

V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en
Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos
Aires, Buenos Aires, 2013.

Promoviendo el acceso de las mujeres y varones a los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género.

Berra, Andrea.

Cita:

Berra, Andrea (2013). *Promoviendo el acceso de las mujeres y varones a los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género. V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-054/280>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

PROMOVIENDO EL ACCESO DE LAS MUJERES Y VARONES A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DESDE UNA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Berra, Andrea

Cátedra Regional UNESCO Mujer, Ciencia y Tecnología en América Latina

Resumen

Los interrogantes que guían este estudio tienen como objetivo problematizar cuestiones acerca de la oferta y demanda de los servicios de salud sexual y reproductiva que posicionan de manera diferente a mujeres y varones. Habitualmente, los programas de salud sexual y reproductiva focalizan la atención en la salud de las mujeres, en particular de aquellas que están en edad fértil, y dan por resultado un mayor acceso de estas a las consultas. La existencia de diferencias significativas en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva en varones y mujeres y su asociación con los determinantes sociales de género son algunos de los análisis que se plantean en el presente trabajo. Una de las conclusiones relevantes de este estudio es la necesidad de ampliar la oferta de los servicios de salud sexual y reproductiva a los varones. Esta acción se podría lograr planificando políticas y líneas de intervención que promuevan valores esenciales para la equidad de género y la incorporación del abordaje de la pluralidad de masculinidades desde la perspectiva de género.

Palabras clave

Salud, Sexual, Reproductiva, Género, Acceso, Mujer, Varones

Abstract

PROMOTING MEN AND WOMEN EQUAL ACCESS TO SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH SERVICES FROM A GENDER PERSPECTIVE
The following paper aims at discussing some questions regarding the unequal access of men and women to sexual and reproductive health services. These services tend to focus their attention on women's health -especially those at reproductive age-, which in turn leads to a higher rate of health service consultation in women. This significant differences in health services accessibility and their relation with gender determinants are some of the analyses hereby contemplated. One of the most relevant conclusions of this research is the need to broaden the supply of sexual and reproductive health services to men. This can be achieved through the design and planning of actions and policies that promote gender equality values, and the incorporation of the Multiple Masculinity approach to health services from a gender perspective.

Key words

Health, Sexual, Reproductive, Gender, Access, Women, Men

La existencia de diferencias significativas entre la salud de las mujeres y los varones, de su asociación con las relaciones de género y los determinantes sociales de la salud, y la preocupación por la necesidad de la ampliación de servicios de salud sexual y reproductiva hacia la incorporación de la perspectiva de género, son algunos de los debates que actualmente deben estar presentes en la programación de los servicios de salud sexual y reproductiva para contribuir a la reducción de la inequidad de género en el acceso a la salud.

Los interrogantes que guían este estudio problematizan cuestiones acerca de la oferta y demanda de los servicios de salud que posicionan de manera diferente a mujeres y varones, ya que habitualmente los programas de salud sexual y reproductiva se focalizan en la atención de la salud de las mujeres, lo que da por resultado en las consultas un mayor acceso de mujeres que de varones a los servicios, y en particular de mujeres en edad fértil (aproximadamente entre 15 y 45 años).

Marco Teórico:

El análisis de género permite una comprensión en profundidad de la situación entre hombres y mujeres, sus distintas necesidades, prioridades e intereses (Peiró Perez, R. et al. 2007). Al mismo tiempo nos permite entender por qué existen estas desigualdades, es decir, cuáles son los múltiples factores psicológicos, sociales, políticos y económicos que la determinan. El objeto de interés en materia de género no son la mujer o el hombre, sino las relaciones de desigualdad social entre ellos y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas (Gomez Gomez, E. 2002). Existe suficiente evidencia para afirmar que la diferencia entre los géneros, es decir la división social del trabajo y el poder por sexo, establece una estrecha vinculación entre los perfiles epidemiológicos de una población y las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud (Gómez Gómez, E. 1994, 2002). Considerando el acceso a la salud sexual y reproductiva de la población en general, a continuación presentaré un breve recorrido por algunos hechos históricos que posiblemente dejaron huella en el acceso diferencial de mujeres y varones a los programas de salud sexual y reproductiva. La política de salud sexual y reproductiva en la Argentina se caracterizó en el inicio por una política pronatalista que rechazó las distintas formas de planificación familiar. En la década del '60, con el desarrollo de los métodos anticonceptivos orales (las píldoras), se desarrollaron actividades de apertura en los distintos sectores de salud (público y de seguridad social). Pero en el año 1974 el gobierno nacional aprobó el Decreto Nro. 659/74 que prohibía toda acción directa o indirecta de planificación familiar en los hospitales públicos y en la seguridad social, y establecía la venta de anticonceptivos con recetas triplicadas, como los psicotrópicos. En el año 1978, el gobierno dictatorial aprueba el Decreto

Nro. 3938, el mismo reitera y ratifica lo establecido en el Decreto Nro. 659/74. Recién con la llegada de la democracia, y el año 1986 se reconocen los derechos reproductivos como derechos humanos derogándose este último decreto de la dictadura militar (FEIM, 2009). Igualmente, la sola existencia de la norma técnica no fue suficiente para el desarrollo de programas y acciones de promoción de salud sexual y reproductiva.

Debieron pasar varios años de lucha, con conflictos y enfrentamientos entre diversos actores para ir conformando el escenario de los derechos de salud sexual y reproductiva en nuestra sociedad, haciendo posible su consideración en la agenda política de los gobiernos y en la culminación del establecimiento de leyes, programas y acciones que promuevan dichos derechos. Entre estos actores se destacan las mujeres y organizaciones de la sociedad civil, las agencias de cooperación internacional, los profesionales de salud e investigadores y el Estado entre otros.

Este escenario fue cambiando acorde a los posicionamientos y cuotas de poder de los diversos actores, pasando por un momento donde se establecieron acciones eminentemente represivas acompañadas de un importante consenso de sectores conservadores de nuestra sociedad que bregaban por las políticas promaternalistas. Desde los años 70' hasta mediados de los 80', se invocaron razones de Estado para fundamentar esas decisiones públicas producidas en materia de políticas de población (Checa, Susana; 2009).

Por lo tanto, el advenimiento de la democracia en 1983 produce el primer giro importante en la temática. El Estado, en términos de políticas públicas, comienza a revisar las acciones producidas y las normativas. A mediados de 1986, se derogó una batería de decretos y leyes restrictivas y comienzan a sucederse una serie de hechos relevantes como por ejemplo la creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable en la ciudad de Buenos Aires destinado a suministrar asistencia en anticoncepción a la población beneficiaria de los servicios de salud pública.

A partir del año 2000, con el advenimiento de la Ley Nro. 418, de Salud Reproductiva y Procreación Responsable, la Ciudad Autónoma de Buenos Aires comienza a regularse con una legislación específica en ese ámbito, y desde el año 2003, con la ley Nacional Nro. 25.673, se crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable a nivel de todo el ámbito nacional. Por lo tanto, es importante destacar que en la Ciudad de Buenos Aires, en el sector salud, ya existía el Programa de Salud Sexual y Reproductiva con anterioridad al programa nacional.

En la última década se han sancionado todo un cuerpo de leyes que refuerzan el espíritu de estas primeras, atendiendo a aspectos tales como la prevención de la violencia, el derecho a la identidad sexual y a la educación sexual y reproductiva que también se relacionan con la ampliación y el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos. Entre estas leyes cabe mencionar a Ley 26.130/2006 (Ley nacional de anticoncepción quirúrgica - ligadura y vasectomía), a la Ley 26.485/2009 (Ley de Protección Integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que se desarrollen sus relaciones interpersonales - artículo 6; inc b: violencia institucional contra las mujeres; inc d: violencia contra la libertad reproductiva; inc e: violencia obstétrica), a la Ley Nacional 26.150/2006 (Ley de Educación Sexual Integral), la Ley Nacional 26.743/2012 (Ley de Identidad de Género), la Ley Nacional 26.618/2010 (Ley de Matrimonio Igualitario). Asimismo en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires contamos con la Ley Básica de Salud N° 153/1999 y la Ley 114/1999, de Protección Integral de derechos de niños, niñas y adolescentes, que les dan un marco específico y de apoyatura en local a estas leyes Nacionales.

En términos globales destacamos que el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva forma parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio comprometidos por la Argentina en la Conferencia de Población y Desarrollo de Cairo en 1994. Es, por lo tanto, una de las metas de la política sanitaria nacional, entendiéndose que “el acceso a todos los métodos anticonceptivos sin restricciones, es necesario para asegurar que mujeres y varones se encuentren en igualdad de condiciones para decidir con autonomía sobre su vida reproductiva.”

Si bien en la normativa nacional y sugerencias internacionales existe este principio de igualdad como meta en una política sanitaria, es interesante detenernos en pensar sobre por qué los hombres consultan menos que las mujeres en los servicios de salud sexual y reproductiva: esta situación ¿es el resultado de una dificultad inherente a los varones, pues sus conductas y actitudes son acordes a las características de un modelo de masculinidad dominante que los condiciona, o es que no existen servicios de salud que consideren en su programación a los varones como actores sociales relevantes junto a las mujeres?

Una de las tensiones que pueden experimentar los hombres con respecto al acceso a los servicios de salud es precisamente la existencia de un Modelo Hegemónico de Masculinidad o el reconocimiento de una Pluralidad de Masculinidades. Existe un amplio acuerdo en que la masculinidad no se puede definir fuera del contexto socioeconómico, cultural e histórico en que están insertos los varones y que es una construcción cultural que se reproduce socialmente (Olavarría, José; 2012).

Esta idea de pensar a la masculinidad como una construcción cultural nos permite reconocer su íntima relación con la existencia de un sistema de sexo/género, por lo que cómo se construya al género se construirá a la masculinidad. Como nos explica R. W. Connel (2003) el concepto de masculinidad es inherentemente relacional, por lo que, la masculinidad no existe más que en oposición a la femineidad. A la vez, la masculinidad es “un lugar en las relaciones de género”, en las prácticas a través de las cuales los hombres y las mujeres ocupan ese espacio en el género (Connel, R; W; 2003). Con respecto a la salud de los varones, los estudios de género masculino muestran que los hombres tienen un particular estilo de vida que favorecen ciertos problemas de salud, siendo un factor de riesgo prioritario para su salud la existencia del Modelo Social de la Masculinidad Tradicional Hegemónica en el que son socializados, y no el hecho de nacer con el sexo masculino (Bonino, L; 2001). Los valores que transmite este modelo (autosuficiencia, belicosidad heroica, autoridad sobre las mujeres, entre otros) hacen que sus modos de vida estén marcados por el control de sí y de los demás, el riesgo, la competitividad y el déficit de comportamientos de cuidado para su salud.

Asimismo las instituciones se configuran de maneras diferentes según las relaciones de género, es decir que el género como determinante social interactúa con la etnia y la clase social, generando diferentes configuraciones según las características de las instituciones, públicas o privadas, de educación, justicia, salud, etc. De esta forma, en diferentes contextos de clase y etnicidad, se presentan diferentes visiones de masculinidad que necesitan explorarse con cuidado (Seidler, V; 2006) para no engañarnos con visiones homogenizadoras y unificadoras de la masculinidad.

Al pensar cómo se configuran las instituciones de salud según las relaciones de género, nos encontramos también que las acciones y programas de salud sexual y reproductiva responden a una configuración femenina, siendo uno de los objetivos primordiales de la ofer-

ta de los servicios de salud reproductiva abordar las demandas de anticoncepción de las mujeres en edad fértil; asimismo muchas de las acciones en comunidad propician la participación de las mujeres como únicas referentes y responsables de la salud de la familia, dejando por fuera la importancia de la participación de los varones en la distribución del poder y en la toma de decisiones de la familia y en la comunidad. Asimismo, en muchos casos, las instituciones sanitarias se alían como una más de las instituciones patriarcales, afianzando el mandato masculino e impregnado con esa ideología a las prácticas e intervenciones en salud (Bonino, L; 2001).

Hipótesis y Conclusiones:

Podemos hipotetizar que los servicios de salud sexual y reproductiva visualizan a los varones como meros observadores de la reproducción y procreación de las mujeres. Es necesario promover desde los servicios de salud la participación activa de los hombres, generando una transformación de su rol pasivo y expectante ante la procreación, embarazo, parto y /o aborto a la asunción de una responsabilización conciente y comprometida con las parejas y/o mujeres.

En esta línea de acción, El Programa de Acción del Cairo (1994) y la Plataforma de Acción de Beijing (1995) intentan de alguna manera involucrar a los varones en la salud sexual y reproductiva de las mujeres tratando de comprender las conductas y actitudes que ellos tienen con su propia salud sexual y reproductiva y promoviendo acciones para prevenir riesgos en la salud de los varones.

Pensar en sistemas de salud accesibles para todas y todos es incorporar la perspectiva de género en la planificación de los programas y/o acciones y de esta forma contribuir a la reducción de las inequidades en salud. La equidad de género en materia de salud sexual y reproductiva exige políticas que garanticen que las mujeres y varones sean tratados por igual en los casos que tengan necesidades en común y en las situaciones en que sus vulnerabilidades sean diferentes se las evalúe y aborde de manera equitativa. La adopción de políticas de igualdad y equidad de género en salud, exige transformaciones que van desde cambiar las prácticas sobre la salud y enfermedad de mujeres y varones, incorporando la perspectiva de género y la conceptualización sobre las masculinidades, hasta el diseño de estrategias diferenciales de atención. Por lo tanto, necesitamos redefinir la forma en la cual se conciben los problemas de salud en las mujeres y en los varones, replantear los objetivos de las políticas y los servicios, concebir las soluciones y metas y fijar los alcances éticos de lo que significa el derecho humano a la salud (García Prince, E. 2005).

Desde la Salud Pública, el interés por las desigualdades de género existe porque esta situación de salud diferenciada se produce por la consistencia epidemiológica de que el género es un determinante de la salud (Peiró Pérez, R. et al, 2004). En muchas circunstancias las vulnerabilidades sociales son los factores determinantes primordiales de los resultados de morbi-mortalidad injustos. Asimismo la autonomía de las mujeres, su emponderamiento, no se lo puede analizar sin su interacción con el desarrollo de las identidades masculinas y su dominación.

En consecuencia, uno de los desafíos actuales en salud sexual y reproductiva debería ser desconstruir y transformar el modelo dominante del sujeto y generar que la influencia de la igualdad se extienda a todas las instancias de la vida social (Figueroa Perea, J; 2006) mediante acciones que incorporen el acceso de los hombres y que consideren no sólo la detección y tratamiento temprano

del cáncer de próstata y testículos sino que también promuevan valores esenciales para la salud integral de mujeres y varones, la responsabilización por el cuidado de los hijos e hijas y la incorporación de la perspectiva de género y el enfoque de una Pluralidad de Masculinidades en el abordaje de la salud sexual y reproductiva.

A modo de cierre:

Actualmente, no podemos hablar de una sola masculinidad o una sola forma de ser hombre, por lo que es esencial que los equipos de salud estén capacitados en el abordaje de la perspectiva de género y el enfoque de las masculinidades para reconocer las vulnerabilidades diferenciales tanto de mujeres y de varones, comprendiendo de esta manera a los determinantes sociales de la salud como componentes primordiales en la planificación de los planes, programas y/o proyectos sanitarios.

Una propuesta impostergable es seguir propiciando investigaciones sobre estudios de género y generando capacitaciones del equipo de salud para crear condiciones que propicien el acceso de las mujeres y varones como usuarias/os asiduos de los servicios de salud sexual y reproductiva en forma participativa y equitativa.

BIBLIOGRAFIA

Bonino, L. (2001) Salud, varones y masculinidad, comp. Lozoya J; Bedoya, Voces de Hombres por la Igualdad, Madrid, Editado Chema Espada.

Checa, S. (2009) El dilema real de los derechos sexuales y reproductivos: entre las estrategias de la política y las garantías del derecho, política y las garantías del derecho, Buenos Aires, Documento UNESCO Mujer CyT-FLACSO.

Connell, R.W. (2003) Masculinidades, La organización social de la masculinidad. México. PUEG/UNAM.

FEIM (2009) Derechos Sexuales y Reproductivos de la población migrante en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Buenos Aires, OIM.

Figueroa Perea, J. (2006) ¿Y si hablamos de derechos humanos en la reproducción, podríamos incluir a los varones? en Careaga, Gloria y Salvador Cruz, Debate sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. México OUEG/UNAM. Pp 403-427.

García Prince, E. (2005) Igualdad y Equidad de Género en Políticas de Salud, Hernán Málaga (Ed.) Salud Pública. Enfoque Bioético. Caracas: Desinlimed.

Gómez Gómez, E. (1994) La salud y las mujeres en América latina y el Caribe. Viejos problemas y nuevos enfoques. Serie Mujer y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud,17.

Gómez Gómez, E. (2002) Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica". Revista Panamericana de Salud Pública, 11, 5-6.

Olavarría, J. (2012) Masculinidades y Género, Buenos Aires. Documento PRIGEPP-FLACSO.

Peiró, R., Ramóna, N., Álvarez-Dardet, C., Colomer, C., Moya, C., Borrell, C., Plasència, A., Zafrag, E. y Pasarin, M. (2004) Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. Madrid. Gaceta Sanitaria 18 (Supl 2):36-46.

Peiró Pérez, R., Vives Caces, C., Alvarez Dardet, C., Más Pons, R. (2007) El análisis de políticas con enfoque de género y salud. Buenos Aires: Documentos PRIGEPP.

Plataforma de Acción de Beijing (1995)

Programa de Acción del Cairo (1994)

Seidler, V. (2006) Masculinidades, hegemonía y vida emocional, en Careaga, Gloria y Salvador Cruz, Debate sobre masculinidades. Poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía. México OUEG/UNAM. Pp 147-157.