados internacionales y regionales y participa activamente en la implementación de la Agenda 2030, pero la violencia hacia las mujeres y las niñas aún es un problema grave y persistente.

**Nudos críticos:**

- Recursos presupuestarios insuficientes para la implementación de las políticas y/o planes nacionales para abordar la violencia contra las mujeres y/o de género
- Debilidad en la continuidad de las políticas y/o planes nacionales y respuesta institucional fragmentada.
- Falta de sistemas de información y medición de la violencia contra las mujeres oficiales.
- A pesar de la visibilidad del movimiento Ni Una Menos aun la violencia contra las mujeres es una problemática que

tiene un alto grado de invisibilización, pues no todas las mujeres realizan denuncias o solicitan ayuda a algún organismo público.

- Las mujeres y niñas víctimas de violencia no acceden a servicios de calidad, adaptados a sus contextos y necesidades diferenciales, lo cual obstaculiza su camino de salida de la situación de violencia y el acceso efectivo al derecho a una vida libre de violencia y, en los casos más extremos, a la vida (femicidio) e integridad física.
- Argentina es un país federal, no permite un abordaje integral para la prevención, atención y acompañamiento de niñas y mujeres víctimas de violencia. No hay programas que brinden asistencia y acompañamiento luego de las denuncias.

**Desafíos:**

- Identificar y medir aspectos relativos a las múltiples discriminaciones que afectan a las mujeres que padecen violencia que complejizan las condiciones de desigualdad de género tales como la edad (niñas, adolescentes, mujeres y adultas mayores), la identidad de género (mujeres trans), la orientación sexual (lesbianas, bisexuales y otras), ubicación geográfica (urbano/rural), la condición de migrante/inmigrante y refugiada, la pertenencia a pueblos originarios, la presencia de embarazo, la discapacidad, la ocupación y el nivel educativo.

- Desarrollo y/o fortalecimiento de capacidades de los funcionarios públicos, especialmente los operadores de justicia, en cuestiones de género y violencia y en el registro de datos incluido el feminicidio y poder dar respuestas acordes al enfoque de derechos humanos.
- Articular y fortalecer a la sociedad civil para el monitoreo y rendición de cuentas de la implementación de las políticas públicas y su asignación presupuestarias.

### **¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS MUJERES SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN?**

- Persistencia de patrones culturales patriarcales que naturalizan la violencia contra las mujeres, los cuales están fundados en las relaciones de desigualdad e inequidad entre hombres y mujeres, enraizadas históricamente en tradiciones, costumbres, religiones, mandatos, sistemas de creencias y construcciones simbólicas, entre otros factores.
- No contar con enfoque integral que incluya desde la elaboración de leyes y políticas, servicios de prevención y ayuda como incorporar la recopilación de datos e investigación; y ampliación del acceso a respuestas multisectoriales de calidad para las sobrevivientes que incluyan seguridad, refugio, salud, justicia y otros servicios esenciales.
- Falta de información y datos sobre la situación de las mujeres atravesadas por múltiples discriminaciones (mujeres con discapacidad, indígenas, rurales, migrantes, entre otras) para poder diseñar programas o políticas que atiendan sus necesidades.

### **¿CUÁL SON LOS PRINCIPALES TEMAS Y DESAFÍOS QUE HAY QUE INCORPORAR EN LA AGENDA SANITARIA PARA PROMOVER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES?**

**Formar a todo personal de salud en prevención de la violencia de género**, así se garantice el cumplimiento de normas y protocolos de calidad. Los servicios tienen que ser confidenciales, sensibles y adecuados a todas las mujeres.

**Otorgar más recursos** para ejecutar las políticas existentes, reconociendo el costo y las consecuencias devastadoras de la violencia contra las niñas y mujeres, no sólo por las vidas que han sido directamente afectadas, sino para la sociedad y la economía en general, así como en relación a los presupuestos públicos.

**Recopilar, analizar y difundir la información nacional** en materia de la prevalencia, las causas y las consecuencias de la violencia contra las mujeres y las niñas, de los perfiles de las supervivientes y de los culpables, y de los progresos y carencias en la implementación de las políticas, los planes y las leyes nacionales.

**Mejorar la autonomía económica de las mujeres** garantizando los derechos de las mujeres a poseer tierras y propiedades, a la herencia, a una paga igual por un trabajo igual, y a un empleo seguro y decente. Las oportunidades económicas y laborales desiguales en detrimento de las mujeres son un factor primordial que perpetúa su permanencia en situaciones de violencia, explotación y abuso.

**Garantizar espacios públicos seguros** para niñas, adolescentes y mujeres para prevenir distintas formas de acoso y/o violencia sexual en el espacio público

(en la calle, en el transporte público, la escuela y el lugar de trabajo, el parque, etc.) que limita su acceso a los servicios esenciales y el disfrute de oportunidades culturales y de ocio repercutiendo negativamente en sus vidas.

### **Bibliografía:**

- [Violence against women: an EU-wide survey. Anexo 3, pag 184.188](#); Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2014).
- Del Compromiso a la Acción: Políticas para erradicar la violencia contra las

mujeres en América Latina y el Caribe, 2016 Documento de análisis regional. elaborada por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD, y la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres, ONU Mujeres, Panamá, 2017.

- Informe Anual Global 2017-2018, ONU MUJERES, 2018.
- Nota para la Igualdad N° 27: El feminicidio, la expresión más extrema de la violencia contra las mujeres, Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe de la CEPAL. Chile, 2018.





**MARIANA ISASI**  
UNFPA. Argentina

### **¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS QUE CONFRONTA LA SALUD DE LAS MUJERES EN ARGENTINA? (PARA EL CASO DE LXS PROFESIONALES EXTRANJEROS, EL ABORDAJE SERÁ DE CARÁCTER REGIONAL)**

Los nudos críticos en referencia a la salud de las mujeres, haciendo foco en mujeres jóvenes y adolescentes, están en:

**Las altas tasas de fecundidad en adolescentes.** En Argentina la tasa de fecundidad adolescente tardía (15 a 19 años) viene descendiendo de manera lenta pero continua siendo significativa. La tasa en 1980 era de 80 nacimientos por mil adolescentes y en 2003 descendió hasta 56.7 por mil, fecha en que comenzó a ascender alcanzando en 2014 un valor de 65,1 por mil (Ministerio de Salud, 2016). En el 2015 se observó un leve descenso (62.6 por mil), que se habría intensificado en el 2016 (55.9 por mil) y en 2017 (53.1 por mil) según los datos preliminares disponibles (DEIS, 2016; 2017 y 2018). De todos modos los especialistas consideran necesario esperar a ver si esta tendencia a la baja se confirman y también poder analizar las razones de estos descensos si se confirman.

En términos comparativos, la fecundidad de Argentina se ubica por debajo del promedio de América Latina y el Caribe (66,5 por mil en el período 2010-2015) y por encima del promedio mundial (46 por mil). Respecto de otros países de la región, en el período 2010-2015 fue superior a las de Chile, Colombia,

Paraguay, Perú y Uruguay (OPS, UNFPA, UNICEF, 2018).

Aún persisten brechas jurisdiccionales importantes que van desde el 26,3 por mil en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) hasta el 101,2 en Chaco, 95,2 en Misiones; 92,8 por mil en Formosa; y 83,9 por mil en Salta (DEIS, 2015).

La fecundidad temprana (10-14 años), es actualmente de 1,6 por mil y también presenta variaciones marcadas, con las tasas más altas en las provincias del NEA (5,2 por mil en Chaco, 4,7 por mil en Formosa y 3,7 por mil en Misiones) (PNSIA, 2018).

Aunque la tasa tardía viene bajando en los últimos años, siguen siendo tasas altas respecto a otros países del Cono Sur, y la tasa de fecundidad de la franja de 10 -14 (tasa temprana) no manifiesta grandes variaciones respecto a las últimas dos décadas. Se estima que muchos de estos embarazos son producto de relaciones no consentidas, de coerción o abusos sexuales.

**Comunidades indígenas.** La fecundidad adolescente en comunidades aborígenes es superior al promedio (3.8% en las menores de 15 años frente al 1.6% promedio de ese grupo de edad) (PNSIA, 2018). Sin embargo, son escasos los estudios que analizan el comportamiento reproductivo de las mujeres de estas poblaciones y, menos aún, los que centran la atención en las niñas y adolescentes. Por otra parte, cuando se realizan intervenciones muchas veces no se

tienen en cuenta las particularidades de estas comunidades y no se adaptan a sus necesidades.

**La tasa de mortalidad materna** que se mantiene estable desde hace una década, a pesar de ser una prioridad para instituciones como la dirección nacional de maternidad, infancia y adolescencia (DINAMIA). Secretaría de gobierno del Ministerio de salud y Desarrollo Social de la Nación.

**Tasa de embarazo no intencionales.** Dato obtenido a partir del SIP gestión de la DINAMIA, que nos indica que un 60% del total de los embarazos reportados al SIP Gestión no fueron intencionales. En el caso de las madres adolescentes llega al 70%.

### **¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS MUJERES SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN?**

- La falta de transversalización de la perspectiva de género en muchas de las políticas existentes así como en la formación de los y las profesionales que brindan atención a esta población. Inclusión de los varones en las políticas de prevención y atención.
- Acceso desigual a prestaciones y servicios de salud sobre todo salud sexual y reproductiva según lugar de residencia de la persona y particularidades de poblaciones específicas. (territorio y federalismo)
- Escasa información y/o desinformación orientada a la población destinataria.
- Implementación desigual de la Educación sexual integral (ESI) en todo el territorio.

- Falta de planificación que contemple la integralidad y la especificidad de grupos como mujeres indígenas, migrantes, lesbianas, trans.

### **¿CUÁL SON LOS PRINCIPALES TEMAS Y DESAFÍOS QUE HAY QUE INCORPORAR EN LA AGENDA SANITARIA PARA PROMOVER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES?**

- La perspectiva de género como forma de garantizar servicios de calidad, respetuosos de las decisiones de las jóvenes y mujeres como sujetos reales de derecho y no como parte no escindible de un otro llamado pareja, familia, comunidad.
- Federalización real de las políticas públicas y nacionales que involucran a las jóvenes y mujeres. Asegurando la disponibilidad de servicios, prestaciones e insumos como métodos anticonceptivos en todo el territorio argentino y sobre todo donde los indicadores están por sobre la media esperada.
- Implementación efectiva y oportuna de la ESI en todo el territorio. Para ello disponer de buenos registros, y de herramientas monitoreo y evaluación que puedan dar cuenta de cuáles son las brechas y dificultades en su aplicación y permitan mejorarlas.
- Integralidad de los servicios incluyendo a varones, mujeres, personas LGBTIQ, mujeres trans,

### **Bibliografía**

- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Serie II. N° 14. Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico. 2013. DEIS. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación Argentina. 2015.

- Dirección de Estadísticas e Información de Salud. Estadísticas Vitales Información Básica. Año 2017. Serie 5, N°61. DEIS. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación Argentina. 2018.
- Gogna, Mónica. 2019. El embarazo y la maternidad en la adolescencia en la Argentina. Datos y hallazgos para orientar líneas de acción. UNFPA y PLAN ENIA 2019.
- PNSIA. Ministerio de Salud. 2018. Niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Resumen Ejecutivo.
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). 2016. Fecundidad y maternidad adolescente en el Cono Sur. Apuntes para la Construcción de una Agenda Común.

**FLORENCIA LUNA**

Programa de Bioética. CONICET-FLACSO. Argentina

Desde su perspectiva de la institución que Ud. representa y el área en la cual Ud. trabaja:

**¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS QUE CONFRONTA LA SALUD DE LAS MUJERES EN ARGENTINA?**

Los nudos críticos son varios aunque parecen tener en común una esencial falta de respeto por las mujeres. Esto se traduce fundamentalmente en una carencia de una práctica efectiva de sus derechos sexuales y reproductivos, en violencia y discriminación. Tales prácticas y actitudes se incrementan cuanto mayores son las vulnerabilidades que las mujeres padecen (nivel socio-económico, pertenencia a grupos étnicos, etc...). Hay una solapada y silenciosa discriminación hacia las mujeres, sobre todo aquellas de menores recursos, que se encuentra naturalizada. Basta ver las tasas de fecundidad adolescente y otros indicadores de salud del norte del país en comparación con los datos de CABA para notar las brechas de cuidado y de acceso.

Otro punto relevante es que todavía persiste cierta transparencia de la mujer frente a la contundencia de la presencia del feto. Esto último se traduce en la falta de investigación -a nivel mundial- en mujeres embarazadas y por consiguiente la falta de conocimiento de medicamentos probados durante el embarazo. La supuesta protección de las embarazadas resulta en una desprotección de las mismas, sus fetos y futuros bebés. Las mujeres embaraza-

das se enferman y mujeres enfermas se embarazan.

**¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS MUJERES SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN?**

Si bien en el 2018 con la discusión pública de una despenalización del aborto, se comenzó a tratar seriamente un tema tabú y se pudo percibir el entramado de invisibilización respecto de ciertas prácticas y actitudes hacia las mujeres; todavía resulta necesario trabajar en la resistencia social e institucional hacia las mujeres (nuevamente hacia aquellas de menores recursos fundamentalmente). Lamentablemente, en nuestro país todavía persisten actitudes hipócritas y una doble moral que castiga a las mujeres. Se acepta el aborto cuando resulta conveniente y está ligado a prácticas “sofisticadas” o tecnológicamente de “avanzada” (como el aborto selectivo denominado “reducción embrionaria” en las prácticas de reproducción asistida, o se mira a otro lado cuando se lo realiza como consecuencia de diagnósticos genéticos antenatales) pero no se proveen abortos legales, ni se cuida adecuadamente la salud sexual y reproductiva de niñas y adolescentes. Esta actitud también permea las instituciones de salud con el consecuente impacto en la salud de las mujeres.

El sistema federal que permite autonomía provincial, y que puede resultar bienvenido en ciertos aspectos, conspira en contra de una atención adecuada a las mismas ya que en muchas provincias subsisten modelos tradicionales, religiosos y machistas que se traducen en todo tipo de discriminación y violencia hacia las mujeres y por supuesto en una falta de respeto a sus derechos básicos.

Desde mi disciplina, la bioética, creo que todavía falta incorporar en Argen-

tina una mirada de género y en consecuencia su implementación efectiva. También resulta necesario integrar una ética igualitaria que plantee la importancia de evitar las injusticias y desigualdades. Así como la toma de conciencia que una ética pluralista y secular puede ayudar a defender y argumentar en favor de las mujeres. Esta mirada puede complementar el discurso de derechos humanos.

**RAQUEL VIVANCO**

Observatorio de Violencias de Género

**¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS QUE CONFRONTA LA SALUD DE LAS MUJERES EN ARGENTINA?**

- Las asimétricas relaciones de poder existentes entre los géneros representan uno de los principales obstáculos con el que nos encontramos las mujeres para gozar de una vida plena, libre de violencia y saludable, dichas asimetrías se ven reflejadas en los distintos ámbitos de nuestra vida y conllevan distintas formas de violencia y discriminación.

- Las distintas formas de violencia que sufrimos las mujeres son un condicionante para nuestro desarrollo y salud. El femicidio como expresión máxima de la violencia machista contra las mujeres se cobra la vida de una mujer cada 29hs en promedio en los últimos 4 años; la trata de mujeres y niñas con fines de explotación sexual; la negación del derecho a la soberanía de nuestros cuerpos, son solo algunas de las terribles realidades que atravesamos las mujeres en nuestro país.

- La división sexual del trabajo, en la que las mujeres somos quienes asumimos casi exclusivamente el trabajo del cuidado y las tareas del hogar, a la vez que las mismas carecen de reconocimiento y valoración por parte del Estado y del conjunto de la sociedad, sigue operando como matriz de desigualdad que persiste en nuestro días. Las mujeres irrumpimos en el mercado laboral pero esto no significó un reordenamiento del trabajo del hogar, por el contrario trabajo consigo una recarga laboral que se

ve reflejada en una doble y hasta triple jornada con un alto impacto en nuestra salud. A su vez el mercado laboral nos emplea en mayores condiciones de precariedad que a los hombres, el 20% de las mujeres que se encuentran ocupadas lo hacen en el servicio doméstico, sector en el que existe un alto nivel de informalidad y en el cual los salarios son los más bajos de la economía. Asimismo las mujeres hacemos el 76% del trabajo doméstico no remunerado y destinamos en promedio 6,4 horas diarias a desarrollar tareas de cuidado mientras que los varones dedican 3,4 horas, duplicándose esa diferencia si en el hogar hay niños/as menores de 6 años. Esta división social del cuidado ha tenido y seguirá teniendo un costo muy alto para las mujeres adultas mayores a quienes se les niega la posibilidad de acceder a una jubilación digna para afrontar con autonomía económica su vejez.

- Las dificultades con las que nos encontramos para poder acceder a nuestra autodeterminación económica, y la persistencia de la brecha salarial entre varones y mujeres que asciende al 27%, a lo que se suma que son las mujeres jóvenes las más precarizadas laboralmente y las que tienen mayores dificultades para conseguir trabajo producto de la pobreza, la maternidad temprana y la falta de estudios son la muestra de las terribles desigualdades de género y clase que persisten en la actualidad impidiendo que podamos gozar de nuestra plena ciudadanía.

- La negación del derecho al Aborto Le-



gal conlleva otro gran obstáculo para el acceso a la salud integral de las mujeres. En la Argentina los abortos clandestinos son una práctica extendida, se estima que entre 486.000 y 522.000 mujeres los realizan cada año en condiciones de absoluta desprotección, siendo las mujeres de los sectores más vulnerados quienes pierden la vida como consecuencia de prácticas insalubres.

- Las altas tasas de embarazo adolescente constituye otra de las graves dificultades para el acceso a la salud y a la continuidad educativa de las mujeres jóvenes en Argentina. La Interrupción Legal del Embarazo sigue negándosele a las niñas y adolescentes víctimas de violaciones, obligándolas a parir exponiéndolas de esta manera a poner en riesgo su salud y su vida. La violencia ejercida por las instituciones del Estado representan una grave violación a los DDHH de las mujeres y las niñas.

- Por otro lado la pobreza es otro gran obstáculo para poder acceder a la salud como derecho. El 30% de la población argentina se encuentra sumergida en la pobreza y al igual que en el mundo las más pobres entre los pobres son las mujeres.

### **¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS MUJERES SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN?**

La falta de decisión política de los gobiernos Nacional y provinciales, quienes tienen en sus manos la responsabilidad y posibilidad de transformar las condiciones de desigualdad en la que nos encontramos las mujeres, es sin dudas el mayor limitante para garantizar el marco de derechos vigentes en nuestro país. Desde el Observatorio de las

Violencias de Género “Ahora Que Sí Nos Ven” venimos monitoreando el presupuesto asignado al actual Instituto Nacional de las Mujeres (INAM) ex Consejo Nacional de las Mujeres, órgano de aplicación de la ley 26.485 de prevención Sanción y Erradicación de la Violencia contra las Mujeres en todos los ámbitos donde desarrollan sus relaciones interpersonales desde la sanción de la misma en el año 2009 y observamos con preocupación que en estos diez años dicho presupuesto jamás representó ni siquiera un dígito del total del presupuesto nacional, lo que evidencia la falta de prioridad otorgada a combatir el flagelo de la violencia machista en la Argentina. A su vez el Poder Judicial tiene una gran deuda con las mujeres a quienes debe garantizarles el derecho al acceso a la justicia sin dilaciones incorporando de manera urgente la perspectiva de género y DDHH.

### **¿CUÁL SON LOS PRINCIPALES TEMAS Y DESAFÍOS QUE HAY QUE INCORPORAR EN LA AGENDA SANITARIA PARA PROMOVER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES?**

La legalización del aborto es sin dudas el principal desafío que debe asumir la agenda sanitaria para garantizar el derecho humano a la salud de las mujeres y personas gestantes en Argentina. Desde la apertura de la democracia a la actualidad miles de mujeres han perdido su vida en la Argentina a causa de la ilegalidad del aborto. La clandestinidad de esta práctica representa la principal causa de muerte de mujeres gestantes desde hace más de dos décadas. La vida, la libertad y la salud de las mujeres no pueden estar libradas a las creencias personales de quienes gobiernan. El Estado debe ser Laico, respetar todas las creencias y no abonar ninguna im-

posición, a la vez que tiene la responsabilidad de garantizarnos a las mujeres y personas gestantes el derecho humano a la salud. La clandestinidad del aborto es un tema de DDHH, de Salud Pública y de Justicia Social. Desconocer este derecho es negar el acceso a la salud de las mujeres, tal como lo afirmó la ONU recientemente.

### **Referencia bibliográfica:**

- INDEC, Encuesta Permanente de Hogares, Módulo sobre uso del tiempo y trabajo no remunerado. Julio 2014 [https://www.indec.gob.ar/uploads/informes-deprensa/tnr\\_07\\_14.pdf](https://www.indec.gob.ar/uploads/informes-deprensa/tnr_07_14.pdf)

- INDEC, Evolución de la distribución del ingreso, primer trimestre del 2019 [https://www.indec.gob.ar/uploads/informes-deprensa/ingresos\\_1trim199D0B4B3F26.pdf](https://www.indec.gob.ar/uploads/informes-deprensa/ingresos_1trim199D0B4B3F26.pdf)

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), Datos sobre embarazo adolescente en la Argentina [http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?option=com\\_content&view=article&id=202](http://www.unfpa.org.ar/sitio/index.php?option=com_content&view=article&id=202)



**MARIANA ROMERO**  
CONICET-CEDES

Desde su perspectiva de la institución que Ud. representa y el área en la cual Ud. trabaja:

**¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS QUE CONFRONTA LA SALUD DE LAS MUJERES EN ARGENTINA?**

Los nudos críticos y desafíos son múltiples y en distintos niveles. Tienen que ver, entre otros factores, y yendo desde lo macro a lo micro con:

- La situación estructural, rol del estado, condiciones sociales, estatus de las comunidades y de la mujer en los diferentes territorios
- La expresión del federalismo en cuanto a normativas
- La segmentación del sistema del sistema de salud, su estructura y conformación (dependencia administrativa y niveles)
- La situación epidemiológica, el estado de salud en las comunidades y oportunidades de acceso a servicios básicos
- Determinantes étnicos, genéricos y de clase
- Agencia de lxs ciudadanxs

**EN EL CAMPO ESPECÍFICO DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CADA UNO DE ESTOS NIVELES Y SUS INTERRELACIONES TIENE EXPRESIONES PARTICULARES. EN CEDES EN LOS ÚLTIMOS AÑOS HEMOS TRABAJADO EN:**

- Mejoramiento en el acceso a la detección temprana y diagnóstico oportuno y adecuado del cáncer cérvico-uterino (área en la cual se entrecruzan acceso al sistema sanitario, interculturalidad, acceso a tecnologías costo-efectivas, desempeño de los recursos humanos).
- Fortalecimiento de las políticas y programas de acceso a la interrupción legal del embarazo (en distintos aspectos relativos a incidencia en el marco normativo; asistencia técnica para protocolos y guías de atención; fortalecimiento del diseño, implementación y evaluación de los programas en jurisdicciones específicas; acceso a tecnologías adecuadas y costo efectivas -aborto con medicamentos y aspiración manual endouterina-; opiniones de las mujeres sobre el aborto con medicamentos y calidad de la atención; opiniones de los equipos de salud; capacitación y asistencia técnica a equipos de salud).
- Expresiones y usos de la objeción de conciencia
- Morbilidad de la mujer durante los eventos reproductivos: morbilidad por aborto y morbilidad durante el embarazo, parto y puerperio
- Cultura organizacional frente a cambios de paradigmas de atención: maternidad segura y centrada en la familia
- Factibilidad de aplicación de intervenciones no clínicas para optimizar el uso de la cesárea
- Creación de redes de profesionales del

ámbito público que promueven prácticas desde el marco de derechos

### **¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS MUJERES SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN?**

En un escenario de complejidades diversas probablemente las mayores limitantes tienen que ver con recursos y oportunidades disponibles para las mujeres según su lugar de residencia, edad, etnia y condición social, a la vez que con la perspectiva de género que prevalezca en ese contexto.

Las instituciones en ese sentido, reproducen los “valores sociales” prevalentes y tratan de sostener el status quo a pesar de los desafíos que pueda imponerles el marco de derechos.

### **¿CUÁL SON LOS PRINCIPALES TEMAS Y DESAFÍOS QUE HAY QUE INCORPORAR EN LA AGENDA SANITARIA PARA PROMOVER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES?**

- Disminución de la brecha en el acceso a servicios de calidad impuesta por marcos normativos restrictivos o no ar-

mónicos con el marco internacional de derechos humanos

- Visión de promoción de la salud (además de curación y rehabilitación)
- Identificación y remoción de situaciones y prácticas que cristalizan el maltrato y la violencia institucional hacia las mujeres (sobre todo en esferas relativas a la sexualidad y reproducción)
- Fortalecimiento del trabajo del equipo de salud como equipo, con roles jerarquizados/ reposicionamiento de los distintos integrantes)
- Situación y respuesta de acuerdo con el curso de vida de las mujeres
- Incorporación de tecnologías adecuadas y costo efectivas para problemas prevalentes (aborto, cáncer de cuello, anticoncepción post evento)

#### **Links de interés:**

Repositorio CEDES <http://repositorio.ce-des.org/>

REDAAS (Red de Acceso al Aborto Seguro en Argentina) [www.redaas.org.ar](http://www.redaas.org.ar)

Proyecto ATICA <https://www.proyectoatica.com.ar/>

**JULIETA SAULO**

Las Casildas

## **Violencia Obstétrica**

Desde Las Casildas Asociación Civil y el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO) que propulsa dicha organización consideramos que uno de los desafíos que confronta la salud de las mujeres en nuestro país es visibilizar y prevenir una modalidad de violencia de género que está por demás invisibilizada, como lo es la violencia obstétrica. Además es imperante la transformación del paradigma de atención perinatal, actualmente anclado a una mirada patológica y no fisiológica. Los partos y los nacimientos son vistos como eventos obstétricos riesgosos, fríos y quirúrgicos, este hecho no resulta nada casual.

En el año 1985 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que “el embarazo no es una enfermedad” y diseñó una serie de recomendaciones tendientes a favorecer una atención perinatal basada en la evidencia médica, científica y social. Sin embargo la realidad en la escena de los nacimientos dista mucho de lo allí consignado.

Desde la primera imposición, acostarse (litotomía), quedarse quieta con conexión con una vía fija al suero, la persona gestante deja de ser autónoma para convertirse en un objeto de observación e intervención (acceso al “campo” según los/as profesionales). De ellas devienen riesgos absolutamente innecesarios con su catarata de intervenciones para “subsanoarlos”; el/la bebé no desciende, se ralentiza el proceso de parto, el periné sufre mayor compresión

y esfuerzo en su zona posterior, se presionan los grandes vasos sanguíneos maternos, poniendo en riesgo la correcta oxigenación del/a bebé, lo que aumenta las posibilidades de sufrimiento fetal, por citar solo algunos. Lo que conlleva a: episiotomías, desgarros, utilización de oxitocina para re-encauzar los “tiempos y efectividad” del trabajo de parto, colocación de anestesia epidural, fórceps, kristellers, cesáreas, prácticas invasivas y hasta de reanimación del/a bebé al nacer de esta manera, etc.). En función de la comodidad y practicidad de los agentes de salud, se pone en riesgo la, valga la redundancia y contradicción, salud de la díada madre-hijo/a.

El paradigma de atención perinatal (enfocado en la patología y la urgencia y no en la fisiología) es una gran limitante. El desconocimiento que hay dentro del sistema de salud de los derechos que tienen las personas en ese momento vital.

Culturalmente incorporado “el necesario padecimiento que conlleva la maternidad”, la violencia obstétrica dispone de un velo significativo que la mantiene ignorada a los ojos de la mayoría social.

La Ley 26.485 “*De protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales*”, en su artículo 6, inciso e, establece como Violencia Obstétrica **“aquella que ejerce el personal de salud sobre el cuerpo y los procesos reproductivos de las mujeres, expresada en un trato deshumanizado, un abuso**

**de medicalización y patologización de los procesos naturales, de conformidad con la Ley 25.929**", conocida como Ley de Parto Respetado.

Esta ley, reglamentada en 2015, promueve la participación de la mujer como persona sana y protagonista central de su gestación y parto, debiendo respetarse su derecho al parto natural, no intervenido, con atención especial a los tiempos biológicos y psicológicos de cada una, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por su estado de salud y/o el de su hijo o hija por nacer.

Otro gran tema presente consiste en la apropiación de los cuerpos de las mujeres en gestación por parte de los/as profesionales del equipo de salud, quienes consideran, en la gran mayoría de los casos, a las embarazadas como pacientes, sujeta en consecuencia a intervenciones médicas y farmacológicas de rutina que afectan la soberanía del propio cuerpo.

El no respeto a la legislación vigente implica una enorme vulneración a los derechos humanos que no sólo atañe a la persona gestante, sino también y de manera directa a su hijo/a. La violencia obstétrica es un tema de alta preocupación tanto en materia de salud pública como de derechos humanos.

Al carecer de registros estadísticos oficiales acerca de este tipo de violencia, situación directamente vinculada a un fuerte silenciamiento tanto institucional como por parte de las propias mujeres víctimas, se torna muy dificultoso trabajar en la prevención de la misma. Es por eso que el objetivo principal del proyecto debe estar centrado en la evidenciación de la violencia obstétrica para poder trabajar en su prevención, enfatizando la importancia de las alter-

nativas y propuestas ya existentes dentro de la atención perinatal.

Es importante aclarar que, como todo atentado contra la dignidad, libertad, autonomía y la integridad, se trata de una vulneración a los derechos humanos que no sólo atañe a la persona gestante, sino también y de manera directa a su hijo/a. En concordancia otra ley que ampara desde lo general estos derechos, es la Ley Nacional de Derechos del paciente con los profesionales e instituciones de salud 26.529

Desde la problemática sobre la que trabajamos y generamos acciones a nivel territorial consideramos que es clave comprender que sin Aborto Seguro, legal y gratuito no hay (ni habrá) parto respetado. En Argentina las personas gestantes están obligadas a parir y lo realizan, en la gran mayoría de los casos, de manera absolutamente violenta. Para muestra basta mencionar algunos de los datos estadísticos recabados a través de las encuestas realizadas por el Observatorio de Violencia Obstétrica (OVO).

- 4,7 de cada 10 mujeres tuvieron a sus hijos/as a través de una operación cesárea.
- A 6 de cada 10 mujeres que parieron vaginalmente les practicaron una episiotomía.
- 7,5 de cada 10 mujeres recibieron maltrato verbal o físico.
- 7 de cada 10 mujeres no saben las prácticas les realizaron a sus bebés al nacer.
- 4,4 de cada 10 mujeres sostiene que haber vivido hechos de violencia en el parto les afectó el vínculo con su hijo/a.
- 9,5 de cada 10 mujeres no denunciaron estos hechos de violencia.



**GISELA STABLUN**

Red de Profesionales por el Derecho a Decidir

## Desafíos de las interrupciones legales del embarazo.

En el siguiente documento describiré algunas de las estrategias que nos dimos quienes trabajamos en el sistema de salud, las limitantes y los desafíos que presentan las mujeres y personas con capacidad de gestar para garantizar sus derechos sexuales y reproductivos, especialmente lo vinculado a las interrupciones legales de embarazo (ILE).

La Red de Profesionales de la Salud por el Derecho a Decidir surge en el marco de un encuentro de efectores de la salud que se llevó a cabo el 28 de septiembre de 2014, Día de Lucha por la Despenalización y Legalización del Aborto en América Latina y el Caribe. Por iniciativa de la Campaña por el Derecho al Aborto Legal, Seguro y Gratuito y Socorristas en Red, allí nos encontramos diferentes efectores de todo el país que trabajamos con mujeres y personas con capacidad de gestar, en distintos momentos de su vida y de su salud sexual y reproductiva. De esta manera, buscamos visibilizar las prácticas que solíamos realizar en soledad y poner sobre la mesa que nosotras acompañamos las interrupciones legales de embarazos en nuestro país.

El aborto en nuestro país está regulado por el Código Penal de la Nación desde 1921 en un sistema por causales: en su artículo 86 establece que toda persona con capacidad de gestar tiene derecho a solicitar un aborto no punible, si el embarazo es producto de una violación o

si pone en peligro/ riesgo la vida o salud de la persona gestante.

La Corte Suprema de justicia de la Nación (CSJN) en su fallo "F.A.L." de marzo del 2012, estableció que quienes se encuadren en las causales descriptas en el Código Penal, tienen derecho a solicitar una ILE. El mismo especifica que no se necesita autorización judicial, ni denuncia ante ninguna autoridad, sólo el consentimiento informado y, en caso de violación, la declaración jurada firmada por la persona con capacidad de gestar, que desea interrumpir el embarazo. Además, la CSJN instó al Estado Nacional y a los estados Provinciales a realizar protocolos de atención en salud de calidad para garantizar el acceso a la salud de las mujeres y personas gestantes en situación de Aborto no punible y que se eviten procedimientos que obstaculicen la atención.

Uno de los principales problemas que podemos encontrarnos en la Argentina es que dependiendo de la provincia y localidad en donde se solicite existe una gran diversidad de realidades en lo que respecta al acceso del derecho a la ILE o al aborto seguro. Podemos encontrar jurisdicciones con protocolos acordes al fallo "F. A. L." y el Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo (publicado por el Ministerio Nacional de Salud en 2015), otras con protocolos restrictivos y varias sin protocolos vigentes. Como por ejemplo, existen ciudades como Rosario, en donde no se registran muertes por aborto desde hace varios

años ya que tiene una política pública activa para promover el acceso a la ILE, con provisión gratuita de misoprostol en el primer nivel de atención, realización de AMEU y equipos interdisciplinarios en el segundo nivel.

Otro ejemplo es la C.A.B.A. que también garantiza el acceso a las ILEs en el marco del derecho a la salud integral, donde aproximadamente el 85% de las prácticas son medicamentosas y se realiza en el primer nivel de atención. En esta Ciudad las dificultades se pueden encontrar al momento de articular con el segundo nivel de atención, que es necesario cuando solicitan interrupciones de embarazos de más de 12 semanas de gestación y en los casos de fracaso de tratamiento médico.

Estas realidades contrastan con muchas Provincias, donde no existen políticas públicas en relación a las ILE, en muchas de ellas directamente no se garantizan los abortos en el primer nivel de atención por presentar protocolos restrictivos, en otras no se puede acceder a la medicación por el marco jurídico que lo regulariza y acceder a una ILE en el segundo trimestre también es obstáculo difícil de sortear.

Otra dificultad es que muchas instituciones para realizar la interrupción, tienen límites de semanas de gestación arbitrarias, sin evidencia médica, ni jurídica, cuando en la legislación eso no está contemplado. Aquí uno de los desafíos que se nos presenta es la concepción integral de salud, ya que cuanto más avanzado esté el embarazo más difícil es poder garantizarlo, a no ser que el causal sea por una violación o si fuese que está en peligro la salud física de la persona gestante. Negando la perspectiva propuesta por la OMS que entiende que la salud comprende tanto lo físico, mental-emocional y social, se conside-

ra que el peligro para la salud debe ser entendido como la posibilidad de afectar cualquiera de éstas dimensiones.

Es importante resaltar que el embarazo tiene implicaciones sobre la salud física, mental-emocional y social, donde estas podrían justificar la interrupción del embarazo, sin otro motivo más que el deseo de no continuarlo. La atención en salud se encuentra también atravesada por cánones morales, éticos y religiosos que son sustentados desde un orden patriarcal, donde opera un poder jerárquico, donde las mujeres y personas gestantes no pueden cuestionar el mandato a la maternidad y a la reproducción, negándose la soberanía sobre sus propios cuerpos.

Según el Ministerio de Salud en la Argentina se producen entre 370 y 520.000 abortos por año (Silvia & Pantelides, 2009) estas cifras son estimativas porque no hay registros oficiales debido a la clandestinidad de la práctica y al sub registro dentro de las instituciones de salud. En 2013, se registraron 48.701 egresos por aborto. Sólo 362 se codificaron como abortos legales, menos del 1%. Aún aquellas interrupciones que son acompañadas por efectores del Sistema Público de Salud y las interrupciones legales de embarazo (ILE), que tuvieron un crecimiento exponencial en los últimos años, continúan siendo invisibilizadas por las estadísticas oficiales. Por este motivo la importancia de insistir en el registro de los casos y la difusión pública del mismo.

Uno de las temáticas prioritarias para avanzar en la agenda sanitaria es generar capacitaciones en los equipos de salud sobre las técnicas medicamentosas y aspiración por vacío manual o AMEU y técnicas adecuadas para segundo trimestre. Proveer de estos recursos en los diferentes niveles de aten-

ción. La aprobación por la ANMAT de la Mifepristona también es una asignatura pendiente, ya que el uso combinado con el Misoprostol aumenta la eficacia y disminuye los tiempos y el dolor. Junto con el Misoprostol fueron declaradas por la OMS como medicamentos esenciales.

Los altos los niveles de mortalidad materna o gestante, sobre todo en mujeres de sectores populares, el embarazo prematuro, el aborto inseguro, los servicios de control prenatal inadecuados, las grandes dificultades para el acceso a métodos anticonceptivos gratuitos, son solo algunos ejemplos de cómo el género impacta en el proceso de salud- atención- enfermedad de las mujeres y personas gestantes. La incorporación de la perspectiva de género en estos procesos, entendiéndolo como un proceso atravesado por relaciones de poder asimétricas, donde interactúan otros determinantes de la salud como lo son la etnia, la clase, la edad, la orientación sexual, tendrían que generar un nuevo “saber” en medicina.

El Estado Argentino debe promover las medidas necesarias para garantizar el acceso a los abortos legales y eliminar las barreras y prácticas que impidan el libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos. Avanzar en la legalización y despenalización del Aborto por un sistema de causales y plazos, sigue siendo una tarea pendiente para garantizar el derecho a la salud de las mujeres y personas con capacidad de gestar.

## **Bibliografía**

- Ministerio de salud de la Nación (2015). Protocolo para la atención integral de las personas con derecho a la interrupción legal del embarazo. Recuperado [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo\\_ile\\_octubre%202016.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000875cnt-protocolo_ile_octubre%202016.pdf)
- Manual de práctica clínica para un aborto seguro. (2014) OMS. Disponible en [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715\\_spa.pdf;jsessionid=151E818B924B-32969FC54F5D5B09E934?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/134747/9789243548715_spa.pdf;jsessionid=151E818B924B-32969FC54F5D5B09E934?sequence=1)
- Silvia M y Pantelides A. (2009). Estimación del aborto inducido en Argentina. Santiago de Chile, en Notas de Población N° 87. CEPAL. Disponible en <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/12842>
- Ley N° 11.179. Código Penal de la Nación. Boletín oficial de República Argentina. Buenos Aires. 03 de Noviembre del 1921.
- Corte Suprema de Justicia de la Nación, Fallo “F.A.L. s/ medida autosatisfactiva”, F.259, sentencia 13 de Marzo de 2012. Argentina.
- Datos provistos por la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud de la Nación en base a egresos hospitalarios por diagnóstico de 2013.



**MÓNICA MACHA**  
Diputada Nacional

Desde su perspectiva de la institución que Ud. representa y el área en la cual Ud. trabaja:

**¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS QUE CONFRONTA LA SALUD DE LAS MUJERES EN ARGENTINA? (PARA EL CASO DE LXS PROFESIONALES EXTRANJEROS, EL ABORDAJE SERÁ DE CARÁCTER REGIONAL)**

Los principales desafíos pueden pensarse desde distintas dimensiones. Por un lado, desde el punto de vista legislativo: en el Congreso tenemos hoy muchísimos proyectos de ley con estado parlamentario que apuntan a mejorar los marcos normativos que se necesitan para garantizar una mejor calidad de vida para las mujeres desde la perspectiva sanitaria. Esos proyectos no se tratan ya que hace meses y prácticamente desde el año pasado que el Congreso está casi paralizado. El debate sobre IVE en 2018 marcó un momento central para el debate sobre la salud de las mujeres en el Congreso, gracias a la transversalidad de la acción parlamentaria, y en las calles, gracias a la enorme movilización de mujeres, pero luego esa posibilidad de avanzar en debates centrales como este fue clausurada por la definición del oficialismo de no convocar a trabajar a las Comisiones.

Por otro lado, existen graves problemas desde el punto de vista presupuestario y en el nivel de la implementación de leyes vigentes y sus necesarias políticas públicas. Falta presupuesto y cuando incluso éste está luego existen pro-

blemas en su ejecución en la práctica. Tanto a nivel nacional como provincial y su impacto a nivel local también. Allí, en algunos temas centrales de la salud de las mujeres hemos advertido una retirada del Estado muy notoria que afecta derechos fundamentales, sobre todo en materia de salud sexual y reproductiva.

Entre otros, existen hoy severos problemas en materia de políticas públicas integrales y efectivas de prevención del embarazo no intencionado, de aplicación de la ILE, de violencia obstétrica, de acceso a la salud por parte de mujeres de grupos vulnerados como personas trans y travestis, en distintas etapas de vida (niñez, adolescencia y ancianidad), mujeres migrantes, mujeres de pueblos indígenas, mujeres rurales, mujeres con discapacidad, mujeres con problemas de salud mental y mujeres privadas de libertad.

**¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS MUJERES SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN?**

Fundamentalmente existen significativas dificultades en el nivel de las prácticas. Las prácticas del sistema de salud están atravesadas y vinculadas con concepciones que todavía permanecen entre los equipos de salud donde la mujer es tratada como paciente, como objeto, y no se la considera sujeto de derechos. Estas prácticas no consi-

deran ni registran como valor desde el punto de vista de la salud, el conocimiento, los saberes y las decisiones de las mujeres sobre sus propios cuerpos. En el sistema de salud médico hegemónico no se respetan los derechos básicos de las mujeres sexuales y reproductivos, por ejemplo el derecho a un parto respetado, las prácticas tanto en el sector público como privado siguen siendo insuficientes y limitantes en términos de acceso y ejercicio de derechos por parte de las mujeres. En relación con los partos específicamente, persisten prácticas históricas que son parte de la cultura organizacional de los sistemas de salud que reproducen múltiples formas de violencia obstétrica e institucional en general. Las mujeres no acceden a la información sobre sus derechos y no se generan las condiciones para que estos puedan ser ejercidos, dejando a las mujeres sin posibilidad de elección y decisión sobre su propio cuerpo.

### **¿CUÁL SON LOS PRINCIPALES TEMAS Y DESAFÍOS QUE HAY QUE INCORPORAR EN LA AGENDA SANITARIA PARA PROMOVER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES?**

En relación a los temas, la interrupción voluntaria del embarazo es y seguirá siendo un tema central de la agenda sanitaria en la medida en que sigan

muriendo mujeres en la Argentina por realizarse abortos en condiciones inseguras y de clandestinidad. Por otro lado, el acceso a la salud por parte de los géneros disidentes es otro tema que considero fundamental al pensar en la agenda pendiente de salud pública. También creo que faltan políticas públicas de salud para el acompañamiento específico de las mujeres adultas mayores.

Con relación a los desafíos pendientes, es necesario repensar y seguir discutiendo sobre la formación y las prácticas de los equipos de salud, para construir de manera efectiva respuestas y abordajes integrales, con enfoque inter o trans disciplinario y mirada territorial según los contextos donde se insertan estos equipos. En este sentido, y en el marco de la implementación de la Ley Micaela, es fundamental que se garantice, también, la formación con perspectiva de género de los equipos de salud encargados de llevar adelante todos los días las políticas sanitarias en la práctica. Por último, queda un largo camino por recorrer aún en materia de gestión del conocimiento y producción de estadísticas sanitarias. La ausencia de registro y conocimiento que hoy persiste sobre las muertes y complicaciones sanitarias producto de abortos clandestinos es uno de los principales problemas para el avance en este tema.



## Momento de debate

**Mariana Romero**, cree que el tema de interrupción legal del embarazo, maternidad (cuándo, cómo y en qué condiciones) atraviesa la conversación. Cree que la situación vivida en el año pasado fue inédita e irrepetible. No cree que se vuelva a repetir. Rescata la producción de un hecho político social, algo hizo que se confluyeran en una situación, articulaciones políticas partidarias muy auspiciosas. El tema es cómo se gestan situaciones similares para una agenda más amplia. También y como reacción a las alianzas y articulaciones alrededor de la legalización del aborto, los grupos anti derechos hoy funcionan con más recursos y más tiempo. La agenda de la violencia reúne algunas otras poquitas voluntades. Cree que hay otros temas: la paridad, la equidad laboral, son todos temas que habilitan salud, habilitan bienestar para las mujeres y para el entorno social más cercano. Tiene que ser incluido en una agenda más amplia.

**Mónica Macha**, también cree que confluyeron distintas dimensiones que dieron lugar a las manifestaciones en la discusión sobre la interrupción legal del embarazo. Si bien tuvo algo de mágico, se recuperaron también otras experiencias de armado de estrategia, como los Encuentros Nacionales de Mujeres. Cree importante rescatar la actividad de las compañeras en la campaña. Una falencia es que lo que se pudo construir

muy trabajosamente en Diputados no se construyó en el Senado. Esto es un punto clave para pensar por qué no se pudo sacar la ley. En relación a la agenda, cree fundamental incluir el tema de cuidados. Es un trabajo que suele estar precarizado, informal, muchas veces a cargo de familiares. Comenta el caso de los cuidadores domiciliarios que se estima que les está llegando entre 30 - 40\$ la hora<sup>16</sup>.

**Raúl Mercer**, plantea la preocupación sobre el costo de las omisiones. En qué medida quienes tomaron la decisión en el senado comprenden lo que implica para la salud de las mujeres y cómo las afecta. Considera que tenemos una fuerte responsabilidad desde lo académico en generar evidencias, ya que muchas veces se toman decisiones con total liviandad. Otra cuestión es que en la campaña política los candidatos se posicionan frente a este tema imponiendo al resto de la sociedad sobre la misma. Por último, señala la importancia de plantear el curso de vida como accesibilidad a derechos. Los derechos sexuales y reproductivos no son ajenos a otros derechos que se deben garantizar. Rescata también la existencia de un fenómeno de intergeneracionalidad inversa donde los padres también aprendimos de nuestros hijos e hijas a

16. EN EL MOMENTO DEL ENCUENTRO 30-40 PESOS ERA ENTRE 0.80 CENTAVOS Y 1.00 DÓLAR.



incluir y reconocer una perspectiva de derechos (como fue el caso de la interrupción legal del embarazo).

**Emilia Cabrera**, le gustaría que se pueda conversar sobre la ley de obstétricas y sobre las problemáticas particulares que tiene la mujer rural en cuanto a las dificultades de acceso a la salud.

**Gisela Stablun**, comenta la realización de un documento para garantizar la interrupción legal del embarazo. En Ciudad de Buenos Aires se garantizan el 85% de las interrupciones en centros de salud con misoprostol, mientras que en la Provincia de Buenos Aires prácticamente es muy difícil garantizarlo porque básicamente el Estado no los compra. En un momento el Programa sólo proveía medicación a los hospitales y no a los centros de salud. Esto tiene que ver con el protocolo con que se maneja la Provincia. Comenta que antes del fallo FAL hacían consejerías pre y post aborto en los centros de salud. Era una respuesta de tipo clandestina. Actualmente existen otras dificultades como poder acceder a la misoprostol. En Argentina la ANMAT aún no la tiene aprobada. Agrega que desde una concepción de salud integral, es muy difícil acceder una interrupción legal del embarazo cuando afecta la salud psíquica o social de la mujer, sobre todo en los hospitales. Identifica un fracaso desde lo que es la interrupción legal del embarazo por causales porque siempre debe haber un médico que termina definiendo quién puede y quien no puede abortar. Comenta que desde el colectivo feminista ha habido una evolución desde lo que es el acompañamiento a la mujer que aborta, no desde un saber médico, la construcción de la autonomía de la mujer, qué hacer con esa información, la interdisciplina, el trabajo en red. Por otro lado, reflexiona sobre cómo se

intervienen los cuerpos en la medicina, ya que en general (80-90%) la interrupción legal del embarazo puede ser una práctica que puede realizar de manera ambulatoria. Señala la importancia de reforzar estas prácticas y que no sea el profesional el que termina decidiendo sobre las causales.

**Mariana Isasi**, piensa que el documento de mujeres en edad reproductiva no sea excluyente de la reproducción. También, que el derecho a la salud va más allá de lo reproductivo. Que no sea limitante ni excluyente. Sobre la ley de obstétricas, menciona la realización de un evento en la legislatura porteña.

**Raúl Mercer**, menciona la existencia de una oposición por parte del establishment médico a la existencia de una ley de obstétricas.

**Florencia Luna**, menciona sobre la falta de investigación sobre mujeres embarazadas. Las mujeres enfermas se embarazan y las embarazadas se enferman. Se prescriben medicaciones sin haber hecho investigación sobre mujeres embarazadas. Es un tema que impacta en la salud. Para poder hacer estas investigaciones, deberíamos contar también con el aborto legal y seguro. Esto es interesante para plantear.

**Ariel Karolinski**, plantea la existencia de muchos cambios de paradigma a nivel mundial en los últimos tiempos vinculados con los aprendizajes de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), curso de vida y esto se traduce en acciones concretas como el Compromiso por la Acción para la Salud firmado en Santiago de Chile en el 2017 y la aprobación de un Plan de Acción de OPS. El hecho de contar con una estrategia de acción implica un consenso de los Estados parte de la región y que

existan fondos específicos para la ejecución del mismo. Es necesario hacer uso de ese marco referencial. El plan de acción tiene 4 puntos fundamentales, todas cuestiones que ya fueron mencionadas en el foro. El segundo punto, es que hay temas que atraviesan la discusión del día de hoy: el embarazo no planificado o no intencional. Menciona que no hay intervención más efectiva para reducir la mortalidad materna que el garantizar los métodos anticonceptivos y evitar embarazos no planificados. Si se garantizan en tiempo y forma, se reducirían en una tercera parte las muertes maternas. En Argentina no se accede a la compra del misoprostol pese a estar dentro de los medicamentos esenciales de la OMS. Esta medicación tiene diversos usos en salud reproductiva, el primero de ellos tiene que ver con el tratamiento de los abortos incompletos (independientemente de las causas que lo generaron). Si se tratasen con el misoprostol, el 80% de los casos estarían siendo resueltos. Si no funciona, ahí se accede a la aspiración del manual endouterina (AMEU) con múltiples evidencias sobre sus ayudas para la mujer como es su reinserción familiar, laboral y social después de sucedido el episodio, método que tampoco se accede de manera sistemática. Sería necesario avanzar sobre estas cosas que de ninguna manera habría una interposición pues están respaldados por la OMS / OPS. Plantear la reducción de la mortalidad materna como un plan sistemático de acceso al uso del misoprostol y AMEU ante un evento post obstétrico. Es una oportunidad asegurar la anticoncepción efectiva siendo que el 99 % de las mujeres paren en hospitales. Promover el acceso a la anticoncepción post evento obstétrico: implantes subdérmicos especialmente dirigidos a la población adolescente, DIU y autoinyectable.

**Diva Moreno**, plantea que es preciso visibilizar a la mujer adolescente joven, la de 20 a 24 años. En muchas de las circunstancias, esta franja está conformada por mujeres que requieren de acompañamiento, apoyo y de acceso a servicios para el ejercicio de su autonomía y su sexualidad. Son las que mayor incidencia tienen en HIV en este momento, el 35% de los nacimientos ocurren hasta los 24 años.

**Noemí Bordoni**, habla sobre la salud bucal desde la transversalidad. La existencia de caries dentales (enfermedad más frecuente que el resfrío a nivel mundial) es evitable y prevenible. La primo infección va generalmente de madre - hijo o cuidadora - hijo. En el segundo trimestre de embarazo es necesario que la mujer tenga un certificado de salud bucal ya que el parto prematuro, el bajo peso al nacer también están asociados. Por otro lado, menciona la existencia de un 5% de cáncer bucal. Sobre la relación entre diabetes y enfermedad periodontal, plantea que la mujer diabética debe ser controlada en su salud bucal. El componente de salud bucal ha sido integrando a enfermedades crónicas no comunicables. Hablando sobre curso de vida, si los niños están cuidados la población mayor también va a estar cuidada. La noción de transversalidad implica tener una noción de integralidad del individuo.

**Carolina Buceta** manifiesta la necesidad de visibilizar el tema de las esterilizaciones forzadas para mujeres con discapacidad, que son prácticas forzadas, muchas de ellas se enteran con posterioridad a la intervención. Esto de algún modo silencia los abusos sexuales en mujeres institucionalizadas. Por otro lado, menciona que es difícil realizar una investigación sobre la adherencia a distintos métodos anticoncep-

tivos en mujeres con discapacidad ya que suelen ser elegidos por sus familiares o por sus médicos. Refuerza que la elección de las familias de un método de larga duración silencia también los abusos sexuales. Manifiesta que, a pesar de los avances tecnológicos existentes, no existe un test de embarazo accesible a personas con discapacidad visual. Lo mismo sucede con los distintos anticonceptivos con código QR para las fechas de vencimiento.

**Carlota Ramírez**, rescata la importancia del debate del aborto el año pasado. La relevancia de haber sido tomado de manera transversal por distintos colectivos. Un tema central para el movimiento feminista en relación a la inte-

rrupción legal del embarazo es el tema de la autonomía y la autoridad epistémica. Esto tiene que ver con quién autoridad sobre los cuerpos de las mujeres, quien decide. Hay mucha producción teórica dentro del feminismo que interpela el concepto de riesgo, ¿quién decide cual es el riesgo a asumir? ¿qué otros riesgos existen que no son los que le preocupan al saber médico, como pensar la tensión entre la seguridad de las usuarias y su autonomía?.

**Diva Moreno**, manifiesta que es un menosprecio a la mujer pensar que hay riesgos que no puede afrontar por su condición y tomar decisiones sobre su cuerpo.



# 4

## La Salud de las Mujeres Adultas Mayores

**MARÍA JULIETA ODDONE**

Programa de Envejecimiento y Sociedad. FLACSO. Argentina

### ¿CUÁLES SON LOS PRINCIPALES NUDOS CRÍTICOS Y DESAFÍOS QUE CONFRONTA LA SALUD DE LAS MUJERES EN ARGENTINA?

Las sociedades actuales muestran el envejecimiento de sus poblaciones.<sup>17</sup> Hay una mayor sobrevivencia femenina y la esperanza de vida entre las mujeres es 7,5 años mayor que entre los varones. Después de los 75 años, de cada tres personas mayores, dos son mujeres.

Los datos de la Encuesta ENES/PISAC, muestran que el 41,9% (2.335.129) son varones y el 58,1% mujeres (3.236.509). Dos tercios de la población mayor es inactiva. (89% de jubilados o pensionados; 8,1% de amas de casa y 1,7% de personas con discapacidad). Los ingresos resultan insuficientes para solventar sus necesidades, para el 30% de la población.

El estado conyugal, indica que dos tercios (66,1%) de los varones están casados, vs al 37,6% de las mujeres. En tanto que, el 41,9% de las mujeres son viudas, mientras que los varones lo son en el 15% de los casos. Dado que el rol de primer cuidador corresponde a los cónyuges, concluimos que este, es desempeñado por las mujeres que sobrevivirán a sus maridos con el consiguiente costo emocional que conlleva la tarea del *care* o cuidado, se suma el hecho de que la viudez implica afrontar la soledad, elaborar el proceso de duelo, adaptarse a

los cambios en la vida diaria junto con la pérdida de compañía y que las personas que atraviesan ese evento se sienten más vulnerables, aumentando el riesgo de contraer enfermedades físicas o mentales, sobre todo, durante los dos años posteriores a la misma. En cuanto a los arreglos residenciales, se observa que, las mujeres viven solas en una mayor proporción que los varones y que estos arreglos se configuran a partir de la mayor sobrevivencia femenina y la situación de viudez de las mujeres.

Las personas mayores tienen una visión positiva de su estado de salud, aunque las mujeres tienen una visión un poco más negativa que los varones. La percepción de una salud buena o muy buena es de 77,8% para los varones y de 68,9% para las mujeres, la de una salud regular es de 22,4% y 26,8%, respectivamente, y la de una salud mala o muy mala asciende al 3,8% y al 4,3%, respectivamente.

Interrogados sobre si han tenido algún malestar, enfermedad o accidente en el último año, vemos que dos tercios de la muestra indican que no han tenido problemas de ese tipo (65%). Sin embargo, las mujeres superan en un 5% a los varones. (Sobre todo en el grupo de las viejas-viejas.)

Con respecto al requerimiento de ayuda y cuidado, la gran mayoría de las personas indican que no necesitan ayuda para vestirse, bañarse o desplazarse (90,3%). El 9,7% de este grupo que nece-

17. EN ARGENTINA, LA ESPERANZA DE VIDA HA PASADO DE 62,5 AÑOS EN 1950-1955 A 76,2 AÑOS EN 2010-2015, LO QUE INDICA UN INCREMENTO DE 13,7 AÑOS. EN CONTRAPOSICIÓN, LA TASA DE FECUNDIDAD HA DESCENDIDO DE 3,2 HIJOS POR MUJER A 2,2 HIJOS EN EL MISMO PERÍODO.

sita ayuda está compuesto por un 32,1% de varones y un 67,9% de mujeres. Con respecto a la clase social a la que pertenece el colectivo estudiado, vemos que a medida que se asciende en la escala, disminuye la necesidad de ayuda. En efecto, requiere ayuda el 10,9 % de las personas mayores de clase baja; el 8,4% de los ancianos de clase obrera; el 8% de los viejos de clase media baja; el 4,2% de los de clase media y el 2,5% de los de clase media alta.

En síntesis: el efecto del “envejecimiento dentro del envejecimiento” implica el incremento del grupo etario de las personas mayores de 75 o 80 años de edad dentro de la población mayor, concomitante a una feminización de esa población. Así, la mayoría de los varones mueren casados mientras que la mayoría de las mujeres lo hacen solas. Se observa, a mujeres que superan los ochenta años como cuidadoras de sus cónyuges u otros parientes que están enfermos o discapacitados, con la carga y los costos que ello significa. Entre ellos, mencionan la resignación de proyectos, la falta de tiempo libre, la falta de tiempo futuro personal, la pérdida de salud física y psíquica y las grandes erogaciones económicas que ponen en juego incluso su propio futuro. Además, el **proceso de transformación de las familias, que se han verticalizado, no ha estado acompañado por una mayor infraestructura para el cuidado o de servicios de apoyo por parte de las instituciones de la sociedad**. Ahora bien, la familia como institución implica la provisión de cuidados y ayuda de diversos tipos, más allá de las situaciones críticas que producen las cuestiones ligadas al binomio salud/enfermedad y las estrategias que en esos casos se desarrollen. El envejecimiento de la población ha cambiado el contenido de la solidaridad, dado que *hay más personas mayores que cuidar,*

*pero también hay más personas mayores para cuidar a otros*. En este sentido, un quinto de los adultos mayores cuidó niños durante la semana anterior a la encuesta. De ellos, el 31,1% fueron varones y el 68,9%, mujeres. Al mismo tiempo, el grupo de los que se hicieron cargo del cuidado de otros adultos mayores y discapacitados correspondió al 8,1% de la muestra. El 34,9% son varones y el 65,1%, mujeres. Se destaca que un 9% de estos cuidadores fueron personas del grupo de los *viejos-viejos* o *cuarta edad* (35.072 casos).

Por otra parte, suelen distinguirse tres formas de violencia hacia las personas mayores: a) la violencia cultural, que se refiere a los aspectos de la cultura que aportan legitimidad a las diversas formas de ejercer esa violencia, se trata del *viejismo* construido por los prejuicios y los estereotipos que se manifiestan con respecto a la vejez y que dan lugar a la discriminación, el maltrato y el abuso y/o, la imposibilidad del ejercicio de los derechos (trabajo, información, aprendizaje, etc); b) la violencia estructural, que consiste en agredir a un colectivo desde la propia estructura política o económica, y se produce cuando los sistemas previsionales, de salud o las políticas sociales para las personas mayores son inequitativos y son causa de pobreza, enfermedad, fragilidad jurídica y exclusión social; y c) la violencia directa, que son las agresiones físicas, psicológicas, económicas u otras ejercidas sobre la persona mayor.

**¿CUÁL O CUÁLES SON LAS MAYORES LIMITANTES QUE IMPIDEN QUE EL MARCO DE DERECHOS DE LAS MUJERES SE TRADUZCA EN RESPUESTAS INSTITUCIONALES QUE LOS GARANTICEN? Y, ¿CUÁL SON LOS PRINCIPALES TEMAS Y DESAFÍOS QUE HAY QUE INCORPORAR EN LA AGENDA SANI-**



**TAREA PARA PROMOVER Y GARANTIZAR EL DERECHO A LA SALUD DE LAS MUJERES?**

Entre múltiples propuestas, una política activa en favor de eliminar las conductas y acciones viejistas pueden favorecer la integración y la participación activa de las personas mayores en este caso, las mujeres, evitando situaciones de aislamiento y marginación que conllevan sentimientos depresivos. Por otra parte, históricamente, se han implementado distintos programas asistenciales de apoyo a las familias cuidadoras, que van desde la formación de auxiliares gerontológicos hasta el cuidado de los propios familiares cuidadores, pasando por la internación domiciliaria, centros de atención diurna y hogares geriátricos. Pero su alcance efectivo está muy lejos de cubrir las demandas, tal como lo demuestran las investigaciones realizadas. Nos parece que no es la creación de nuevos programas lo que se necesita, sino su universalidad, ya que los existentes tienen un alcance de prueba

piloto, dado lo limitado de su extensión. Cuando se revea la función protectora del Estado y se tome conciencia de que el proceso de envejecimiento poblacional es un fenómeno que modifica a las sociedades en sus demandas y necesidades, se logrará resolver buena parte de los problemas de las personas adultas mayores.

**Referencias:**

Oddone, María Julieta. "El desafío de la diversidad en el envejecimiento en América Latina". Revista Voces en el Fenix. Año 5 N° 36. Julio 2014. ISSN: 1853-8819. UBA. Buenos Aires. pp.82-90

Oddone, M.J., (2018) Condiciones de vida de las personas mayores. En Piovani, J.I., y Salvia, A. La Argentina en el Siglo XXI. Como somos, vivimos y convivimos en una sociedad desigual. Siglo XXI Editores. Ciudad de Buenos Aires. Pp. 593-623.



## Momento de debate

**Julieta Oddone**, Julieta Oddone, plantea que la población vieja fundamentalmente son las mujeres. De cada 3 personas viejas, 2 son mujeres. Cuando se analiza la estructura de una familia, resulta un triángulo invertido, donde hay pocos descendientes (niños) y muchos ascendientes (los más viejos). Hay familias con 5 generaciones, de modo que en pocos años nuestro país va a tener menos niños que personas mayores. Esto es un hecho. Los problemas residen entre nivel económico social y el nivel de salud de las personas que generan desigualdad en la vejez. Los primeros que fallecen son los hombres pobres y luego las mujeres pobres (que son las viudas).

Los de nivel económico más alto tienen una mejor calidad de vida y una mayor prolongación de la vida.

El sistema de cuidados a largo plazo será prioritario en el sector salud en los próximos tiempos. Sucede que las mujeres son las principales cuidadoras y muchas veces se trata de mujeres adultas mayores quienes deben hacerse cargo del cuidado de personas dependientes. Esto implica una sobrecarga que impacta en la propia salud de este colectivo.

Asimismo, el viejismo que está instalado en la sociedad, entendido como aquello que las personas mayores no pue-

den hacer a causa de la edad implica que existe una marginalización de las personas viejas y en especial las mujeres. Esto genera también una invisibilización en el sistema de la salud donde no es la geriatría una disciplina que se elige como especialización a pesar de que es la vejez el grupo etario que está creciendo en la sociedad. Agrega que hay enfermedades que no se visibilizan en la población mayor, particularmente las mujeres, como es el caso del SIDA o las enfermedades cardíacas.

Refuerza que el cuidado está a cargo de las familias, no los financia el Estado. Hay programas pero no están generalizados. La familia se hace cargo y es quien debe sostener la situación.

**Raúl Mercer**, Con respecto al tema de envejecimiento, le interesa saber por qué las mujeres viven 7 años y medio más.

Frente a ello, **Julieta Oddone** menciona que en las últimas mediciones demográficas las tendencias indican que hay un acercamiento de la expectativa entre mujeres y hombres. Los hombres mueren más vinculados por comportamientos de riesgo.



# 5

## La Salud de las Mujeres: Ejes Transversales en el Curso de Vida

**KARINA CIMMINO**

Programa de Ciencias Sociales y Salud. FLACSO. Argentina

## La Salud de Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA) y la Educación Sexual Integral (ESI)

La ESI es un derecho en sí misma, pero además, habilita al derecho a la salud integral y al desarrollo de NNyA. Su implementación es fundamental para reducir embarazos no intencionales, prevenir ITS y VIH/Sida, violencia de género (incluyendo el bullying por motivos de orientación o identidad sexual), y el abuso sexual infantil. La implementación nula o parcial de la ESI de calidad<sup>18</sup> impacta negativamente sobre todas estas problemáticas, y reduce las posibilidades de garantizar estos derechos esenciales a una proporción significativa de niñas y adolescentes de nuestro país.

Numerosas evidencias<sup>19</sup> respaldan estas afirmaciones y demuestran que los programas de ESI de calidad tienen efectos positivos sobre la salud, el comportamiento sexual y reproductivo y el desarrollo personal de niños, niñas, adolescentes y jóvenes; contribuyen a retrasar la edad de la primera relación sexual, a aumentar el uso del condón y los anticonceptivos, así como a disminuir determinados comportamientos sexuales de riesgo. Además, mejoran el conocimiento, la percepción del riesgo, los valores y actitudes y la autoeficacia,

y fortalecen la comunicación con las familias, otras personas adultas y la pareja sobre temas relativos a la sexualidad. Además, la ESI<sup>20</sup> contribuye a mejorar el clima en el aula y la escuela, los vínculos entre docentes y estudiantes, favorece la retención escolar y contribuye a mejorar los resultados y la calidad educativa.

Si bien contamos con la Ley 26.081(2006), la Resolución CFE 43/08, y el programa ESI instalado en el Ministerio de Educación (ME) e implementado con avances desde el 2008, todavía se está lejos de llegar a todos los NNyA a lo largo del curso de vida (desde el nivel inicial hasta la educación terciaria), existiendo además grandes inequidades al interior de cada provincia, de cada localidad y entre los distintos colectivos sociales (indígenas, migrantes, personas con discapacidad, LGBTI, en situación de calle, etc.). Para que la ESI sea efectiva en Argentina es necesario: garantizar su continuidad como política pública, como derecho ciudadano, que el Estado asegure los recursos (financieros y humanos) para alcanzar cobertura y estándares de calidad. Las experiencias internacionales muestran que ante una posición firme del Estado sobre ESI, se reducen las posibilidades de que esta política sea afectada por los embates de los grupos opositores emergentes.

18. NACIONES UNIDAS (2018) "ORIENTACIONES TÉCNICAS INTERNACIONALES SOBRE EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD, UN ENFOQUE BASADO EN LA EVIDENCIA", DISPONIBLE EN: [HTTPS://UNESDOC.UNESCO.ORG/ARK:/48223/PF0000265335](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000265335)

19. "BASES DE LA EVIDENCIA PARA LA EDUCACIÓN INTEGRAL EN SEXUALIDAD", EN "ORIENTACIONES TÉCNICAS INTERNACIONALES SOBRE EDUCACIÓN EN SEXUALIDAD, UN ENFOQUE BASADO EN LA EVIDENCIA", NACIONES UNIDAS 2018.

20. RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES DE LOS PROGRAMAS NACIONALES DE EIS DE COLOMBIA Y URUGUAY ENTRE OTROS.

## Desafíos y oportunidades para garantizar el derecho a la ESI

Pese a los esfuerzos realizados, la cantidad y calidad de docentes capacitados continúa siendo limitada y este es uno de los factores que incide sobre la implementación adecuada de la ESI. Además, se carece de acciones de acompañamiento de los docentes, aspecto que resulta esencial para una implementación apropiada y puesta en práctica. Otro gran desafío es que en cada escuela se constituya un equipo escolar de ESI (Res. ME 340/18), que se formule un proyecto de ESI monitoreado y evaluado por la propia escuela y por el nivel local y provincial. Otra de las limitantes es la necesidad de fortalecer a los equipos provinciales y locales (en capacidades y recursos), para promover y acompañar la implementación de la ESI e identificar socios claves (ámbito académico, sociedad civil, sectores de gobierno, etc.) para consolidar alianzas a los fines de permitir una mayor y mejor llegada territorial. Pese a la realización de evaluaciones vinculadas a la ESI<sup>21,22,23</sup> que aportan insumos para su comprensión, aun no se ha implementado un sistema de monitoreo y evaluación estratégica de la ESI que permita conocer su real alcance en todos los establecimientos educativos del país.

Los movimientos de mujeres han incrementado la toma de conciencia y abogacía social por impulsar este tema, y que lxs NNyA y la ciudadanía lo exijan

como un derecho. Los propios sectores opositores reconocen la necesidad de ESI (aunque con otros sentidos y connotaciones). El presente contexto social se ofrece como una oportunidad para que los gobiernos continúen impulsando la ESI a la que se suman otras puertas de entrada para fortalecer la ESI como la prevención del embarazo no intencional en la adolescencia (Plan ENIA), y la reducción de la violencia de género (Spotlight) que incorporan a la ESI entre sus estrategias prioritarias.

Existen diferentes imaginarios y significaciones con respecto a la ESI que coexisten en la sociedad entre los diferentes actores y sectores en los cuales muchas veces se tiende a limitar, banalizar o distorsionar su significado. De allí la importancia de fomentar acciones orientadas a clarificar e informar sobre la ESI para contraponer las concepciones erróneas/limitadas de ESI, especialmente en estos momentos, en que los grupos opositores avanzan en nuestro país y en América Latina desdibujando el significado de la ESI mediante argumentaciones falaces. Dichos grupos operan de manera asociada con sectores de gobierno, entidades religiosas y medios de comunicación.

La ESI no se reduce a brindar información sobre la sexualidad. Por el contrario, implica ofrecer procesos educativos planificados y científicamente validados, a lo largo del curso de vida, graduales y progresivos, con enfoques de derechos, promoción de salud, género y perspectiva intercultural, que aborden aspectos cognitivos, emocionales, físicos y sociales vinculados a la sexualidad y que promuevan que lxs sujetos adquieran habilidades, conocimientos, actitudes y valores, que les permitan tomar decisiones conscientes, críticas y responsables sobre su salud sexual y

21. "ESCUELAS QUE ENSEÑAN", ESTUDIO DE BUENAS PRÁCTICAS PEDAGÓGICAS EN ESI, MINISTERIO DE EDUCACIÓN DE LA NACIÓN/ UNICEF 2018. [HTTPS://WWW.UNICEF.ORG/ARGENTINA/MEDIA/3881/FILE/ESTUDIO%20BUENAS%20PRACTICAS%20PEDAGOGICAS%20EN%20ESI%20-%20RESUMEN%20E%20INSTRUMENTO.PDF](https://www.unicef.org/argentina/media/3881/file/estudio%20BUENAS%20PRACTICAS%20PEDAGOGICAS%20EN%20ESI%20-%20RESUMEN%20E%20INSTRUMENTO.PDF);

22. "EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE CAPACITACIÓN DOCENTE DEL PROGRAMA NACIONAL ESI, VOCES DESDE LA ESCUELA", 2015 [HTTPS://WWW.ARGENTINA.GOB.AR/SITES/DEFAULT/FILES/ESI-VOCES-BAJA.PDF](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/esi-voCES-BAJA.PDF);

23. EVALUACIÓN DE ACCIONES DE CAPACITACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL INTEGRAL, UNSAM 2015: [HTTPS://WWW.ARGENTINA.GOB.AR/SITES/DEFAULT/FILES/ESI-INFORME-UNSA-FINAL.PDF](https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/esi-informe-UNSA-FINAL.PDF)

reproductiva, su bienestar y desarrollo integral y el de sus comunidades.

Las evidencias confirman que el abordaje de ESI, para ser efectivo y de calidad, debe ser **multi-componente**, esto implica que de forma simultánea los programas de ESI deben brindar contenidos curriculares en las distintas asignaturas, revisar y realizar acciones para mejorar el entorno institucional (normas y prácticas institucionales/áulicas explícitas e implícitas vinculadas con el tema), involucrar la participación de lxs estudiantes, realizar acciones con proyección a la comunidad, y articular con otros actores y sectores para garantizar la provisión de servicios sociales y de salud. La implementación parcial o fragmentada reduce la posibilidad de lograr los resultados esperados.

Si bien la ESI requiere articulaciones intersectoriales entre salud y educación, es necesario revisar la forma en que dichas articulaciones se realizan. Atendiendo al rol docente y de la escuela en

ESI el desafío es intentar que la participación del sector salud en las escuelas sea en el marco de proyectos escolares de ESI más amplios y programados, en donde el aporte del sector salud contribuya pero que no sea la única acción que las instituciones realicen. Aún sigue siendo un desafío la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva apropiados para adolescentes y la formación del personal de salud. Este aspecto limita la efectividad de la ESI.

Finalmente, considerando que las niñas y adolescentes que viven en condiciones de mayor vulnerabilidad psicosocial, no acceden al sistema educativo o lo hacen con dificultad, es importante que se programen acciones de **ESI fuera de la escuela** (en la comunidad, servicios de salud, organizaciones sociales) sobre la base de estándares de calidad para poder llegar a estos grupos de niñas que de otro modo quedan doblemente excluidas.





**CAROLINA BUCETA. SERGIO MERESMAN**  
META. IIDDI.

## Algunas referencias generales

Las personas con discapacidad han logrado una mayor visibilidad en todo el mundo durante la pasada década, como efecto directo de la aprobación a fines de 2006 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). En nuestra región, la CDPD ha sido ya ratificada por 28 países generando una inédita dinámica de transformaciones y desafíos.

**El establecimiento de derechos hasta hace poco no reconocidos, tiene como resultado inmediato una mayor presencia pública y social de esta temática, a la vez que deja expuesta la exclusión histórica de un grupo poblacional numeroso y significativo.** La discapacidad sale progresivamente de la oscuridad en la que se encontraba a la vez que cobran voz historias de vida que hasta ayer permanecían en silencio.

**La CDPD no debe verse solamente como la reivindicación particular de un grupo históricamente discriminado y excluido. Es importante que los derechos consagrados en la CDPD se planteen y articulen con otros compromisos como la Agenda 2030, CEDAW, la Convención sobre los Derechos del Niño, la Estrategia Global para la Salud de las Mujeres, Adolescentes y Niñez, el Consenso de Montevideo y los instrumentos que abordan desigualdades y buscan garantizar iguales derechos y oportunidades a todas las personas.**

En la Agenda 2030 y Objetivos de Desa-

rollo Sostenible se enfatiza la necesidad que el desarrollo alcance a todas las personas sin exclusiones de ningún tipo. Esta agenda hace referencia de manera expresa a las personas con discapacidad en nueve metas correspondientes a seis de los objetivos. El compromiso internacional para que “nadie se quede atrás”, debe orientar a las instituciones públicas y a la sociedad para formular y aplicar políticas inclusivas, en todas las áreas de desarrollo y velar porque los Objetivos beneficien a las personas con discapacidad.

## Determinantes sociales de la discapacidad

A nivel mundial, se reconoce que **las personas con discapacidad se encuentran entre las más pobres, segregadas y excluidas** de todas las poblaciones. Tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, las familias que tienen hijos e hijas con discapacidad tienen más probabilidades de ser pobres, debido al aumento de los gastos asociados con la discapacidad y la escasez de servicios adecuados brindados por las instituciones del Estado para que las personas con discapacidad y sus familias se integren a la vida social y comunitaria (OMS-Banco Mundial, 2011).

La pobreza y la discapacidad están inextricablemente ligadas, pues la primera es un factor muy determinante de la segunda y, a la vez, la discapacidad

muchas veces atrapa a las personas en la pobreza (UNICEF, 2013). Según datos de la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial, sólo el 3% de la población con discapacidad tiene acceso a servicios de rehabilitación, sólo el 25% de los niños y niñas con discapacidad tienen acceso a la educación, y sólo el 5% de ellos termina la escuela primaria (OMS-BM, 2011).

Las labores de apoyo y cuidado a las personas con discapacidad implican generalmente una carga extra en la economía familiar, por los gastos implicados en los cuidados y la limitación que tienen sus integrantes para insertarse en el mercado laboral. Estas tareas de cuidado son usualmente desahucadas a nivel de las familias y casi siempre por mujeres, debido a que las tareas de cuidado son asignadas a ellas como parte de la asignación tradicional de los roles de género.

### Un nuevo marco conceptual

La CDPD introduce un “modelo social” de la discapacidad, que mira en la relación entre las limitaciones funcionales que pueden derivar de una deficiencia y las barreras o apoyos que presenta el entorno. Las principales consecuencias de este nuevo marco conceptual incluyen:

1. La discapacidad no es cuestión de especialistas ni un “asunto de salud” sino un factor clave para que el desarrollo y las políticas públicas sean inclusivas.
2. Los prejuicios, tabúes y las miradas estigmatizantes y paternalistas sobre las personas con discapacidad son la principal barrera de acceso a sus derechos.
3. Las personas con discapacidad sienten y desean las mismas cosas que todas las personas. También aman, son

amadas, tienen relaciones sexuales y están expuestas a riesgos.

4. La forma más efectiva de hacer avanzar los derechos de las personas con discapacidad consiste en visibilizarlas a través de las estadísticas e incluirlas activamente en todas las acciones, programas y políticas de desarrollo, transversalizando los enfoques inclusivos y el diseño universal sin crear programas especiales más que cuando resulte imprescindible.

5. La participación de las personas con discapacidad, sus redes y organizaciones es imprescindible en todo el ciclo de programación de las políticas públicas, desde el diseño, y la planificación de acciones, la implementación y la evaluación.

### Género y discapacidad

En nuestra región, un estudio realizado en Chile, Costa Rica y Uruguay (2016) identificó que el 70% de las mujeres con discapacidad sufre violencia de género, situaciones de exclusión y marginalidad.<sup>24</sup> Asimismo, señaló que las mujeres jóvenes con discapacidad son a menudo objeto de tratamientos médicos forzados, decididos sin su consentimiento<sup>25</sup>.

Un informe similar elaborado por un grupo de expertos convocado por las Naciones Unidas (2013) confirmó que la violencia contra mujeres y niñas con discapacidad es cuatro veces más grave que en la población general, especialmente cuando se encuentran en situaciones de aislamiento como es el caso de las mujeres institucionalizadas

24. [HTTP://WWW.SIGACHILE.CL/WP-CONTENT/UPLOADS/2016/05/RESUMEN-EJECUTIVO-ESTUDIO-EXPLORATORIO-SOBRE-VIOLENCIA-CONTRA-LAS-MUJERES-CON-DISCAPACIDAD-2016\\_VF-1.PDF](http://www.sigachile.cl/wp-content/uploads/2016/05/RESUMEN-EJECUTIVO-ESTUDIO-EXPLORATORIO-SOBRE-VIOLENCIA-CONTRA-LAS-MUJERES-CON-DISCAPACIDAD-2016_VF-1.PDF)

25. [HTTP://WWW.OHCHR.ORG/SP/HRBODIES/CRPD/PAGES/CRPD-INDEX.ASPX](http://www.ohchr.org/sp/hrbodies/crpd/pages/crpd-index.aspx)

y las que viven en áreas rurales<sup>26</sup>.

Asimismo, los informes del Comité sobre Derechos de las Personas con Discapacidad para nuestra región expresan su preocupación por situaciones que violan derechos básicos de las mujeres con discapacidad tales como la excesivamente frecuente declaración de incapacidad y la imposición de figuras legales como la curatela que suprimen derechos civiles básicos. En el caso de las adolescentes y mujeres jóvenes con discapacidad, esto hace que prácticas abusivas como las esterilizaciones forzadas y los abortos coercitivos se promuevan y realicen de manera habitual, aún sin el consentimiento de las propias mujeres involucradas ni de sus familias.

Sobre esta base, es frecuente que surjan prácticas altamente discriminatorias, nocivas y forzadas. Muchas de estas prácticas tienen lugar en instituciones residenciales o en el contexto familiar y comunitario en las regiones más remotas y comunidades indígenas.

En este terreno cobran especial importancia el resguardo de la capacidad jurídica de las niñas, adolescentes y mujeres con discapacidad, particularmente en el contexto de sus derechos sexuales y reproductivos. En muchos países, la restricción o supresión de la capacidad jurídica puede facilitar intervenciones forzadas, como la esterilización, el aborto, la anticoncepción, la mutilación genital femenina, las intervenciones quirúrgicas y la institucionalización forzada<sup>27</sup>.

De acuerdo a la CDPD, las mujeres con discapacidad deben poder ejercer su

capacidad jurídica tomando sus propias decisiones, con apoyo cuando así lo requieran y/o deseen, en relación a la atención médica o el tratamiento terapéutico, incluidas por ejemplo las decisiones relativas a:

- conservar su fertilidad y su autonomía reproductiva,
- ejercer su derecho a decidir el número y el espaciamiento de los hijos,
- dar su consentimiento y aceptar una declaración de paternidad y maternidad
- ejercer su derecho a establecer relaciones de pareja y que su intimidad sea respetada.

Las Naciones Unidas citan como ejemplos de violencia, explotación y/o abuso contra las mujeres con discapacidad algunos de los siguientes casos:

- la adquisición de una discapacidad como consecuencia de violencia o fuerza física;
- la coerción económica; la trata y el engaño;
- la desinformación;
- el abandono; el descuido, incluidas la denegación del acceso a los medicamentos;
- la ausencia de consentimiento libre e informado y la coerción legal;
- la eliminación de apoyos para la comunicación o la denegación de asistencia en la comunicación;
- la denegación de la movilidad personal;
- la negativa de los cuidadores a prestar asistencia en actividades cotidianas, como bañarse, gestionar la menstruación, vestirse y comer, que dificulta el ejercicio del derecho a vivir de forma independiente y a no sufrir tratos degradantes;

26. [HTTP://WWW.MEDIABANCO.COM/2016/05/18/DAN-CONOCER-ESTUDIO-EXPLORATORIO-VIOLENCIA-GENERO-DISCAPACIDAD-AMERICA-LATINA-CARIBE/](http://www.mediabanco.com/2016/05/18/DAN-CONOCER-ESTUDIO-EXPLORATORIO-VIOLENCIA-GENERO-DISCAPACIDAD-AMERICA-LATINA-CARIBE/)

27. VÉASE COMITÉ SOBRE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD, OBSERVACIÓN GENERAL NÚM. 1 (2014) RELATIVA AL IGUAL RECONOCIMIENTO COMO PERSONA ANTE LA LEY, PÁRR. 35.

- la privación de alimentos o la amenaza de hacerlo;
- la intimidación, la agresión verbal y la ridiculización por motivos de discapacidad;

- la manipulación psicológica

Naciones Unidas, Observación General Nro 3 sobre mujeres y niñas con discapacidad (2016)

**NOEMÍ BORDONI**

Facultad de Odontología. UBA

## **Componente bucal de la salud: escenarios y actores**

### **Preguntas y respuestas para pensar sobre el componente bucal de la salud en la mujer**

#### **Preguntas posibles referidas al marco teórico-metodológico**

*Las profesiones de la salud interpretan la salud como una construcción social? Cuáles son las causas y las causas de las causas de la salud en personas y comunidades?*

*La salud es un derecho humano? El componente bucal integra el derecho a la salud? Es un componente contextualizado?*

*En el curso de vida, la mujer tiene o mantiene su condición de sujeto de derecho?*

*Como reconocer y priorizar los problemas bucodentales?*

#### **Preguntas posibles referidas a la magnitud del componente bucal de la salud en la mujer**

*Qué dicen los resultados de las investigaciones sobre problemas bucodentales, su magnitud y su relación con los problemas de salud especialmente con ECNC?*

## **Buscando respuestas**

La salud es una construcción social determinada por los genes, por el escenario socio-ambiental, por el estilo de vida, por el sistema de salud y condicionada por la percepción que los actores individuales o sociales tienen acerca de ella y que tensiona su valoración y las decisiones que adoptan. (Contandriopoulus, 2006). Esta perspectiva obliga a abordar para su análisis métodos cuantitativos y cualitativos. Los estudios cualitativos cobran importancia para comprender las representaciones sociales frente a la salud bucal (Stewart et al., 2008). Por otro lado, la OMS reconoce a la salud como un derecho humano fundamental y atribuye a la salud bucal el carácter de indicador de salud integral, bienestar y calidad de vida. Se han identificado las acciones que deben asumirse en naciones y comunidades para contribuir a la salud bucal. Entre ellas figuran: (a) reducir la carga de enfermedades bucales especialmente en poblaciones marginalizadas y pobres; (b) promover estilos de vida saludables y reducir de factores de enfermedades que surjan por causas ambientales, económicas, sociales o conductuales; (c) desarrollar sistemas de salud tendientes a la equidad, que respondan a legítimas demandas y financieramente sustentables. Asimismo, analiza objetivos, datos, estrategias e implementación efectiva de las medidas en las diferentes regiones del mundo, lo que refleja la necesidad de formar equipos de salud que asuman en su práctica conocimientos acerca de los derechos y la equidad.

**Este planteo permite recuperar dos espacios para la reflexión:**

1. Que han demostrado los sistemas de investigación, de educación y de atención centrados específicamente en el componente bucodental de la mujer?

2. De qué hablamos cuando hablamos de interdisciplina, intersectorialidad o interpráctica/interprofesionalidad? Está transferida a la evidencia en los escenarios donde se procesa la atención de salud bucal en general y en particular de la mujer?

**En el escenario de la investigación sobre salud, existen experiencias evaluada conforme al marco teórico-metodológico, tomando como eje el componente bucal. Tal es el caso de:**

- su uso eficaz como indicador para diagnóstico de enfermedades (*Furness, Bryan, Birchenough, & Worthington, 2013*);
- la magnitud de enfermedades como cáncer bucal (*Brocklehurst, Kujan, O'Malley et al, 2013; Oral Cancer Foundation, 2016*);
- la probable relación entre infección periodontal durante el embarazo y el nacimiento prematuro, el bajo peso al nacer (*Bansal y Kumar, 2013*) y el desarrollo de preeclampsia. (*Varshney y Gautam, 2014*);
- la magnitud de la presencia de alguna forma de enfermedad periodontal en embarazadas que se ha estimado en 40% (*Srinivas y Parry, 2012*);
- la diabetes mellitus gestacional es una condición de intolerancia a carbohidratos que se detecta durante el embarazo (*Nainggolan, 2013*) en una relación bidireccional aparente que puede contribuir a la progresión de la enfermedad;

- el granuloma piógeno frecuentemente desarrollado durante el embarazo aparece en encía, labio, lengua o en la mucosa de la cara labial de maxilar inferior (*Sun, Lei, Chen, Yu, y Zhou, 2014*) puede ocurrir en un 10% de los embarazos;

- la transmisión vertical de los microorganismos vinculados con el desarrollo de caries dental entre madre o cuidadores y el desarrollo temprano de caries dental en niños, (*Caufield et al, 2000; Mattos et al, 2001; AAPD, 2011*), problemática que constituye una de las enfermedades de cabeza y cuello más frecuentes en niños (*Kassebaum et al, 2015*);

- se ha encontrado relaciones no causales entre la inflamación sistémica generada por la enfermedad periodontal y las enfermedades cardiovasculares, donde la enfermedad periodontal podría considerarse un factor de riesgo (*AAP, 2016*);

- el uso de bifosfonatos para el tratamiento de las mujeres con diagnóstico de osteopenia u osteoporosis con el propósito de retardar la pérdida ósea o en caso de cáncer de mama puede causar osteonecrosis en maxilares (*Cancer Research UK, 2013*);

- factores vinculados con el estilo de vida, tales como el tabaquismo (*Steinberg, Minsk, Gluck et al, 2008; CDC 2016*) el consumo de alcohol o una alimentación deficiente puede determinar problemas en el estado bucodental, inclusive demostrado actualmente mediante estudios de epigenética (*Pacheco-Romero, 2017; Faingold, 2014*);

- enfermedades vinculadas con la alimentación como anorexia y bulimia con prevalencia mayor en mujeres están asociadas con severas erosiones, signo que frecuentemente permite diagnósticos precoces de la desviación de la conducta alimentaria.



**Puede concluirse que:**

- la mala salud materna puede tener consecuencias significativas para el embarazo y el parto. Las mujeres deben ser atendidas al principio del embarazo, para prevenir o corregir cualquier condición de salud bucal (Thomas, Chitra, 2013; MHTS,2017);
- la intervención odontológica debe ser incorporada en la atención de salud integral, como: (a) frente a la necesidad

de prevenir los efectos adversos para la salud bucal de mujeres sometidas a la radiación de cabeza o cuello o quimioterapia durante el tratamiento de cáncer y (b) en las mujeres con diabetes para encarar su controlar su estado periodontal.

- es tiempo de incluir la salud bucal en los cuidados médicos de rutina y lograr la promesa de atención integral y completa para todos, (Hummel et al, 2015)

<p><b>FORTALEZAS</b></p> <p>EL EJERCICIO Y EL AVANCE DE LOS DERECHOS DE LA MUJER EN SUS DIFERENTES EXPRESIONES. LOS NUEVOS PARADIGMAS EN EDUCACIÓN SUPERIOR EN CIENCIAS DE LA SALUD QUE REVALORIZAN E INTEGRAN CURRICULARMENTE LA INTERDISCIPLINA, Y LA INTERSECTORIALIDAD (PRÁCTICA SOCIAL BASADA EN EVIDENCIA)</p>	<p><b>OPORTUNIDADES</b></p> <p>LA INVESTIGACIÓN TRASLACIONAL REPRESENTA UNA ESTRATEGIA IMPORTANTE QUE ABRE CAMINOS PARA LA LLEVAR EL CONOCIMIENTO A LA ACCIÓN TOMANDO COMO SUJETO DE ESTUDIO LA SALUD DE LA MUJER Y COMO EXPRESIÓN LA SALUD BUCODENTAL. LA FUERZA DEL AVANCE EN LAS DIFERENTES FORMAS QUE TIENDEN A LA EQUIDAD EN SALUD PARA TODOS (COBERTURA UNIVERSAL EN SALUD,, MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD, ETC)</p>
<p><b>DEBILIDADES</b></p> <p>LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LOS SISTEMAS DE INVESTIGACIÓN QUE SUELEN MARGINAR ESTUDIOS CON IMPACTO SOBRE LA SALUD BUCODENTAL EN MUJERES. LA DIFICULTAD DE SUPERAR LOS ESPACIOS DE PODER OCUPADOS POR “EL CURRÍCULO INVISIBLE”, LAS “TRIBUS ACADÉMICAS” Y “LAS FUERZAS CORPORATIVAS” EN LOS SISTEMAS DE SALUD .</p>	<p><b>AMENAZAS</b></p> <p>LAS RESISTENCIAS AL AVANCE DE LOS PROCESOS DE CAMBIOS EN LA EDUCACIÓN SUPERIOR DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD CAPACES DE FORMAR RECURSOS HUMANOS TÉCNICAMENTE COMPETENTES Y ÉTICAMENTE COMPROMETIDOS.</p>

*La nueva pregunta De qué hablamos cuando hablamos de toma de decisiones sobre el componente bucal de la salud? Cuáles son los procesos para la transferencia desde la generación del conocimiento a la toma de decisiones político-sanitarias ?*



# 6

## La salud de las mujeres: contexto regional y global

**ARIEL KAROLINSKI**

OPS/OMS. Representación para Venezuela

## **Abordaje integral de la salud de las mujeres y nuevos enfoques para contribuir a la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave.**

Se expondrán en este conversatorio dos bloques diferenciados. En primer lugar, el contexto mundial y regional que confluyeron para la redefinición de políticas, estrategias y planes para la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes. Luego, se presentarán nuevos enfoques y propuestas para la implementación de un plan de acción para reducción de la mortalidad materna (MM) y la morbilidad materna grave (MMG).

### **1. Contexto mundial y regional**

El progreso en cuanto a la salud de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes en la Región ha sido desparejo. Los avances no han beneficiado a ciertos subgrupos de población en los países. Persisten diferencias significativas entre los países y dentro de ellos en cuanto al estado de salud de la población, y determinados grupos de la población, como los grupos indígenas, los afrodescendientes, los grupos de menor escolaridad, los pobres y los residentes en zonas rurales, así como algunos grupos de mujeres, niños, niñas y adolescentes padecen sistemáticamente cargas mayores de mortalidad y morbilidad prevenibles. Sin embargo, teniendo presentes el considerable avance social y económico en la Región, así

como los conocimientos, experiencias y enseñanzas extraídas de la labor realizada para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), hay razones para esperar que los logros alcanzados pueden acelerarse y ampliarse.

En 2016, los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobaron la *Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente 2016-2030* (Resolución WHA69.2). La estrategia mundial (EM) tiene tres objetivos: *sobrevivir*, poner fin a la mortalidad prevenible; *prosperar*, lograr la salud física y mental y el bienestar, y *transformar*, ampliar los entornos propicios. Aplica un enfoque que abarca la totalidad del curso de vida para alcanzar el grado máximo de salud y bienestar —físico, mental y social— que se pueda lograr a todas las edades. La EM también adopta un enfoque integrado y multisectorial, porque reconoce que los factores que pueden contribuir a mejorar la salud —entre ellos, los relacionados con la nutrición, la educación, el abastecimiento de agua, el aire no contaminado, el saneamiento, la higiene y las infraestructuras— son fundamentales para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La difusión y el debate de la EM en la Región de las Américas dieron lugar al Compromiso de Santiago con la Acción, aprobado en una reunión de alto nivel celebrada en Santiago (Chile) en 2017. Este compromiso requiere la aplicación de la EM, junto con esfuerzos innovadores y más eficaces para reducir las inequidades

en materia de salud y aumentar el acceso a la atención y los servicios de salud, de manera de asegurar que cada mujer, cada niño y niña, y cada adolescente en las Américas no solo sobreviva sino que además prospere en un entorno transformador en el cual pueda alcanzar su derecho a gozar del grado más alto posible de salud.

Además, en el 2017 los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), trabajando en el marco de la *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud* y de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para el 2030, y con miras a lograr el grado máximo de salud que se pueda alcanzar para todas las personas de la Región de las Américas, adoptaron la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (ASSA2030) que está en consonancia con la EM.

Consciente de que la realización de esta visión y el logro de los objetivos y las metas específicos exige una acción concertada por parte del sector de la salud y de la esfera más amplia de la autoridad pública, así como las medidas necesarias relacionadas con los determinantes sociales de la salud, la OPS propuso y se aprobó en el 56.º Consejo Directivo de 2018 un plan de acción integrado para la salud de la mujer, el niño, la niña y el adolescente para el período 2018-2030. La ejecución de este plan contribuirá a superar los obstáculos y retos comunes que hacen difícil abordar la salud y el bienestar de las mujeres, los niños, las niñas y adolescentes de una manera más eficaz e integrada a lo largo de todo el curso de la vida, sin que nadie se quede atrás y cerrando las brechas de la inequidad en materia de salud. Este enfoque integral facilitará la acción multisectorial e intersectorial, y apoyará un uso más efi-

ciente de los recursos humanos y financieros, con lo que aumentará aún más el rendimiento ya alto de las inversiones en la salud de las mujeres, los lactantes, los niños, las niñas y adolescentes.

**Retos para la salud de la mujer:** a pesar de los progresos realizados, las sociedades aún siguen postergando a las mujeres, sobre todo en los países pobres, y en el caso de las mujeres más pobres en todos los entornos. La discriminación por motivos de género provoca desventajas económicas, sociales y sanitarias que inciden de manera compleja en el bienestar de las mujeres y de su familia durante todo el curso de vida y hasta la siguiente generación. La igualdad de género es fundamental tanto para la salud como para el desarrollo.

### **Cifras estimadas de Impacto**

- 289 000 mujeres murieron en 2015 durante el EMBARAZO Y EL PARTO, o sea que se perdió más de una vida cada 2 minutos
  - 225 MILLONES de mujeres tienen una necesidad de PLANIFICACIÓN FAMILIAR desatendida
  - 52% de las defunciones maternas durante el embarazo, parto o puerperio puede atribuirse a TRES PRINCIPALES CAUSAS PREVENIBLES: hemorragia, septicemia e hipertensión gestacional
  - 28% de la MM se debe a causas no obstétricas, tales como la MALARIA, LA INFECCIÓN POR VIH, LA DIABETES, LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y LA OBESIDAD
- 8% de la MM puede atribuirse a ABORTOS PELIGROSOS
- 270 000 defunciones de mujeres por CÁNCER CERVICOUTERINO cada año
  - 1 DE CADA 3 mujeres de entre 15 y 49 años sufre VIOLENCIA FÍSICA Y/O SEXUAL

dentro o fuera del hogar

**Beneficios de invertir en intervenciones basadas en evidencias que abarcan todo el Curso de Vida**, desde nacimiento, infancia y adolescencia hasta edad adulta: ante todo y principalmente los mantienen vivos y sanos. Además, reducen la pobreza, impulsan la productividad y el crecimiento económicos, crean puestos de trabajo y son costo-eficaces.

### **Métodos Anticonceptivos Modernos y Atención de buena calidad de las Embarazadas y los Recién Nacidos:**

Si todas las mujeres que desean evitar un embarazo utilizaran métodos anticonceptivos modernos y todas las embarazadas y todos los recién nacidos recibieran atención acorde con las normas recomendadas por la OMS, se lograrían, en comparación con la situación en 2014, las reducciones siguientes: del 70% en los embarazos no deseados, del 67% en los abortos, del 67% en las defunciones maternas, del 77% en las defunciones de recién nacidos, y casi se eliminaría la transmisión del VIH de la madre al recién nacido. Se estima que el rendimiento de las inversiones ascendería a US\$ 120 por cada dólar gastado. La estabilidad de la población reforzaría la sostenibilidad económica y reduciría los riesgos del cambio climático.

### **Caracterización del problema “Mortalidad Materna”**

La MM es un importante problema de salud pública y de derechos humanos en el mundo. En cada muerte materna coinciden el efecto de los determinantes sociales de la salud (DSS), como la pobreza y el género, y la vulneración de derechos sexuales y reproductivos. En el escenario actual de transición epidemiológica subsisten importantes inequidades en salud, tanto entre los paí-

ses como al interior de ellos. A pesar de los esfuerzos realizados, especialmente desde la formulación de los ODM, persisten importantes brechas para alcanzar las metas de reducir la MM y lograr el acceso universal a la salud reproductiva. De allí que los ODS ponen el acento en los DSS. De los 17 ODS, hay uno específico para salud, el ODS 3 y otros 4 directamente relacionados a mejorar la salud materna: Fin de la pobreza, Hambre cero, Educación de calidad e Igualdad de género. De 9 Metas a alcanzar, 4 se vinculan directamente con MM. Y los nuevos enfoques se respaldan en 2 documentos esenciales: la EM ya descrita, y el Plan estratégico de OPS, el cual reafirma la salud como elemento decisivo del desarrollo sostenible. Se centra en la reducción de las inequidades en salud con un enfoque multisectorial expresado en la estrategia “Salud en todas las políticas” con 4 temas transversales: **DDHH, Equidad, Género y Etnicidad**. El marco conceptual se basa en el modelo de DSS de la OMS, adaptado para MM. Esto implica trabajar sobre fallas estructurales del sistema de salud que condicionan brechas de accesibilidad, y sobre la deficiente capacidad resolutive de los servicios, especialmente en el manejo de la emergencia obstétrica. Pero también, priorizar el abordaje de los determinantes estructurales de inequidades en salud, mejorando la gobernanza, la articulación de Políticas Públicas generando sinergias entre Salud, Educación y Desarrollo Social, y considerando la cultura y los valores sociales de la población objetivo.

**La salud materna es una clara expresión de inequidades sociales:** la asociación entre MM e inequidad social se puede observar en el estudio de MM en Argentina de 2014: la MM aumenta en las provincias más pobres del norte, y las mujeres de comunidades indígenas (re-

presentando sólo el 7% de la población) concentran más de la tercera parte de las muertes maternas. Esta realidad se replica en la mayoría de los países de América Latina.

**Intervenciones y riesgos asociados al proceso reproductivo:** una nueva agenda de salud de la mujer deberá contemplar la manera de abordar los paradigmas de salud tradicionales. Para superar el enfoque clásico de MM, se debe reconocer y tomar en cuenta la morbilidad materna grave (MMG), incluidas las complicaciones potencialmente fatales (CPF) asociadas con el proceso reproductivo, desde una perspectiva anticipatoria, en consonancia con lo propuesto por la OMS.

La investigación sobre la “Epidemiología de Complicaciones Potencialmente Fatales asociadas con el proceso reproductivo” pudo estimar que, por cada muerte materna, 15 mujeres padecen MMG. La incidencia de “near miss” fue de 0.8%, similar a lo publicado por OMS. La tasa de uso global de intervenciones efectivas para tratar las principales causas de MM y MMG fue del 52.3%, lo que implica que la mitad de las mujeres pierden oportunidades de recibir prácticas que podrían salvar sus vidas. Otro elemento importante fue que se pudo estimar el peso de las diferentes complicaciones durante el proceso reproductivo, permitiendo plantear estrategias anticipatorias para maximizar el impacto en la reducción de MM y MMG. Así, la mirada debe centrarse no sólo en mejorar la capacidad de respuesta ante emergencias obstétricas (fase final en la cadena de eventos que llevan a una muerte materna), sino en el comienzo del proceso reproductivo: más de la mitad de las mujeres se embarazan sin haberlo planificado.

En contraposición al enfoque tradicio-

nal de la MM —generalmente limitado al análisis del número de muertes producidas y su estructura causal—, un enfoque integral debe contemplar también los aspectos del trabajo interdisciplinario y el análisis del problema a lo largo de todo el proceso reproductivo. A este análisis se deben integrar las instituciones que trabajan en temas relacionados con la MM y la investigación para la acción.

**Lecciones aprendidas en América Latina y el Caribe:** muestra del acontecer en la Región, reconociéndola como un verdadero campo de implementación de experiencias transformadoras.

**Prevenir el embarazo no planificado:** estrategia de reducción de riesgo y daño y el acceso a métodos anticonceptivos modernos (Uruguay y Argentina).

- **Acceso universal y calidad de atención:** múltiples iniciativas integran el modelo de Hogares Maternos, la conformación de redes, el manejo de emergencias obstétricas; y la incorporación de la perspectiva intercultural y el enfoque de derechos (Cuba, Brasil, Colombia y Ecuador).

- **RRHH calificados:** Iniciativa Cero muertes maternas por hemorragias (Bolivia, Guatemala, Haití, Perú y República Dominicana); Movimiento por el Parto Humanizado (Belo Horizonte, Brasil).

- **Información estratégica para la acción:** SIP orientado a la GESTIÓN (Argentina), investigaciones operativas sobre sífilis gestacional (Argentina y Perú), o desarrollos del SIP como el módulo Near-Miss, o la reciente aplicación para vigilancia de ZIKA y Embarazo.

## **2. Nuevos enfoques y propuestas para la implementación de un plan**



## **de acción para reducción de la MM (MM) y la morbilidad materna grave (MMG).**

Todo lo muy bueno realizado podría potenciarse si exploramos nuevos abordajes, reconociendo el valor y el protagonismo de los países en generar conocimientos y estrategias de implementación. Se presentan nuevos abordajes integrando MM y MMG en 3 grandes dimensiones: **Políticas informadas, Integración programática y Sistemas y servicios de Salud.** Se debe priorizar la integración de los programas de SSyR con los de Salud Materno-Infantil, Adolescencia y otros que aborden problemáticas de la mujer desde una perspectiva de curso de vida. Debe reconceptualizarse el modelo “de las 3 demoras” de Maine para analizar MM, con la incorporación de una cuarta demora (en realidad debiera ser la primera): demora en acceder a anticoncepción para la planificación oportuna del embarazo. Reducir la tasa de embarazos no planificados es, sin lugar a dudas, la medida más efectiva para reducir la MM. Asegurar una atención integral de la mujer en el proceso reproductivo (esto es necesidades de métodos modernos de planificación familiar cubiertas y servicios de salud adecuados para mujeres embarazadas) reduciría en casi 2/3 la MM, los embarazos no planificados y los abortos en situación de riesgo.

### **Tránsitos a considerar en la formulación de un Plan de Acción de Reducción de la MM**

Partiendo del marco teórico antes descrito, el desarrollo del plan de acción para reducir MM debe contemplar un abordaje integral que reconozca nuevos tránsitos.

- **Tránsito de paradigmas:** pasando del

enfoque centrado en la MM a otro incluyendo la MMG.

- **Tránsito en las políticas:** incorporando el concepto de **salud materna en todas las políticas**, poniendo el centro en la **equidad, acceso y cobertura universal**, y **acción multisectorial** (participación de todos los sectores involucrados).

- **Tránsito en los determinantes sociales:** incluyendo el conocimiento de la **interseccionalidad**, que hace al análisis de la interacción de los distintos determinantes sociales.

- **Tránsito en los programas:** adoptando el **enfoque de curso de vida** y evitando la fragmentación e integrando los enfoques transversales ya mencionados.

- **Tránsito en los sistemas de salud:** mejorando la **Calidad de cuidado (acción basada en la evidencia)** y **eliminando todo tipo de barreras incorporando la perspectiva intercultural.**

- **Tránsito metodológico:** incluyendo herramientas de la etno-epidemiología, epidemiología social y epidemiología clínica con énfasis en indicadores de desigualdad.

- **Tránsito en la participación de la comunidad:** mediante el empoderamiento, la autonomía, la capacidad de agencia y el ejercicio de los derechos.

### **Claves para la implementación de un Plan de Acción para la reducción de la MM y MMG.**

- Se debe efectuar un conocimiento exhaustivo de la realidad nacional y su heterogeneidad, así como un reconocimiento de los avances, desafíos y “cuellos de botella” que se verificaron en los últimos años.

- No hay posibilidad de éxito en reducir MM si no se logra el compromiso político del más alto nivel posible. Lograr un aumento del financiamiento en salud, especialmente a través de seguros y/o programas presupuestales con afectación específica para la reducción de la MM.
  - Dentro del sector Salud, priorizar acciones contemplando la representatividad territorial en regiones con mayor MM y/o riesgo de enfermar gravemente o morir por enfermedades de alto impacto como el paludismo.
  - La Regionalización Sanitaria es un tema medular: categorización de los servicios en función de su capacidad resolutoria; aumento del parto institucional de población rural y pueblos originarios; cubriendo demandas por traslados; y promoviendo un verdadero diálogo intercultural en salud.
  - Mejorar la Calidad de Atención es un desafío: para lograrlo se promoverá el uso sistemático de prácticas perinatales beneficiosas basadas en evidencia.
  - La problemática del RRHH en salud debe contemplar su contratación, desarrollo, capacitación y retención al sistema contemplando una política de incorporación de RRHH de pueblos originarios.
  - Garantizar y Fortalecer Servicios integrales de SSyR especialmente para Adolescentes y Jóvenes, donde la ESI y uso efectivo de Ac. Emergencia son claves.
  - Crear o fortalecer hogares maternos existentes integrándolos a la red de atención perinatal (intervención orientada a cerrar brechas de accesibilidad oportuna a servicios de salud).
  - Fortalecer los sistemas de información: implementar el SIP orientado a la Gestión; uso de salas de Situación con múltiples fuentes, y poniendo foco en indicadores de desigualdad.
  - Otros sectores con los cuales es imprescindible articular son: Educación, Desarrollo Social, Ministerio de la Mujer, y Poblaciones Vulnerables; y los poderes Legislativo y Judicial.
  - Otros aspectos centrales: Prevenir la violencia de género (sexual y doméstica) y la Plena vigencia de la interrupción legal del Embarazo para las causas previstas en cada país.
  - Participación de la Sociedad Civil y control social: ONGs y colectivos por la Salud de las mujeres, Materna y Neonatal.
  - Articulación Interagencial de la cooperación: se debe promover su alineamiento en torno a los temas críticos en función de líneas prioritarias y un horizonte común de acción.
- En síntesis, atendiendo a lo presentado debe observarse que un plan de reducción de la MM requiere reconocer la complejidad del tema y la necesidad de convocar a todos los actores involucrados, al mismo tiempo que reconocer el escenario de viabilidad que ofrece cada país en función de la capacidad instalada y los logros alcanzados.

## Referencias Bibliográficas

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción para la Salud de la Mujer, el Niño, la Niña y Adolescentes 2018-2030. 56.o Consejo Directivo. 70.a Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C., EUA, 23 al 27 de septiembre del 2018
2. Todas las mujeres, todos los niños. Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030) [Internet]. Nueva York: Todas las mujeres, todos los niños; 2015. Disponible en: <http://www.everywomanevery>

child.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC\_GSUpdate\_Full\_ES\_2017\_web.pdf.

3. Todas las mujeres, todos los niños América Latina y el Caribe. Compromiso a la Acción de Santiago [Internet]. Santiago: Todas las mujeres, todos los niños ALC; 2017. Disponible en: <http://www.apromiserenewedamericas.org/wp-content/uploads/2017/07/Compromiso-con-la-Accion-de-Santiago-Presidente-Bachelet-.pdf>

4. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Internet]. 53.o Consejo Directivo de la OPS, 66.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014; Washington, DC. Washington, DC: OPS; 2014 (documento CD53/5, Rev. 2). Disponible en: <https://www.paho.org/uhexchange/index.php/en/uhexchange-documents/informacion-tecnica/27-estrategia-para-el-acceso-universal-a-la-salud-y-la-cobertura-universal-de-salud/file>

5. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Asamblea General, septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 11 al 18 de septiembre del 2015; Nueva York, NY. Nueva York: Naciones Unidas 2015 [consultado el 12 de julio del 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>

6. Organización Panamericana de la Salud. Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030: Un llamado a la acción para la salud y el bienestar en la Región [Internet]. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana, 69.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas; del 25 al 29 de septiembre del 2017; Washington, DC. Washington, DC: OPS;

2017 (documento CSP29/6, Rev.3) [consultado el 15 de enero del 2018]. Disponible en:

[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=41947&Itemid=270&lang=es](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=41947&Itemid=270&lang=es)

7. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. 52.o Consejo Directivo, 65.a Sesión del Comité Regional. Washington, D.C., EUA, del 30 de septiembre al 4 de octubre del 2013. PLAN ESTRATÉGICO DE LA ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD 2014-2019. “En pro de la salud: Desarrollo sostenible y equidad”. Disponible en internet: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=23052&Itemid=270&lang=en](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=23052&Itemid=270&lang=en)

8. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). Geneva, World Health Organization, 2010. Disponible en internet: [http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH\\_eng.pdf](http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf)

9. UN Platform on Social Determinants of Health. Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach. Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health. Disponible en internet: [http://www.who.int/social-determinants/advocacy/UN\\_Platform\\_FINAL.pdf](http://www.who.int/social-determinants/advocacy/UN_Platform_FINAL.pdf)

10. Trends in maternal mortality: 1990 to 2015. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and the United Nations Population Division. WHO, Noviembre 2015. Disponible en Internet: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/en/>

11. Ramos S, Karolinski A, Romero M and Mercer R for the Maternal Mortality in Argentina Study Group. A comprehensive assessment of maternal deaths in Argentina: translating multicentre collaborative research into action. *Bulletin of the World Health Organization* 2007;85:615–622
12. Ramos, S; Romero, M; Karolinski, A; Mercer, R; Insua I; del Río Fortuna C. Para que cada muerte materna importe. Editorial: CEDES (Centro de Estudios de Estado y Sociedad). ISBN: 950-9572-25-X 122 páginas. Septiembre 2004
13. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, Mazzone A, Fontana O, Messina A, et al, and on behalf of AMBA Perinatal Network's Research Team. The epidemiology of life-threatening complications associated with reproductive process in public hospitals in Argentina. *BJOG*. 2013 Dec;120(13):1685–95
14. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: CD51/12. Washington: OPS; 2011. Disponible en internet: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_content&view=article&id=167%3Aplan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&Itemid=234&lang=es](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=167%3Aplan-de-accion-para-acelerar-la-reduccion-de-la-mortalidad-materna-y-la-morbilidad-materna-grave&Itemid=234&lang=es)
15. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave: estrategia de monitoreo y evaluación. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación Científica; 1593). Disponible en internet: [http://www.paho.org/clap/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slugg=publicaciones-sifilis&alias=297-es-trategia-de-monitoreo-y-evaluacion-del-plan-accion-morbimortalidad-materna-grave-5&Itemid=219&lang=en](http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&category_slugg=publicaciones-sifilis&alias=297-es-trategia-de-monitoreo-y-evaluacion-del-plan-accion-morbimortalidad-materna-grave-5&Itemid=219&lang=en)
16. Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. Iniciativa Cero Muertes Maternas por Hemorragia. Disponible en internet: <http://www.paho.org/cero-muertes-maternas-hemorragia/>
17. Organización Mundial de la Salud. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health. Disponible en internet: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742\\_report\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf?ua=1)
18. Karolinski A, Mercer R, Bolzán A. Proyecto Investigación operativa “Utilidad del Sistema Informático Perinatal (SIP-Gestión) para la vigilancia epidemiológica de la Sífilis materna y sífilis congénita en una red de hospitales públicos del Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina: informe final”. “Utility of the Perinatal Information System (SIP-Management) for epidemiological surveillance of maternal and congenital syphilis in a network of public hospitals in the Metropolitan Area of Buenos Aires, Argentina: final report”. Montevideo: CLAP/SMR; 2012. (CLAP/SMR. Publicación científica; 1592).
19. Bradley H, Tapia V, Kamb ML, Newman LM, Garcia PJ, Serruya SJ, et al. Can the Perinatal Information System in Peru be used to measure the proportion of adverse birth outcomes attributable to maternal syphilis infection? *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(2):73–9.
20. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C, et al. Modelo para abordar integralmente la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. *Rev Panam Salud Publica*. 2015

21. Karolinski A, Mercer R, Micone P, Ocampo C et al. Bases para establecer un sistema de vigilancia activa y respuesta rápida para el manejo de la morbilidad materna severa. *Revista Argentina de Salud Pública*. Vol. 6 - Nº 23 - Junio 2015, 7-15
22. Organización Panamericana de la Salud. Política de la OPS en materia de igualdad de género. 46.o Consejo Directivo de la OPS, 57.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 26 al 30 de septiembre del 2005, Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2005 (resolución CD46.R16). Disponible en internet: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/269/cd46.r16-s.pdf?sequence=2>
23. Organización Panamericana de la Salud. PLAN DE ACCIÓN PARA LA EJECUCIÓN DE LA POLÍTICA EN MATERIA DE IGUALDAD DE GÉNERO. 49.o Consejo Directivo de la OPS, 61.a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009, Washington (DC), Estados Unidos. Washington (DC): OPS; 2009 (resolución CD49.R12). Disponible en internet: [http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20\(Esp.\).pdf](http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49.R12%20(Esp.).pdf)
24. Organización Mundial de la Salud. Estrategia para incorporar el análisis y las acciones de género en las actividades de la OMS. 2009. Disponible en internet: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44046/1/9789243597706\\_spa\\_Text.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44046/1/9789243597706_spa_Text.pdf)
25. Hankivsky, O & Cormier, R. (2009). Intersectionality: Moving Women's Health Research and Policy Forward. Vancouver: Women's Health Research Network. Disponible en Internet: [http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2009\\_IntersectionalityMovingwomenshealthresearchandpolicyforward.pdf](http://bccewh.bc.ca/wp-content/uploads/2012/05/2009_IntersectionalityMovingwomenshealthresearchandpolicyforward.pdf)
26. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. *Salud indígena y derechos humanos: manual de contenidos* / San José, C.R.: IIDH, 2006 268 p. Disponible en internet: <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2089/campa%C3%B1a-educativa-salud-indigena-2008.pdf>
27. Salud de los pueblos indígenas de las Américas. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 3(4), 1998. Disponible en internet: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v3n4/3n4a9.pdf>
28. CEPAL. Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: una relectura desde el enfoque de derechos. Disponible en internet: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/41668/lcw346.pdf>
29. CEPAL. Observatorio de Igualdad de género de América Latina y el Caribe. Autor: Jaspers, Dirk - Montaña, Sonia. *Mujeres indígenas en América Latina: dinámicas demográficas y sociales en el marco de los derechos humanos*. Disponible en internet: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4100/S2013792\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4100/S2013792_es.pdf?sequence=1)
30. CEPAL / CELADE. Fabiana Del Popolo. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina. Disponible en internet: [http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3616/S2008122\\_es.pdf?sequence=1](http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3616/S2008122_es.pdf?sequence=1)
31. Ooms G, Brolan C, Eggermont N, Eide A, Flores W, et al. Universal health coverage anchored in the right to health. *Bulletin of the World Health Organization* 2013;91:2-2A. doi: 10.2471/BLT.12.115808. Disponible en internet: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/1/12-115808/en/>



OMS

## Mujeres y Niñas a lo largo del Curso de Vida

<https://www.who.int/life-course/news/women-and-girls-health-across-life-course-top-facts/en/>

### Embarazo, parto y recién nacido

1. Aproximadamente 303 000 mujeres murieron por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto en 2015. En todo el mundo, una de cada cinco mujeres aún no tiene acceso durante el parto a un profesional de la salud calificado, que podría prevenir o manejar la mayoría de las complicaciones.
2. Más del 10% de las mujeres en todo el mundo, y alrededor del 20% de las mujeres en los países en desarrollo, experimentan depresión periparto y posparto. Esto afecta gravemente la salud y el bienestar de las mujeres y el desarrollo temprano de sus hijos.
3. Se estima que 2.6 millones de muertes fetales ocurrieron a nivel mundial en 2015, el 98% de ellas en países de ingresos bajos y medios. A nivel mundial, uno de cada diez nacidos vivos es prematuro.
4. En algunos entornos, la discriminación por motivos de género puede llevar al aborto selectivo por sexo y al infanticidio femenino.
5. El riesgo de morir es mayor en el primer mes de vida, con 2.5 millones de muertes neonatales en 2017. La prematuridad, las complicaciones durante el pre-parto y el parto, y las infecciones como sepsis,

neumonía, tétanos y diarrea son causas principales, todas las cuales pueden prevenirse.

### Infancia y niñez temprana (1 mes-4 años)

1. 5.4 millones de niños menores de 5 años murieron en 2017. Los niños en África subsahariana tienen más de 14 veces más probabilidades de morir antes de los 5 años que los niños en países de altos ingresos.
2. Las principales causas de muerte en niñas y niños incluyen complicaciones en el parto prematuro, neumonía, asfixia al nacer, anomalías congénitas, diarrea y malaria, con tasas de mortalidad similares para niñas y niños. La mayoría de estas afecciones se pueden prevenir o tratar con intervenciones simples y asequibles.
3. En algunos entornos, la discriminación de género significa que las niñas tienen menos probabilidades de acceder a vacunas, servicios de salud y buena nutrición que sus homólogos masculinos.
4. Los niños en los hogares más pobres tienen casi el doble de probabilidades de morir antes de los cinco años que los de los más ricos, y la mayoría muere en el sur de Asia y en el África subsahariana.
5. Educar a las niñas y mujeres mejora los resultados de salud. Sin embargo, a pesar del progreso logrado en los últimos 20 años, las niñas son aún menos propensas que los niños a asistir a la escuela.



**Infancia tardía y adolescencia temprana (5–14 años).**

1. Las niñas de 5 a 9 años tienen un riesgo relativamente alto de morir por enfermedades infecciosas prevenibles, como infecciones respiratorias bajas, enfermedades diarreicas o malaria. Las infecciones de las vías respiratorias bajas también son la principal causa de muerte entre las adolescentes de 10 a 14 años de edad.

2. A pesar de las pequeñas mejoras en los últimos años, el VIH / SIDA sigue siendo la segunda causa principal de este grupo de niñas.

3. Durante la pubertad, las normas de género pueden imponer restricciones a la movilidad física de las niñas y al acceso a la información, lo que influye en su autoestima y en el comportamiento de búsqueda de salud a medida que pasan a la edad adulta. A nivel mundial, se estima que el 18% de las niñas, en comparación con el 8% de los niños, sufren abuso sexual en algún momento de su infancia. Se estima que 120 millones de niñas adolescentes han tenido relaciones sexuales forzadas u otros actos sexuales forzados.

4. Los problemas nutricionales son un problema importante. El sobrepeso y la obesidad pueden conducir a muerte prematura y discapacidad más adelante, mientras que las niñas pueden experimentar anorexia nerviosa y otros trastornos de la alimentación. La anemia por deficiencia de hierro afecta a un número importante de niñas adolescentes.

5. La vacunación de adolescentes jóvenes contra el VPH previene el cáncer cervical en la vida adulta.

**Adolescencia tardía y juventud (15–24 años).**

1. Las principales causas de muerte en mujeres de 15 a 24 años son afecciones maternas, autolesiones, lesiones viales, VIH / SIDA, enfermedades diarreicas y tuberculosis. Los trastornos depresivos, relacionados con la autolesión y el suicidio, son las principales causas de mala salud. El África subsahariana es la región que tiene la mayor carga de VIH entre las adolescentes y las jóvenes.

2. Las mujeres jóvenes y las niñas están sujetas a una variedad de prácticas dañinas y violencia, incluido el matrimonio precoz. Cada año, 12 millones de niñas se casan antes de los 18 años. Además, 12.8 millones de nacimientos ocurren entre niñas adolescentes de 15 a 19 años, y 3.9 millones de abortos inseguros ocurren entre niñas de 15 a 19 años cada año, lo que contribuye a la mortalidad materna y a problemas de salud duraderos.

3. Al menos 200 millones de niñas y mujeres han sido sometidas a mutilación genital femenina (MGF), incluidas aproximadamente una de cada tres niñas de 15 a 19 años en 30 países en los que se concentra la práctica. Esta práctica contribuye a una serie de resultados adversos para la salud.

4. La violencia de género se convierte en un problema importante y continuará en la vida posterior.

5. Los datos muestran que la falta de poder de decisión tiene un profundo impacto en la salud de las niñas y mujeres jóvenes. Por ejemplo, el 52% de las adolescentes y mujeres jóvenes de áreas rurales y el 47% de áreas urbanas en 28 países de África subsahariana necesitan la aprobación de sus esposos / familiares para tomar decisiones sobre su propia atención médica.

**Edad adulta temprana (25–49 años)**

1. El VIH / SIDA sigue siendo la principal causa de muerte entre las mujeres dentro de este grupo de edad en todo el mundo. Las enfermedades no transmisibles, específicamente las enfermedades del corazón son la segunda causa principal. La tuberculosis es otra amenaza importante.

2. 214 millones de mujeres en edad reproductiva en regiones en desarrollo que quieren evitar el embarazo no están usando un método anticonceptivo moderno. El 44% de los embarazos son involuntarios, y esto resulta en aproximadamente 56 millones de abortos cada año, la mitad de los cuales son inseguros. Durante o después del embarazo, las mujeres pueden desarrollar o ser diagnosticadas con condiciones de salud que incluyen depresión, fístula obstétrica, hipertensión y diabetes, todo lo cual puede requerir atención a largo plazo.

3. En todo el mundo, los cinco tipos de cáncer más comunes entre las mujeres son los de mama, pulmón, colorrectal, cervical y estómago.

4. Las mujeres tienen más riesgo de depresión y ansiedad que los hombres. Los factores de riesgo asociados incluyen el estatus de subordinación de las mujeres, factores estresantes y experiencias negativas de la vida, incluida la violencia y la carga desproporcionada de la atención de los demás.

5. Una de cada tres mujeres experimenta violencia física y / o sexual, en su mayoría por una pareja íntima en algún momento de su vida.

**Edad media adulta (50–64 años)**

1. Las mujeres enfrentan múltiples problemas de salud en sus años posteriores

a la reproducción. Las mujeres pueden enfrentar afecciones crónicas, como fístula obstétrica, dolor pélvico e incontinencia como resultado de sus embarazos. Estos problemas son más comunes en los países de ingresos bajos y medios, particularmente en lugares donde la fertilidad es alta y las mujeres no tienen acceso a atención médica de buena calidad para el embarazo y el parto.

2. El cáncer cervical es una de las causas más comunes de muerte entre las mujeres: en todo el mundo, una mujer muere de cáncer cervical cada dos minutos. Casi el 90% de las muertes por cáncer cervical son mujeres que viven en países de ingresos bajos y medios. Las mujeres que viven con el VIH tienen un riesgo particularmente alto de contraer cáncer cervical, ya que tienen 4-5 veces más probabilidades de experimentar una infección persistente por VPH y, en consecuencia, cáncer cervical.

3. El cáncer de mama se está convirtiendo en un problema cada vez mayor en los países de ingresos bajos y medios. La edad en el primer embarazo, el número de embarazos y el historial de lactancia pueden influir en el riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de mama.

4. Las enfermedades cardíacas y los accidentes cerebrovasculares son causas importantes de muerte y discapacidad en las mujeres tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo, y especialmente en las mujeres pobres. Las mujeres con enfermedades cardíacas tienden a presentar síntomas diferentes a los de los hombres y tienen menos probabilidades de buscar o recibir asistencia médica y de ser diagnosticadas adecuadamente hasta el final del proceso de la enfermedad.

5. Si bien se han hecho mejoras en la salud de las mujeres, las mujeres tienen menos probabilidades de tener acceso a las

investigaciones y el tratamiento adecuados, y es más probable que estén poco representadas en la investigación.

### **Edad adulta (65 a 79 y 80 años y más)**

1. Independientemente de dónde vivan, las principales causas de muerte de mujeres en esta etapa de la vida son las enfermedades cardíacas, los derrames cerebrales y las enfermedades pulmonares crónicas. Muchos de estos están asociados con factores de riesgo modificables en la adolescencia y en la adultez temprana, incluyendo fumar, dietas poco saludables y estilos de vida sedentarios.

2. Las mujeres mayores de 65 años tienen tasas mucho más altas de lesiones debido a la caída que los hombres, posiblemente relacionadas con fragilidad, osteoporosis y otras enfermedades crónicas subyacentes. Fracturas consecuentes, limitan la calidad de vida y la capacidad funcional. Estas a menudo se ignoran porque se consideran incorrectamente como una parte inevitable del envejecimiento o menos graves que las afecciones como la enfermedad cardíaca o el cáncer.

3. La demencia es más común entre las mujeres que los hombres en este grupo de edad.

4. Las mujeres de 60 años y más también experimentan una mayor pérdida de las capacidades funcionales que los hombres, incluida la pérdida de visión y audición, y tienen menos probabilidades de recibir tratamiento o ayudas de apoyo para estas condiciones.

5. Cuando las mujeres mayores viven solas, pueden ser víctimas de abusos de personas mayores, incluso debido a su acceso limitado a las protecciones sociales y financieras (por ejemplo, pensiones, beneficios de empleo). Esto a su vez afecta su acceso a la atención médica.

En cada fase de la vida, las mujeres y las niñas tienen necesidades y oportunidades específicas para optimizar su salud y bienestar. La salud también está vinculada a través de las fases de la vida. Un enfoque de curso de vida ayuda a optimizar la salud y el bienestar de las personas en todas las edades. Se basa en estrategias basadas en la evidencia y el derecho al más alto nivel posible de salud.

# Reflexiones a partir del encuentro

**Raúl Mercer – Carlota Ramírez – Karina Cimmino**

- El conversatorio surgió como consecuencia de la necesidad de debatir en torno a la salud de las mujeres en nuestro país. En este sentido, la expresión de las participantes fue el resultado de la significación que cada institución representada le asignaba a los temas emergentes.
- La síntesis del presente documento refleja los aportes sustantivos representada en las/os profesionales convocadas/os.
- El hecho de considerar al enfoque de curso de vida como el eje sobre el cual se fueron vertebrando los conocimientos y experiencias permitió acercar las problemáticas de salud a las trayectorias vitales de las mujeres, además de reconocer las interrelaciones que acontecen a lo largo de la vida. Este aspecto difiere del que generalmente se considera desde la lógica de los programas y políticas de salud, en los que la enfermedad y el sujeto descontextualizado, actúan como ejes problematizadores.
- Es este el caso de las violencias, temática que aparece a lo largo de todo el curso de vida mediante diferentes configuraciones y manera de expresión. De allí la importancia de inscribir y reconocer a las violencias al conformar las biografías de las mujeres en sus diferentes entornos y etapas de la vida.
- Han surgido, cuestiones vinculadas al contexto social, tales como las distintas infancias según las territorialidades, las capas de vulnerabilidad, la falta de datos sobre desarrollo infantil y las carencias en la formación de los profesionales para abordar los problemas mencionados.
- Argentina, al igual que otros países de América Latina, se encuentra en un proceso de transición de paradigmas de la niñez desde la supervivencia a la calidad de vida. Es importante reducir las muertes pero también garantizar una buena calidad de vida a la mayoría de niñas y niños que sobreviven.
- Fueron identificados facilitadores, como es el movimiento feminista y la puesta en agenda de la defensa de los derechos de las mujeres.
- Se presentaron estrategias como: las de formación (de grado y en servicio) y de los distintos sectores, la educación sexual, y la necesidad de que esta última sea considerada e implementada de forma integral, ya que si bien está muy presente en los discursos, hay todavía bastante desconocimiento de lo que esto supone.
- La construcción de las identidades es constitutiva del desarrollo temprano. Se destaca la importancia de considerar las pautas de crianza en las familias, como así también la construcción de estereotipos durante los primeros años.

- Se hizo referencia a la importancia de políticas de promoción de la salud y desarrollo, que se centren en promover las potencialidades de la niñez y adolescencia y no solo en los factores de riesgo.
- Se destacó el enfoque de derechos y la importancia de su incorporación en las políticas y prácticas de salud de la mujer a lo largo del curso de vida.
- Se destaca la importancia creciente de los movimientos sociales en Argentina y su incidencia en el campo de la salud y en las prácticas.
- Las inequidades durante la adolescencia están condicionadas por las interseccionalidades asociadas a determinantes estructurales como la pobreza, la educación, y las construcciones de género que limitan el acceso a la información, a la capacidad de agencia y se reflejan en los gradientes de salud (embarazos tempranos, violencias, consumos), observados en dicha población.
- Se plantea la necesidad de generar alianzas que permitan ampliar la agenda de la salud de las mujeres y no quedar restringidas/os en temas puntuales.
- Se reconoce el fortalecimiento de los grupos que se oponen al avance en el campo de los derechos de las mujeres. Se plantea la necesidad de desarrollar estrategias y argumentos para confrontar sus discursos. En este sentido se señaló la importancia de considerar que toda agenda que implique una ampliación de derechos y promueva la autonomía de las mujeres va a generar resistencias desde los sectores más conservadores. Se debatió sobre el tema del cuidado, la importancia de incluirlo de manera transversal ya que afecta a las mujeres en general y particularmente a la mujer adulta mayor, teniendo un impacto en la salud.
- Existe la necesidad de promover la producción y generación de conocimientos y evidencias científicas como cuerpo argumental para contraponer los discursos y campañas que intentan imponer dogmas al conjunto de la población, atentando contra la libertad para decidir, la autonomía y la capacidad de agencia.
- Las leyes y normas que son referentes en la producción de modificaciones, como fue el caso del fallo FAL para la accesibilidad abortos legales según lo estipulado por el Código Penal. sin embargo, las prácticas sanitarias no se transforman automáticamente . Para esto, es necesario un proceso de debate, capacitación y reflexión al interior de los equipos de salud.
- Se destacó la importancia de considerar la accesibilidad al misoprostol para garantizar interrupciones de embarazo seguras.
- En salud materna, se plantea la necesidad de realizar un tránsito desde la mortalidad materna a la morbilidad materna grave a fin de evitar que las muertes acontezcan.
- Se propuso modificar el modelo de las tres demoras de Maine para la reducción de la mortalidad materna, al cual se le suma una cuarta demora (la primera) correspondiente a la demora en el acceso a los programas de salud reproductiva.
- Existen aún poblaciones invisibilizadas: personas con discapacidad, pueblos originarios, mujeres rurales, los colectivos trans. La invisibilización compromete el ejercicio de los derechos, entre ellos, el derecho a la salud.
- Se planteó la necesidad de integrar de manera transversal las distintas miradas y problemas como es el caso de la salud bucal.

- Aprovechamiento de los marcos internacionales y regionales existentes, como el Consenso de Montevideo, un documento que refleja la voz de la sociedad civil en las políticas públicas de la región.
- Dados los tiempos y perfiles de los participantes, haya temas que no fueron abordados en profundidad o extensión (como es el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) como el cáncer, la diabetes, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y la salud mental entre otras), sin embargo, por su relevancia también deben ser considerados para analizar y repensar en su inclusión en las políticas de salud de la mujer de nuestro país..