VIOLENCIA
CONTRA
LAS MUJERES
QUIEN
CALLA
OTORGA

Prólogo

Dra. Carme Valls-LLobet[1]

Quien calla otorga, va más allá de las guías de prevención de violencia de género. Sus autoras a las que felicito desde el principio por la iniciativa y por la profundidad de sus investigaciones y propuestas, nos abren los ojos a la violencia que no vemos, a la violencia invisible y a las omisiones cotidianas, a las no-acciones que por omisión, acaban otorgando el permiso para que otros ejerzan la violencia.

Dirigido a las y los profesionales de la salud y a las personas que trabajan en el espacio socio-sanitario se atreve a desvelar conceptos y situaciones que durante años han permanecido invisibles. Los estereotipos de género patriarcales se han introducido, durante siglos, en el imaginario de los seres humanos y han contribuido a considerar a las mujeres como seres Inferiores, e Invisibles, ya que su inferioridad "natural" hacía innecesario visibilizar ningún aspecto, ni sus acciones, ni sus discursos, pero a las que era necesario Poseer para asegurar la paternidad de las hijas e hijos concebidos y Controlar encerrándolas en harenes, cocinas o todo tipo de hogares, limitando sus salidas, sus gastos y limitando también la capacidad de decisión sobre su propio cuerpo.

La introducción de los estereotipos en las prácticas sociales, culturales e ideológicas, ha hecho que la supuesta inferioridad de las mujeres se haya naturalizado, basándose en argumentos sin base científica, pero que las consideran aptas para ser conducidas y dirigidas, por las personas expertas, que si saben hacia dónde deben conducir sus pasos. Las ciencias de la salud no se han escapado del androcentrismo en todas las otras ciencias, y de formas manifiestas o sutiles han contribuido de manera consciente o inconsciente en la práctica de la violencia y de la aplicación de relaciones de poder sobre las mujeres.

Estos hechos han dado lugar a que la Profesora emérita de Psicología diferencial Dra Victoria Sau escribiera: "Las mujeres tienen órganos que no sienten como suyos, cuyas funciones les son ajenas y de los que disponen los entendidos en el terreno que sea". Esta frase y su profundo significado me han guiado para escribir el ensayo Mujeres, Salud y Poder ya que el mismo desconocimiento que la investigación científica ha dedicado hacia las mujeres, al no incluirlas en los trabajo de investigación hasta el año 1993, y aún sólo en el 25 % de ensayos clínicos sobre mortalidad cardiovascular hasta el año 2000, ha contribuido a la ausencia de una Ciencia de la Diferencia, que aún está en embrión, pero que va a crecer en los próximos años.

Las autoras defienden que es necesario que la violencia de género en todas sus manifestaciones sea considerado un problema de derechos humanos, y nos dicen: "Entendemos que desde la función pública se está llamado/a no sólo a respetar, sino a garantizar los derechos humanos y en particular, en lo que en este espacio nos ocupa, el acceso a la salud y a la justicia. Para ello es necesario favorecer prácticas que terminen

1.- Directora del Programa Mujeres, Salud y Calidad de Vida del CAPS. (caps@pangea.org). Es Licenciada en Medicina y Cirugía por la Universidad de Barcelona, especialista en medicina interna y endocrinología e investigadora. Tiene valiosos libros publicados vinculados al acceso a la salud de las mujeres como : Mujeres Y Hombres: Salud Y Diferencias, Barcelona 1994; Mujeres invisibles. Planeta. Barcelona 2006; Mujeres, Salud y Poder, Barcelona 2009.

con el sexismo, el machismo, las desigualdades por edad, sexualidad, identidad de género, procedencia étnica… de quienes acuden a los servicios de salud. Para ello es necesario identificar la violencia institucional, la obstétrica, la violencia contra la libertad reproductiva, cuando se realizan y reproducen desde los espacios socio-sanitarios, para denunciarla y garantizar su no repetición".

Al igual que falta Ciencia de las diferencias en salud, también faltan estudios que identifiquen de qué forma la violencia estructural se expande sutilmente en el terreno de la asistencia y de las ciencias de la salud. En la asistencia sanitaria se puede manifestar la violencia tanto en la no realización o la omisión de lo que sería obligatorio en la investigación específica de todos los hechos relacionados con la salud (las causas en los aspectos biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y medioambientales) como en el momento de la realización del acto médico o sanitario ya que se pueden expresar estereotipos de género que minimicen la escucha de los problemas que plantean las/los pacientes en el momento del acto médico o colaboren en su victimización.

Las autoras realizan un enfoque muy pertinente al asociar los problemas de salud de las mujeres y de su atención sanitaria como un derecho: "entendemos que resulta central situar el acceso a la salud y las condiciones en que se produce como una cuestión de derechos humanos. Hacemos referencia entonces a un conjunto de derechos fundamentales, que se aplican a todos los seres humanos sin que la edad, género, clase social, procedencia étnica, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género den lugar a desigualdades en tales reconocimientos. Reconocen en cada persona una dignidad que se concreta en los contenidos de los tratados internacionales de derechos humanos".

Hay pocas guías que desvelen la violencia que pueden ejercer las instituciones y en concreto las instituciones médicas, hospitales, centros de atención primaria y especializada, o servicios de urgencia, en la atención a las mujeres. Los mismos protocolos de atención están adaptados mayoritariamente a las patologías de predominio masculino, sin atender a las diferencias. Pero además existen sutiles mecanismos de poder enraizados en el inconsciente que hacen pensar a los/las profesionales de salud, que las demandas de las mujeres son treinta veces más psicosomáticas que las de los hombres, y que si hay problemas de violencia en sus vidas, alguna razón tendrá la "natural" inferioridad de las mujeres.

En el mimos acto médico se pueden objetivar cuatro tipos de violencia que prolongan la ejercida en diversos ámbitos de las vidas de las mujeres, y en especial a la ejercida en las relaciones de pareja. En primer lugar, la limitación de la comunicación que hace más invisibles las quejas y los síntomas de las mismas mujeres. En segundo lugar, la relación de superioridad e inferioridad mantenida durante todo el acto médico, que no permite ninguna forma de comunicación más próxima (en cierto modo favorece la inferioridad); el aislamiento del exterior por el que las mujeres no pueden tomar decisiones autónomas y por lo tanto se las puede poseer y controlar de forma más directa; y por último la destrucción del ser humano que ha pedido ayuda, que pasa a ser una enferma o un enfermo en lugar de tener una enfermedad o de estar enfermo o enferma.

Es tan habitual el mal trato en las relaciones médico paciente que éstas no perciben como una violación de principios éticos conductas que por frecuentes ya consideran "normales", como que no se las escuche en el acto médico, o que no se les dé tiempo para considerar diversas opciones terapéuticas o exploratorias. Aunque sí pueden percibir como violación de sus derechos que reciban exploraciones con connotaciones sexuales específicas, o la misma violación del secreto profesional, por ser agresiones más explícitas. La profesora Katrina Swahnberg (2007) realizó un estudio cualitativo entre las mujeres suecas que habían manifestado haber recibido abusos en la asistencia sanitaria. Como resultado de su estudio obtuvo cuatro categorías de sensaciones que se repetían en todas las entrevistas efectuadas: la sensación de pérdida de poder, la sensación de ser ignorada, la sensación de haber experimentado falta de atención o cuidado y la falta de empatía. Ella concluye su artículo determinando que la sensación global de estar anuladas es la que manifestaban más un treinta por cien de mujeres que conectaban con la atención sanitaria.

¿Cómo puede dar igualdad de oportunidades un sistema sanitario que acoge la demanda de una mujer que ha recibido violencia en sus relaciones personales, si empieza sus contactos anulándola en lugar de acompañarla para que inicie su recuperación? Todo lo que las mujeres desean es ser bien atendidas y que se las trate como seres humanos, iguales en derechos a los de los hombres. Cuando detallan los sentimientos de pérdida de poder, éstos se describen como sensaciones de humillación y tristeza, y no dudan en llamar a estos sentimientos, un abuso. La pérdida de poder la describen como "no tener voz".

Las mujeres se sienten ignoradas cuando ellas no son reconocidas, ni como seres humanos ni como pacientes, y en particular, cuando el personal sanitario no escucha sus necesidades específicas. Las rutinas que se desarrollan, pobres y escasas, la pérdida de conocimiento sobre las pacientes y la insuficiente preparación médica para entender qué es lo que les está pasando han sido otros aspectos importantes que hacen que las mujeres se sientan ignoradas. Últimamente la tendencia de hacer protocolos médicos para hacer más homogénea la atención, para controlar el gasto, pero también para hacer pensar que todas las personas son iguales y van a necesitar las mismas exploraciones, contribuye a la sensación de perder una atención individualizada. A la pérdida de una consideración de las mujeres como personas que acaban sintiéndose tratadas como objetos.

La existencia de la violencia cultural, da soporte y legitima la violencia directa y la estructural. La violencia estructural es un proceso silente que impide que los individuos y los grupos profesionales se den cuenta de su verdadero potencial. Los mismos profesionales sanitarios desobedecen muchas veces los principios éticos en la relación profesional, porque forman parte de la norma habitual de relación o por la premura de tiempo, pero no se dan cuenta de ello, no son conscientes de que contravienen las normas de respeto, justicia y ausencia de predominio de poder en el acto médico. Ni las pacientes ni los/las profesionales se dan cuenta de las violaciones efectuadas porque los dos grupos están sometidos a la misma violencia estructural.

La ausencia de la voz y de la experiencia de las mujeres en la construcción de la clínica y en la definición de salud, sólo se podrá

superar con la incorporación de las palabras de las mujeres al lenguaje de la Medicina. Por ello es tan importante el trabajo de las autoras de este libro y de la asociación promotora Des.cos.idas, con todo el amplio elenco de profesionales que han contactado.

No es fácil desvelar cómo los estereotipos encerrados en el inconsciente, limitan la mirada de la Ciencia sobre las diferencias y determinan muchas de las actitudes de los/las profesionales de la salud cuando se dirigen a la atención sanitaria de las mujeres. Pensar que siempre se está atendiendo a alguien inferior, colabora en el proceso de victimización de las mujeres, colabora en su anulación, y empeora la situación subjetiva de las mismas, que creen no tener ninguna salida, que acaban sintiéndose cercanas a no ser sujetos, cercanas a ser convertidas en nada.

Con seres humanos anulados, con mujeres convertidas en no-sujetos se hace muy difícil la tarea de la asistencia sanitaria, intentar mejorar pero sin empeorar la situación inicial (primum non nocere). Probablemente todos los y las profesionales de la salud que de forma directa o indirecta tengan contactos con mujeres en la atención sanitaria deberían realizar cursos de formación en relación con la violencia de género y tener en cuenta las guías de prevención como la que estoy prologando. En realidad el proceso de formación deberá ser una profundo proceso de desconstrucción de los estereotipos que, tan sutilmente, la cultura y las familias desde varias generaciones ha introducido en el pensamiento de las personas que atienden en el sistema sanitario y también en la mente de quienes investigan. Los sesgos de género empiezan en la investigación sanitaria, que es la que construye la Ciencia. Si las ciencias de la salud nacen sesgadas, también lo será la docencia sanitaria y al final de la cadena la asistencia.

La masiva incorporación de las mujeres en la asistencia sanitaria que muy lentamente se acerca a la ocupación también de los lugares de gestión, el hecho mismo de la elaboración de esta guía desde la mirada multidisciplinar de muchas mujeres provenientes de diversas profesiones, contribuyen a la esperanza de que estamos en el camino de cambios serios, y profundos que ayuden a minimizar el sufrimiento, y desvelen los estereotipos de género que todavía planea en la forma de ejercer la atención sanitaria. Gracias otra vez a las autoras y les animo a que tengan este trabajo cercano en sus mesas de trabajo para consultarlo y trabajarlo en equipo. Su profesionalidad y su empatía hacia el sufrimiento humano se lo agradecerán.

Introducción

Por Mª Carmen Monreal Gimeno[2]

La violencia de género, aquella que sufren las mujeres por el mero hecho de serlo, es resultado de siglos de historia y creencias en los que las mujeres tienen su razón de ser al servicio de los hombres y de la propia Humanidad, en la medida en que la transmisión de la vida es su *función fundamental*.

Las mujeres no se conciben como esas "otras" que poseen autonomía, sus propios deseos y anhelos y que se relacionan en igualdad de condiciones con los hombres, como ya hemos indicado su razón de ser está en el servicio a los otros.

El que la violencia de género tenga un componente ideológico o cultural tan fuerte es lo que hace que sea tan incomprendida porque esa desigualdad que arrastran las mujeres de la que la violencia es la expresión más extrema, es resultado de una desigualdad que aún permanece en la sociedad y sigue transmitiéndose.

La propia ciencia ha contribuido a esta permanencia de la desigualdad cuando ha atribuido buena parte de esas diferencias -que dan como resultado la desigualdad- a la biología, para poder así perpetuar de forma más creíble las desigualdades y justificar así su inmovilidad.

2.- Profesora titular de psicología social, codirectora del Master de Género e Igualdad de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla. España.

De este modo la violencia de Género se justifica en creencias que se resisten al cambio y están instaladas en los diversos colectivos sociales. De ahí que sea una magnífica idea la realización de este manual orientado a aquellos/as profesionales que atienden a las personas que sufren violencia de género. Es muy difícil atenderlas en condiciones óptimas si no se es consciente de por qué y cómo se produce esta violencia. Si se desconocen los condicionantes, desencadenantes y el propio proceso de la violencia de género, se la tratará como a una violencia más, ignorando las raíces de la misma, los caminos por los que transita, que no son otros que la desigualdad a la que se ven sometidas las mujeres ancestralmente.

Los/as profesionales deben conocer que esos signos de violencia que presentan las mujeres en situación de violencia son sólo la punta del iceberg, resultado de años y años de sufrimientos en los que los insultos, el ninguneo, los desprecios han sido el marco de sus vidas cotidianas. Todo ello se agrava si consideramos que la persona que le ha infringido esos daños es aquella en la que ha confiado y de quien esperaba apoyo, de aquel con quien tiene una relación afectiva, esto hace radicalmente diferente esta violencia a cualquier otra.

La violencia patriarcal que se produce en el ámbito de parejas o ex-parejas, no la provoca un extraño sino las personas a las que esas mujeres amaron y que ahora les produce miedo y dolor, pero que no administra de modo continuo, hay momentos de respiro en los que le parece que las cosas pueden cambiar y bajar la guardia, retirar las denuncias y esperar que la vida y sus parejas las traten mejor.

Por no conocer el ciclo de la violencia, los/as profesionales de la justicia

no entienden por qué las mujeres retiran las denuncias justo cuando se va celebra el proceso. Sólo parecen atender a que les habrían hecho perder un tiempo precioso y no comprenden que estas mujeres se debaten entre el miedo y la esperanza sin que las circunstancias cambien.

Si los profesionales conocieran el funcionamiento del ciclo de la violencia entenderían que las mujeres que se encuentran en situación de violencia, cuando están en el período de "luna de miel" creen que sus parejas van a cambiar, que están arrepentidos de su conducta y que a partir de ese momento no van a sufrir más, además a está persona a la que han querido y aún quieren no le van a arruinar la vida con la denuncia. Pero estos períodos de respiro cada vez son más breves hasta que desaparecen y las mujeres se ven incapacitadas para salir de la espiral de la violencia.

También están los/as profesionales de la salud que han de saber leer en la cara y cuerpo de las mujeres toda la angustia contenida por el miedo y la creencia de fracaso al no haber sabido agradar y responder a las expectativas de las personas con las que conviven.

Son precisamente estas creencias de realización personal en función de los otros/as y la necesidad de continuo reconocimiento, las que alimentan y permiten que las mujeres soporten situaciones inadmisibles.

Los/as profesionales de la salud deben anteponer la atención a las personas sobre todo lo demás, conocer cómo las mujeres en situación de violencia han perdido sus redes relacionales y pueden encontrarse totalmente solas, a merced de los agresores. Ésa es la estrategia que ellos han seguido para controlarlas, aislarlas de cualquier influencia, para que ellas perciban la realidad tal como los agresores quieren y así poder dominarlas.

Los maltratadores persiguen un objetivo que es dominar a las mujeres con las que se vinculan, reducir su autonomía, por eso calculan los movimientos y les administran la violencia pero no de forma continua, de ser así, las mujeres huirían y no lograrían sus propósitos. Poco a poco consiguen que éstas realicen un aprendizaje en la indefensión, porque hagan lo que hagan van a ser cuestionadas y violentadas.

Ellos, los maltratadores, no poseen una patología específica, son hombres *normales*, si *acaso un poco más masculinos*, quizá s*e extralimiten un poco, pero poco*. Eso es lo que pensaba la sociedad, hasta que el número de muertes de estas mujeres, superior a la de los atentados, se han convertido en un problema social, dejando de ser un asunto limitado a la esfera privada.

Aunque puede parecer -porque así queda reflejado en las leyes de los diversos países- que las mujeres han conquistado cotas de libertad y de poder, estamos comprobando que no es así. Las creencias no han cambiado tanto y se sigue transmitiendo la desigualdad entre hombres y mujeres, quienes siguen subordinadas a los hombres y no se sienten dueñas ni de sus propios cuerpos.

De ahí que sea fundamental si queremos que las mujeres lleguen a ser conscientes de su singularidad, autonomía y valor, que los/as diversos/as profesionales que están en relación con aquellas mujeres que sufren violencia, conozcan las ideologías que subyacen a los hechos reflejados en este manual y que suceden en los cuerpos de las mujeres: violencia, explotación, sumisión etc... Sin acercarse a estos conocimientos no podrán

entender los procesos que se desarrollan en ellas, ni lograrán ayudarlas en la recuperación de su salud, lo que comprende la recuperación de la ilusión por una vida independiente y satisfactoria.

Esperemos que esta iniciativa sea secundada por muchas otras que orienten a las/os profesionales que tengan como objetivo ayudar a las mujeres a su propia realización personal después de haberse visto desposeídas de sí mismas.

Esta obra tiene el coraje de luchar por transformación de las vidas de las mujeres azotadas por la violencia y la desolación. Esperemos que cunda el ejemplo y enhorabuena al equipo de trabajo de este manual.

¿Qué proponemos?

Quien calla otorga, es un manual realizado en el marco de los Proyectos de Divulgación Científico – Tecnológica 2012–2013 del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), una herramienta que acercamos a las y los operadores socio-sanitarios de la provincia de Mendoza, a fin de promover prácticas garantizadoras de los derechos humanos de quienes asisten a los servicios de salud. Una cuestión clave para ello, además de un mandato legal, es que las prácticas se realicen desde una perspectiva de género[3].

Qué es y cómo se incorpora esta perspectiva y el enfoque de derechos humanos es algo que hemos trabajado con equipos socio-sanitarios de la provincia de Mendoza en una serie de formaciones que realizamos durante el año 2011. Las mismas, realizadas por este equipo, desde el Hospital Universitario, la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, el Instituto de Estudios de Género y Mujeres de la UNCuyo; al igual que las realizadas en el 2012 bajo el impulso de la Facultad de Derecho de la UNCuyo son un valioso antecedente del material que hoy acercamos.

Así, realizamos una primera guía de intervención, que hemos ido puliendo, sumando aportes y revisiones críticas. En este período 2011-2013 también hemos podido poner en marcha algunas propuestas al trabajar con distintas instituciones: áreas de las mujeres municipales, Universidad Nacional de Cuyo, hospitales como el Universitario, Lencinas, del Carmen, Pereyra, diferentes centros de salud, equipos de trabajo de niñez y maternidad, entre otros. Esto nos ha llevado también a la necesidad de buscar nuevas respuestas para hacer frente a las problemáticas y situaciones concretas de vulneraciones de derechos, con las que tomamos contacto.

¿Quiénes y desde dónde le damos forma a esta propuesta?

Desde la Asociación Des.Cos.Idas, junto con compañeras de otras organizaciones feministas como Nora Llaver, de la Colectiva Las Juanas y las Otras quien nos ha acompañado en los procesos de formación profesional; la investigadora feminista Rosana Rodríguez quien además de acompañarnos en esa tarea, es parte del presente proyecto; espacios académicos como la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales UNCuyo, el grupo de trabajo Experiencia Política, Memoria y Género del INCIHUSA-CONICET y el Instituto de Estudios de Género y Mujeres de la UNCuyo, que dirige Alejandra Ciriza, le hemos dado cuerpo a este material,

3.- Así por ejemplo la Convención Belem do Pará señala en su artículo 8º que ...los Estados Partes convienen en adoptar medidas específicas, y programas para: fomentar el conocimiento y la observancia del derecho de la mujer a una vida libre de violencia, modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, incluyendo el diseño de programas de educación formales y no formales apropiados a todo nivel del proceso educativo, para contrarrestar prejuicios y costumbres y todo otro tipo de prácticas que se basen en la premisa de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los géneros o en los papeles estereotipados para el hombre y la mujer que legitiman o exacerban la violencia contra las mujeres; fomentar la educación y capacitación del personal en la administración de justicia, policial y demás funcionarios encargados de la aplicación de la ley, así como del personal a cuyo cargo esté la aplicación de las políticas de prevención, sanción y eliminación de la violencia contra las mujeres ...". La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW), también contiene la obligación internacional de implementar políticas que remuevan los roles y estereotipos de género arraigados en nuestras sociedades, que están a la base de la desigualdad y discriminación que atraviesan los cuerpos de las mujeres, no de todas en la misma medida, no con los mismos mecanismos ni manifestaciones, pero sí de todas sistemáticamente. El país cuenta además con una la ley de protección integral (26.485).

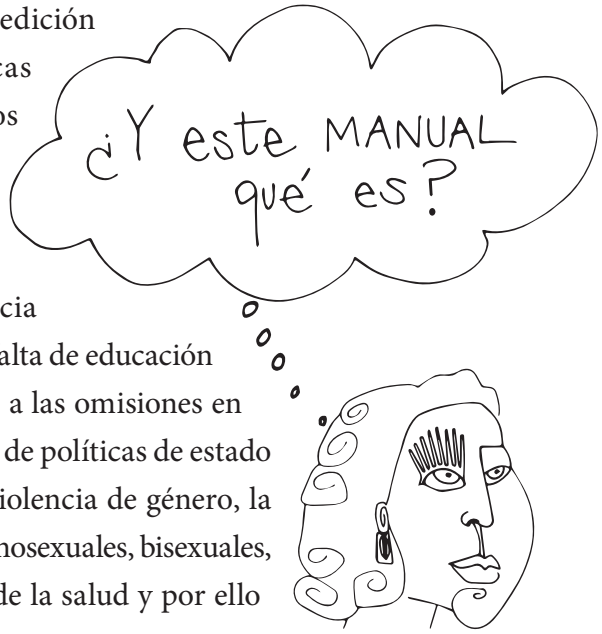
esperando que sea un cuerpo abierto, vivo, en proceso inacabado de construcción, que acerque a los y las trabajadoras de salud, herramientas que promuevan intervenciones más igualitarias y respetuosas con los derechos humanos.

¿A quiénes la acercamos?

Quien calla otorga, en tanto va dirigido a profesionales y personal socio-sanitario, es también una forma de denunciar los silencios, las omisiones, las reproducciones de la violencia, que muchas veces se constatan en la intervención social y en salud. Entendemos que desde la función pública se está llamado/a no sólo a respetar, sino a garantizar los derechos humanos y en particular, en lo que en este espacio nos ocupa, el acceso a la salud y a la justicia. Para ello es necesario favorecer prácticas que terminen con el sexismo, el machismo, la discriminación por edad, sexualidad, identidad de género, procedencia étnica y clase social de quienes acuden a los servicios de salud. Para ello es necesario identificar la violencia institucional, la obstétrica, la violencia contra la libertad reproductiva, cuando se realizan y reproducen desde los espacios socio-sanitarios, para denunciarla y garantizar su no repetición.

Alguna información sobre el contexto de producción y aplicación

Es importante dar a conocer el contexto social de *Quien calla otorga*, en tanto empezó a gestarse de manera contemporánea al fallo de la Corte Suprema de Justicia de la Nación que saldó la interpretación del segundo inciso del apartado 2º del art 86 del CP, que regula los abortos no punibles, en particular en los casos de violación. Pero también ha sido contemporánea a la reedición de obstáculos a tales prácticas tanto desde ámbitos sanitarios como jurídicos; a las omisiones del gobierno provincial en protocolizar esta atención y a reiteradas formas de violencia institucional, que van desde la falta de educación sexual integral en la provincia, a las omisiones en casos de abortos legales, la falta de políticas de estado en materia de abordaje de la violencia de género, la invisibilización de lesbianas, homosexuales, bisexuales, travestis, trans en la atención de la salud y por ello su desprotección.



Basta tener en cuenta que a través de los cuestionarios de conocimientos previos realizados al inicio de cada ciclo formativo[4] (2011 y 2012) hemos

4.- Hacemos referencia a aquellos que fueron impulsados desde Des.Cos.Idas, el IDEGEM, la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, el Hospital Universitario y a Facultad de Derecho de la UNCuyo, en el marco de los proyectos de inclusión social e igualdad de oportunidades. El primer año se dirigieron a operadores/as de salud y el segundo año a operadores/as de justicia. En el inicio de cada ciclo formativo se distribuyeron cuestionarios de conocimientos previos, a fin de indagar las concepciones en cuanto a la salud integral de mujeres y varones, y el sistema de creencias, mitos y estereotipos de género presentes en trabajadoras/es de la salud. El número total de personas que respondieron al cuestionario de conocimientos previos mencionado fue de 109 el primer año y 70 el segundo.

identificado que aproximadamente el 98% de los y las trabajadoras de salud consultadas suponen que la violencia de género puede darse t*anto de varones a mujeres como a la inversa*. Asimismo, un 93% aproximadamente afirma que la violencia *es innata* en los varones desconociendo que la misma se aprende y que hay estructuras sociales que la promueven y reproducen. Esto da cuenta de la falta de herramientas para situar y comprender la violencia de género, que como señala la ley de protección integral, tiene anclaje en las relaciones desiguales de poder entre varones y mujeres, relaciones que dada la vigencia de un sistema heteropatriarcal a escala global, sitúa estructuralmente al colectivo varones por encima del colectivo mujeres. Conscientes de que las prácticas y los discursos no son sostenidas por los/las sujetos/as por fuera de las diferentes instituciones en las que se forman y a las que pertenecen, hacerlas visibles supone, traer a la luz no sólo lo que está oculto, sino incluso aspectos no percibidos dentro del hacer profesional. Pues estos patrones interpretativos, argumentativos y de intervención en torno a la diferencia sexual y la violencia de género sostienen y habilitan prácticas profesionales con un impacto más que concreto, encarnado, sobre quienes se hacen atender en los servicios sanitarios.

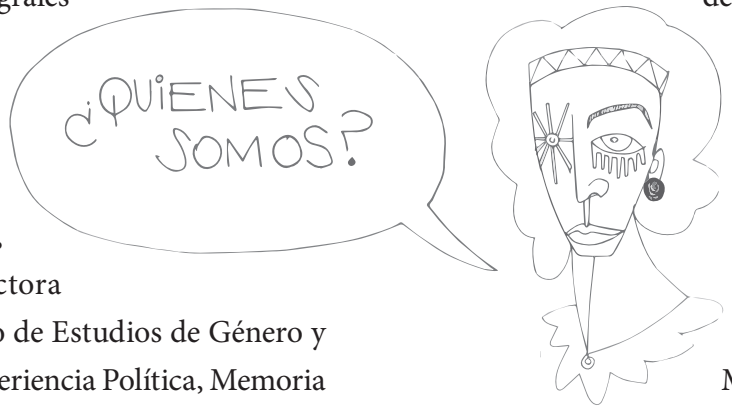
Las situaciones de violencia contra las mujeres permanecen invisibles en un alto volumen de casos, así de un total de trece (13) indicadores de violencia contra las mujeres propuestos en los citados cuestionarios, sólo se identifica una media de cinco (5). Entendemos que ello conlleva la reproducción y perpetuación de la violencia de género desde las instituciones públicas, problemática que, como mencionábamos, no se dimensiona por la inexistencia de estadísticas oficiales; así como por la ausencia de protección integral y efectiva en la provincia. No resulta un dato menor que Mendoza no cuente con un protocolo de intervención en casos de violencia de género, ni servicios especializados e integrales de abordaje y tratamiento.

Hay también en ese contexto social, avances en el reconocimiento de derechos humanos desde una perspectiva de género, contamos con una nueva ley de salud mental, con una valiosa ley de identidad de género, con la regulación del matrimonio igualitario, además de la ley de protección integral ya mencionada. Nos hemos encontrado con potentes e interesadas respuestas a las formaciones en género y derechos humanos ofrecidas desde el Programa de Inclusión Social e Igualdad de Oportunidades de la UNCuyo a profesionales de ámbitos sociales, judiciales y de salud.

Esperamos por todo ello, que este material que cuenta con el financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), y el apoyo de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, del Instituto de Estudios de Género y Mujeres de la UNCuyo y de la Asociación Descosidas, sea un paso más en el camino hacia la incorporación de los estudios de género y derechos humanos a los estudios de grado de las carreras sociales, entre las que claramente incluimos a las ciencias médicas y jurídicas; y a los estudios de especialización de posgrado, como maestrías y doctorados. La formación universitaria reproduce la desigualdad al no incorporar en forma transversal la perspectiva de género y el enfoque de derechos humanos; por razones que tienen que ver con la reproducción de una estructura social que es

hegemónicamente patriarcal, heteronormativa y capitalista, que pretende fundar la desigualdad en la biología.

Desde el equipo de trabajo, entendemos que el conocimiento y la reflexión teórica se construye con y desde la práctica profesional y política, por ello hemos reunido aportaciones desde la perspectiva de género y derechos humanos, con experiencias sociales y profesionales, para favorecer, a través de este material, formas integrales de entender la salud y el derecho.



Equipo de trabajo

***Alejandra Ciriza:** Directora del proyecto, investigadora principal de CONICET, doctora en filosofía U.N.Cuyo, directora del Instituto de Estudios de Género y Mujeres U.N.Cuyo y del grupo de trabajo Experiencia Política, Memoria y Género del INCIHUSA-CONICET.

***Asociación Socioeducativa Des.Cos.Idas:** Entidad feminista, laica, autónoma, que cree firmemente que la sensibilización y la formación son el primer paso para que las personas y las comunidades desarrollen un mayor grado de autonomía, solidaridad, capacidad crítica y trabajo en red. En este sentido entiende que la investigación-acción tiene aportaciones claves que realizar en estos procesos. Tiene sede en la ciudad de Barcelona y delegación en Mendoza desde el año 2011, cuenta con un equipo interdisciplinario, cuyas integrantes aportan distintas experiencias y procedencias disciplinares, de origen, edades, clase, sexualidades.

***Patricia Gonzalez Prado:** Investigadora y coordinadora del proyecto, abogada U.N.Cuyo, Mendoza, Argentina. Magister en Estudios de las Mujeres, Género y Ciudadanía, Universidad de Barcelona, doctoranda en Derecho Público y Filosofía Jurídico-política, Universidad Autónoma de Barcelona. Integra la colectiva feminista Las Juanas y las Otras y la Asociación Socio-educativa Des.Cos.Idas.

***Aleyda Yanes Bethencourt:** Investigadora y coordinadora del proyecto, licenciada en Psicología por la Universidad de la Laguna, Tenerife, España. Magister en Estudios de las Mujeres, Género y Ciudadanía. Universidad de Barcelona. Magister en Psicología Forense, Instituto Español de Psicología Conductual. Integra la Asociación Socio-educativa Des.Cos.Idas.

***Rosana Rodríguez:** Revisión científica y metodológica del proyecto, Licenciada en Sociología U.N.Cuyo, doctora en Investigaciones Feministas de la Universidad Pablo de Olavide Sevilla, España. Profesora y directora del Centro de Publicaciones de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales. UNCuyo. Integra la colectiva feminista Las Juanas y las Otras.

1. 1. Introducción y perspectiva de trabajo[1]

1.- El presente trabajo es coautoría de Rosana Rodríguez, Aleyda Yanes y Patricia Gonzalez.

El material que les acercamos se propone como una herramienta de trabajo socio-sanitariamente útil y respetuosa de los derechos humanos. Comprende una introducción teórica sobre las problemáticas abordadas en cada uno de los capítulos y una serie de recomendaciones o buenas prácticas para la intervención.

Hemos incluido información sobre distintos tipos de recursos que pueden ser de utilidad, tanto bibliográficos como audiovisuales a modo de ampliar las perspectivas posibles de abordar las temáticas y habilitar fuentes para su profundización. Por último hemos incluido un póster de una de las cuestiones de mayor preocupación entre las y los profesionales con los que hemos trabajado en espacios de formación: él o los circuitos legales viables en situaciones de violencia, las posibilidades que brinda la denuncia, las obligaciones profesionales y los derechos de las personas que acuden a los servicios de salud. Esperamos sea de utilidad en los espacios de trabajo, despeje dudas y en definitiva abogue por una socialización del derecho.

Afirmamos junto a la médica Carme Valls-Llobet (2010:417) que *sólo la fuerza de las redes científicas, sociales, filosóficas, sindicales puede ayudar a enfrentarnos a unas redes perfectamente organizadas del poder industrial, institucional y* mediático; sólo la fuerza de estas redes podrá desarticular las herramientas patriarcales y capitalistas que siguen impregnando gran parte de las actividades sanitarias generadoras de vulneraciones de derechos que fomentan y perpetúan la violencia. Este material pretende aportar herramientas de buenas prácticas sociosanitarias, a partir de las experiencias formativas, tomando en consideración aquellas situaciones problemáticas, vacíos y fortalezas obtenidas de los encuentros que nos han brindado los y las participantes de las formaciones y demás personal sociosanitario consultado.

Redes que no sean sólo de resistencia sino de propuesta social, de reflexión y de debate. Es precisamente por esa fuerza conjunta que nos llama a revisarnos continuamente en pro de una atención e intervención más justa y libre de discriminaciones, que este documento está llamado a permanecer, por definición inacabado. Sujeto a permanente debate y ampliación por la población a quien va dirigida: trabajadoras y trabajadores de la salud en sentido amplio.

1.1.- Perspectiva de género

...El yo, -como el género, como el cuerpo-
es una construcción social, lingüística, un efecto del discurso,
y no un dato natural, a priori, preexistente a los social o a la semiosis...
Teresa de Lauretis[1] en

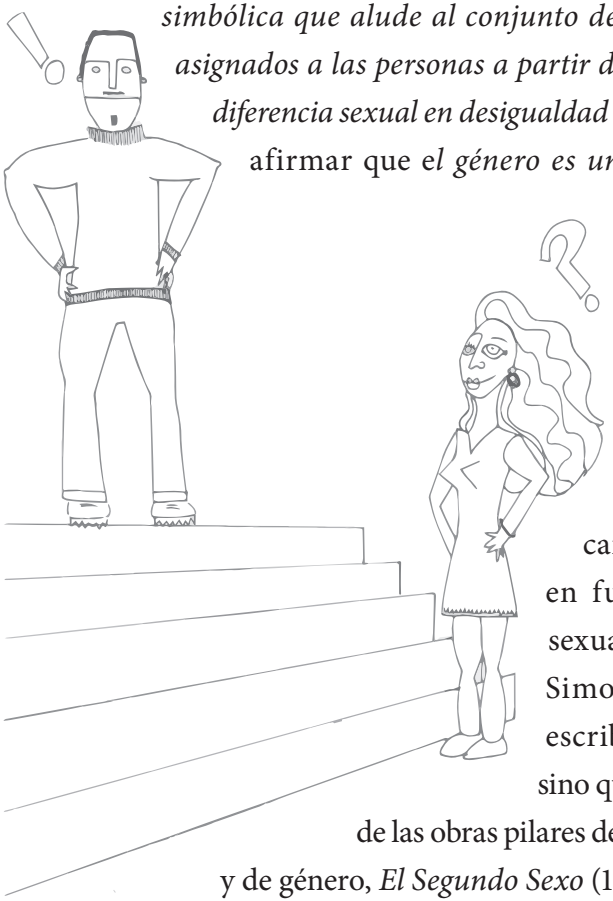
Diferencias. Etapas de un camino a través del feminismo (2000)

Para entender cómo opera el género como determinante social y categoría analítica –cuya incorporación en la intervención socio-

1.- Teresa de Lauretis es una teórica postestructuralista y cinematográfica italiana, impulsora de un feminismo radical con una nueva lectura de la sociedad. Fue pionera en utilizar el término *Teoría Queer* para acentuar las discontinuidades de las diferentes formas de afectividad y sexualidad (en oposición a la concepción común en el s. XX de separar completamente a las personas homosexuales de las heterosexuales); pero lo abandonó por juzgar que la palabra 'queer' había sido adueñada por prácticas teóricas e incluso mercadológicas que la vaciaron de su contenido político. Sus libros más destacados se centran en la representación cinematográfica de las mujeres, así como también en el psicoanálisis con lecturas críticas desde el feminismo radical lesbiano y chicano.

sanitaria es un deber legal- es importante esclarecer qué es, a qué hacemos referencia cuando lo mencionamos en las teorías sociales. En cuanto determinante social construye nuestras identidades sexo-genéricas; como categoría analítica opera como instancia crítica de la naturalización de las desigualdades entre los/las sujetas en razón de la diferencia sexual.

Joan Scott señala que el género se entiende como una *construcción simbólica que alude al conjunto de atributos socioculturales asignados a las personas a partir del sexo y que convierten la diferencia sexual en desigualdad social*. Esto le ha permitido afirmar que el *género es una categoría social que se impone sobre un cuerpo sexuado*, (SCOTT, Joan, 1990:24). A partir de ello se edifican las nociones de feminidad y masculinidad que nos construyen como sujetas/os sociales con características diferenciadas en función de la asignación sexual. Cosa que ya anunciaba Simone de Beauvoir cuando escribía que no se nace mujer sino que se deviene mujer, en una de las obras pilares de los estudios de las mujeres y de género, *El Segundo Sexo* (1949).



Pero el género no sólo construye lo que es ser mujer y varón, en un momento histórico dado, en un espacio geopolítico concreto, sino que jerarquiza las características que atribuye a la masculinidad en detrimento de lo que asocia a la feminidad, erigiendo binomios antagónicos. Varones y mujeres son definidos unos/as en relación con los otros/as y no se puede comprender ninguno separadamente. Este aspecto relacional del género permite comprender que *la información sobre la mujer es también información sobre el hombre, que el estudio de uno involucra el estudio del otro* (SCOTT, Joan, 1990:24).

Desbiologizar el género, supone comprender que la genitalidad que portamos no tiene que ver con las características sociales que se atribuyen diferencialmente a varones y a mujeres, determinando desiguales posibilidades de experimentar el mundo. Atender a esta premisa en nuestra práctica profesional o investigadora es lo que llamamos incorporar la perspectiva de género. La integración de esta perspectiva tendría como efecto el rechazo al determinismo biológico a partir del cual se ha justificado históricamente la situación de subordinación y esclavitud de determinados grupos sociales; baste recordar las explicaciones científicas que afirmaban una inferioridad intelectual en la población negra. Esta sentencia era normalizada mediante mecanismos similares a los que hoy naturalizan los lugares sociales asignados a los género por ejemplo.

Estos procesos de construcción de lo que es un varón o una mujer, difuminan lo que corresponde al género y al sexo, neutralizan las consecuencias políticas de las diferencias intergenéricas y se traducen en el orden social, sanitario, legislativo, institucional y material, generando

obstáculos o facilidades en el acceso a una atención digna en estos espacios.

La normalidad se asocia a una cuestión de mayoría estadística, a partir de su supuesta representatividad; presentada con carácter socio-biológico lo que añade puntos a su legitimación. Normalización, según Foucault, comprende las jerarquías y regulaciones establecidas a partir de una "norma" de distribución estadística; es el juicio basado en la adaptación o desviación de ésta (citado por Cabruja, Teresa 2005:129). Esta reglamentación es puesta en marcha por diferentes instituciones, entre ellas las que nos ocupan -instituciones sanitarias- donde esa raigambre biológica adquiere un carácter vinculante en el proceso de normalización. A partir de ellas, entre otras prácticas sociales e institucionales, se apoyan y reproducen las discriminaciones/ limitaciones/ negaciones sobre los/las sujetas que demandan el derecho; se dota de significado a la diferencia, en términos de desigualdad.

De esta manera, la **perspectiva de género** en referencia a los marcos teóricos adoptados implica:

—•**A.** Reconocer las **relaciones de poder entre los géneros**, que imponen un acceso diferencial a recursos materiales y simbólicos a partir de la jerarquización de los varones sobre las mujeres;

—•**B.** Partir del carácter de **construcción social e histórica** de tales relaciones y por ende, la posibilidad de su transformación. Entendiendo que estas construcciones definen lo masculino y lo femenino a partir de la atribución diferencial de expectativas sociales, roles y pautas comportamentales y emocionales; lo cual es sostenido a través de normas y valores culturales difundidos por varias instituciones sociales que perpetúan estas relaciones de poder más allá de lo individual: el sistema legal, las políticas públicas, el sistema educativo, la religión, los medios de comunicación, la familia, entre otras.

—•**C.** Reflexionar sobre las múltiples formas de opresión que atraviesan el entramado social y sus articulaciones con otros ejes de organización social tales como las de clase, etnia, edad, sexualidad, religión, entre otras, situando a la ciudadanía en condiciones de vulnerabilidad o privilegio, en función de su intersección. Con respecto a la salud, por ejemplo, diversos estudios señalan que las diferencias y desigualdades de género, junto con la condición socioeconómica, son las causas más importantes de inequidades en la salud y el acceso a ésta (Borrell, 2004: en Mari Luz Esteban, 2010: 36).

El género, así como otros determinantes sociales, tiene un doble impacto con respecto a la salud. Por un lado, la impronta directa en los cuerpos a partir de las relaciones de poder jerarquizadas entre varones y mujeres, lo que se traduce en distintas formas de violencia. Por otro lado, el género tiene también un impacto indirecto, pero no por ello

menos importante, a través de una construcción de conocimiento y una praxis socio-sanitaria diferenciada en función del cuerpo que seamos/nos perciban. Es así que se normalizan o patologizan a las adaptaciones o rupturas con mandatos de género, de la misma manera que se naturaliza o invisibiliza el impacto de los roles de género en los procesos de salud-malestar de la ciudadanía, aquellas tareas y actividades atribuidas diferencialmente a varones y mujeres que suponen diferentes factores de riesgo y protección de la salud.

1.2- Perspectiva bioética Feminista[2]

Si bien, la bioética es una disciplina que puede definirse como el estudio o reflexión sistemática y crítica sobre los problemas morales que se plantean en el campo de la medicina -tales como las prácticas médicas, la relación médico/a-paciente, los comités de ética, el uso de nuevas tecnologías médicas, la continuidad o no de tratamientos- y de las ciencias biológicas. Aquellos que incluyan dilemas éticos en las investigaciones biocientíficas, la administración de recursos del medio ambiente y los derechos de las futuras generaciones. En este Manual, hemos preferido el uso de una perspectiva bioética feminista para dar cuenta de los sesgos de género que afectan a las mujeres en el sistema socio-sanitario.

Fueron varios los acontecimientos que dieron lugar al surgimiento de la bioética. Entre ellos podemos distinguir, las transformaciones en el modelo de asistencia sanitaria tanto a nivel macro como micro, el acelerado avance científico tecnológico y su aporte a la asistencia médica, que permitieron a la medicina influir en los procesos de la vida y de la muerte como nunca antes. También, el reconocimiento del derecho de las/os pacientes a conocer y decidir sobre los actos médicos a las/os que pueden ser sometidos/as y los cambios en el sistema de salud. A ello se suman las transformaciones legales y sociales, los cambios conceptuales en el modelo de salud y la emergencia de nuevas normativas que regularon la práctica médica y la actividad científica.

Stanley Joel Reiser, señala que la raíz de los cuestionamientos éticos en el ámbito de la medicina clínica en los Estados Unidos estuvo relacionada con los conflictos que encontraban las/os profesionales de la salud para tomar decisiones sobre ciertos temas, como los usos de las nuevas tecnologías: en los años ‘20 se constituyeron equipos médicos para examinar las decisiones de las mujeres en torno a las esterilizaciones; en los años ‘50 las controversias se enfocaron en el respirador artificial; luego le siguieron, los cuestionamientos éticos en la distribución de recursos en el sistema de salud; y en la década del ‘60 la polémica se centró en el aborto, en el marco del movimiento por los derechos de las mujeres que tuvo su punto culminante con la resolución del famoso fallo de la Corte Suprema de ese país, Roe vs. Wade en 1973 que estableció la legalidad del aborto. (Luna, F. y Salles, A.; 1996).

Pero principalmente, fueron las demandas de las mujeres al sistema socio-sanitario junto a sus experiencias en el ámbito hospitalario las que motivaron la necesidad de conformar equipos de expertas/os para

2.- Por Rosana Paula Rodríguez.

dirimir los dilemas éticos desatados. Recién en los años '70, surge el término bioética, su doble origen puede rastrearse, por una parte, en 1970, la Universidad de Wisconsin cuando Van Rensselaer Potter utiliza el término para designar una "nueva ciencia de la supervivencia", que articularía con las humanidades, el conocimiento biológico y los sistemas de valores humanos, poniendo de manifiesto el significado de la filosofía en el saber técnico y científico propio de la medicina. Por otra parte, un año después (1971) André Hellegers, crea en la Universidad de Georgetown el primer centro de investigación y bioética con el título de Joseph and Rose Kennedy Center for the Study of Human Reproduction and Biothics que luego será conocido como Kennedy Institute of Ethic.

Los problemas éticos alcanzarán notoriedad pública a partir de la difusión de tres casos en la sociedad norteamericana. El primero fue el de Karen Ann Quinlan (1976), una joven en coma profundo, cuyos padres solicitaron permiso para retirarla del respirador artificial. El segundo caso conocido como Baby Doe (1982), corresponde a un bebé nacido con Síndrome de Down y atresia esofágica. Sus padres se negaron a autorizar la operación que le permitiría alimentarse y vivir. El tercer caso fue el de la beba Jane Doe (1983), nacida con graves problemas neurológicos: espina bífida, hidrocefalia y microcefalia. En esta situación, sus progenitores se negaron a que se realice una operación que evitaría las infecciones, aunque no las malformaciones. En todos los casos, los dictámenes de las Suprema Corte recomendó la consulta con un Comité de ética (Levine, Carol, 1995: 97-106). Estos casos ponen luz sobre las **tres áreas en donde se plantea con mayor frecuencia los conflictos bioéticos.**

Una de las áreas críticas es la que trata con **pacientes terminales** y debe considerar qué decisión tomar, fundándose ésta en el grado de agresión del tratamiento, los deseos de la o el paciente y sus familiares. Otra área problemática es **neonatología y pediatría**, en donde también deben evaluarse casos que muchas veces exceden el marco médico; y una tercer área, que si bien no está definida por la literatura específica como parte de la génesis paradigmática de los comités de bioética, constituye un factor determinante en el surgimiento de los mismo y en la consolidación de la disciplina, nos referimos a los dilemas suscitados por las **prácticas sexuales, reproductivas y no reproductivas de las mujeres.**

Aún así, la bioética en tanto disciplina ha sido pensada tradicionalmente en masculino, se ha presentado como representante de un universo moral restringido y parcial, y ha tenido dificultades para alcanzar y reflejar la diversidad de conciencias y de sensibilidades. Este carácter androcéntrico de la disciplina obstaculiza la comprensión de los problemas que suscitan asuntos como los derechos sexuales, reproductivos y no reproductivos.

Por ello **proponemos una perspectiva bioética feminista**, que contempla las cuestiones de género, y pone en evidencia las relaciones de poder y de subordinación de las mujeres, los sesgos de género en los

estudios y en la prácticas médicas, la necesidad de una mirada específica y de género a los malestares que aquejan a las mujeres, y cuestiona la persistencia de criterios paternalistas y patriarcales que a menudo subyacen a los postulados de neutralidad y universalidad científica

Es una propuesta que refiere al conocimiento científico fundado empíricamente, libre de sesgos androcéntricos, que nacen de un modelo de salud construido en base a un prototipo masculino, a un cuerpo único, el de varones..

Estos sesgos se expresan de múltiples formas:

* invisibilizando los diferentes factores de riesgo y protección para varones y mujeres,
* obviando la impronta en la salud de las condiciones de vida y trabajo femeninas atravesadas por dobles, triples jornadas y la división sexual del trabajo,
* invisibilizando situaciones de violencia de género, por nombrar sólo algunos.

Todo ello, ejerce una gran influencia en las diferentes formas de enfermar y sanar que presentan mujeres y varones. Estos sesgos, son precisamente los que permiten hablar de una morbilidad prevalente y una específica en las mujeres. Es necesario tener en cuenta los determinantes biomédicos y su interacción con los condicionantes psico-sociales, todo ello en referencia al concepto integral de salud propuesto por la OMS.

El punto de partida de género en la bioética difiere de las teorías tradicionales, porque considera las experiencias de las mujeres y postula que el género a menudo, si no invariablemente, constituye una diferencia entre individuos relevante. En vez de ampararse en una teoría unificada que abarca toda la diversidad de experiencias morales en un modelo científico reduccionista, proponen cambiar la lógica de la prueba moral asumiendo que *hasta que las cosas se vean de otra forma, los varones y mujeres actuales raramente están situados de forma semejante* (Jaggar, A. 1989:167-184;).

Una mirada de género en bioética, debe reconocer a las mujeres como agentes morales válidas respecto de las decisiones sobre su bienestar e incluir una perspectiva crítica respecto del lugar que se le ha asignado al cuidado y las repercusiones en su salud.

Esta perspectiva bioética feminista tiene como objetivo develar los valores convencionales o las teorías tradicionales que perpetúan el dominio masculino que se apoyan en prejuicios y tabúes culturales. En lugar del agente aislado, independiente y racional de las teorías morales tradicionales, se apela a una noción más realista y política de agentes sociales complejos y que se define dentro del contexto de las relaciones con otras/os. **Son las relaciones, organizaciones, instituciones sociales**

las que influyen de modo diferente en el proceso de moralización de las/os sujetas/os en el cual se reconoce las desigualdades de género y social. Asimismo esta perspectiva bioética permite advertir sobre los sesgos de género en las prácticas médicas, en los usos de las nuevas tecnologías y sus implicaciones en las intervenciones socio-sanitarias sobre los cuerpos humanos, en especial sobre los cuerpos de las mujeres.

1.3- Enfoque de derechos humanos[3]

Entendemos que resulta central situar el acceso a la salud y las condiciones en que se produce como una cuestión de derechos humanos. Hacemos referencia entonces a un conjunto de derechos fundamentales, que se aplican a todos los seres humanos sin que la edad, género, clase social, procedencia étnica, nacionalidad, orientación sexual, identidad de género den lugar a desigualdades en tales reconocimientos. Reconocen en cada persona una dignidad que se concreta en los contenidos de los tratados internacionales de derechos humanos.

Estos derechos se caracterizan por ser:

* **Universales:** se aplican a todos los seres humanos, nadie puede estar excluido/a del disfrute de sus derechos. Podemos pensar si esto se verifica en todos los casos en que las personas acceden a los servicios de salud ¿Ofrecemos un trato igualitario independientemente de la edad y la procedencia étnica? ¿Garantizamos el acceso a información libre de sesgos de género y prejuicios a niños, niñas y adolescentes en materia de anticoncepción? Es a estos interrogantes y obstáculos que dan respuesta estas características de los derechos humanos.

* **Irreversibles y progresivos:** El reconocimiento de nuevos derechos no puede reducir ni excluir la vigencia de derechos humanos antes consagrados. El principio de progresividad garantiza que los marcos de autonomía, libertad, posibilidades de las personas se amplíen ante cada incorporación legislativa o política implementada. Ello da cuenta de qué manera los estados provinciales, al no protocolizar los casos de aborto no punible, tal como señaló la Corte Suprema de Justicia de la Nación[4], vulneran los derechos humanos de las mujeres, al restringir con tales medidas, la vigencia de abortos legales desde 1921.

* **Indivisibles, interdependientes, complementarios y no jerarquizables:** Los Derechos Humanos están relacionados entre sí, por lo que no es posible fragmentarlos o pensar que unos

3.- Por Patricia Gonzalez Prado

4.- "A. F. s/medida autosatisfactiva", la Corte Suprema, en marzo del año 2012 por unanimidad y por el voto conjunto del Presidente Lorenzetti, de la Vicepresidenta Highton de Nolasco y de los jueces Fayt, Maqueda y Zaffaroni, y por los votos individuales de los jueces Petracchi y Argibay, confirmó la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Chubut que, en marzo de 2010, autorizara la realización de la práctica de aborto respecto de la joven A.G, de 15 años de edad, quien quedara embarazada como consecuencia de haber sido violada por su padrastro. De esta manera, rechazó el recurso extraordinario que, en representación del nasciturus, interpusiera el Asesor General Subrogante de la Provincia de Chubut.

son más importantes que otros. La negación de algún derecho en particular significa poner en peligro el conjunto de la dignidad de la persona, todos deben ser respetados y garantizados por el estado a través de todas y todos sus funcionarios y representantes.

* **No negociables:** son bienes pertenecientes, de manera absoluta, a cada ser humano, por ello ninguna autoridad puede negociarlos.

* **Inviolables:** Nadie puede atentar, lesionar o destruir los Derechos Humanos. Esto quiere decir que las personas y los gobiernos deben regirse por el respeto a los Derechos Humanos; las leyes dictadas no pueden ser contrarias a éstos y las políticas económicas y sociales que se implementan tampoco.

Muchos de estos derechos están incorporados en el art. 75 inc. 22 de nuestra Constitución Nacional[5], en la Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer o Convención de Belem do Parà, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer) entre muchas más que acompañamos en el apartado de recursos. A nivel nacional contamos con la ley 26.485 de protección integral contra la violencia, la ley 25.673 de salud sexual y procreación responsable, la ley 26.150 de educación sexual integral, la ley 25.929 por un parto respetado, entre otras.

El conocimiento del derecho en general y de los derechos humanos en particular cualifica la práctica profesional al delimitar responsabilidades y evitar intervenciones puramente defensivas o peor aún vulneradoras de derechos. Éstas últimas son especialmente reiteradas en materia de derechos sexuales y reproductivos. Resulta entonces fundamental clarificar cuáles son los derechos humanos y por qué es necesario hablar de derechos humanos de las mujeres.

Tal como señala Soledad García Muñoz[6] (2004:72), la discriminación hacia las mujeres… *ha sido parte de la historia de la humanidad y utilizar la perspectiva de género, permite entender por qué la doctrina de los derechos humanos -en constante evolución y desarrollo- ha contemplado ampliaciones conceptuales y reconocimientos explícitos de los derechos de las mujeres. Es por ello que la declaración y el plan de acción de la*

5.- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, Declaración Universal de Derechos Humanos, Convención Americana sobre Derechos Humanos "Pacto San José de Costa Rica", Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, Convención Sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer y su protocolo facultativo, Convención Contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Convención Sobre los Derechos del Niño, Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas (jerarquizada en 1997), Convención sobre la Imprescriptibilidad de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad.

6.- Soledad García Muñoz, abogada especializada en Derechos Humanos es profesora de la Universidad Nacional de La Plata y coordinadora de la Oficina Suramérica del Instituto Interamericano de Derechos Humanos.

Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos (Viena, 1993), señala expresamente que "los derechos humanos de la mujer y la niña, son parte inalienable e indivisible de los derechos humanos universales"; que la plena participación de las mujeres en condiciones de igualdad (en la vida política, económica, social y cultural) y la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional..."

¿Qué relación hay entre los derechos humanos y la intervención socio-sanitaria en el sistema público de salud?

Las obligaciones del Estado -y por ello de quienes actúan como representantes del mismo, en tanto funcionarias/os públicas- contemplan unos mínimos generales en cualquier tarea que desarrollen como tales.

1) Respetar los derechos humanos: se traduce en garantizar los ámbitos de libertad y autonomía de los y las ciudadanas que acceden a los servicios de salud. Así por ejemplo, el estado no puede intervenir con políticas compulsivas natalistas o no natalistas porque atentaría contra la autonomía de las mujeres[7]. Respetar el derecho a la identidad de género de las personas, a su orientación sexual libre de discriminaciones, a no someterse a determinados tratamientos médicos (enfermedades terminales, crónicas), entre otras prácticas profesionales.

2) Promover los derechos humanos: informar, hacer conocer a las personas que acceden a los servicios de salud cuáles son sus derechos, cómo hacerlos respetar, dónde exigir sanciones ante los incumplimientos o vulneraciones que sufran. Señalamos dentro de esta obligación profesional por ejemplo la de garantizar el acceso a la información a todas las personas desde los catorce (14) años, de manera autónoma en materia de salud sexual y/o reproductiva, sin reclamar que asistan acompañadas de mayores; de garantizar que la información que se brinde esté libre de sesgos de género y religiosos. Encuadra también en el deber de promover los derechos humanos, la elaboración de protocolos que faciliten el acceso a ligadura tubaria, a aborto no punible, protocolos de atención en casos de violencia sexual, de atención libre de sesgos discriminatorios a personas trans, a lesbianas, entre otras medidas pendientes aún en nuestra provincia.

3) Proteger: ante las vulneraciones, impulsando medidas de reparación, no repetición y sanción, por ejemplo, activando denuncias en casos de discriminación, de violencia institucional,

7.- Sin embargo, a lo largo del dictado de los ciclos formativos en buenas prácticas para intervención socio-sanitaria, que como ya apuntamos, hemos desarrollado en centros de salud y hospitales de Mendoza con carácter previo a la elaboración de este material; hemos tomado conocimiento de centros públicos en los cuales no se entregan anticonceptivos por decisión unilateral de algunos/os profesionales -funcionarios/as públicos-, que intentan imponer una moral particular como política pública. Estas vulneraciones de derechos traducen medidas natalistas compulsivas que limitan las posibilidades de decisión autónoma de las mujeres sobre su cuerpo y vida.

de violencia obstétrica, de sospechas de malos tratos a personas en situación de encierro por problemas de salud mental, etc.

4) Garantizar: requiere de políticas activas que impulsen las transformaciones necesarias para la remoción de los roles y estereotipos de género que subyacen a la discriminación y violencia contra las mujeres, por ejemplo la implementación de la ley de educación sexual integral.

Proponemos pensar particularmente estas obligaciones en los servicios de salud en los que trabajamos. La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing[8], 1995, fue el punto crítico fundamental para difundir a nivel mundial los derechos humanos de las mujeres. La plataforma aprobada en Beijing declara que:

> *"...los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia..."*

La concepción de la salud sexual incluye el bienestar, la satisfacción y el placer, dejando de lado la concepción de la sexualidad ligada a la represión, el miedo y lo moralmente bueno o malo.

A partir de Beijing, existe un consenso entre la comunidad internacional de abordar los derechos reproductivos y sexuales como derechos humanos, son, por tanto exigibles, universales, inalienables e inherentes a todas las personas, constituyéndose como una de las bases primordiales para las políticas sanitarias, sociales y de desarrollo de cualquier país.

Algo de historia: derechos humanos de las mujeres

Si bien desde 1776 -Declaración de los Derechos de Virginia (EE. UU.)- y 1789 -Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (Francia)-, contamos con cartas de reconocimiento de derechos humanos, fruto de las revoluciones del S. XVIII, es importante destacar que en ninguno de estos documentos se consideró a las mujeres. En los primeros años del siglo XX se verifican esfuerzos desde el derecho internacional para legislar sobre aspectos importantes de la vida de las mujeres, básicamente derechos civiles y políticos, como respuesta a las demandas históricas de los movimientos feministas y de mujeres, el sufragista entre muchos otros.

En 1979 la Asamblea de Naciones Unidas aprueba la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, punto de partida para hablar de derechos humanos específicos. El espíritu de este documento es poner en cuestión el concepto androcéntrico de derechos humanos tomando como norma la discriminación basada en el género. Esto significó reconocer que *las mujeres siguen siendo objeto de importantes discriminaciones* y que estas discriminaciones *violan los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana (...), dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que*

8.- La misma es parte del ámbito de protección de derechos humanos, llamado universal, producto del sistema de Naciones Unidas

el hombre, en la vida política, económica, social y cultural.

Será recién en la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos, realizada por la ONU en 1993 en Viena, cuando se reconocerán los derechos de las mujeres como derechos humanos; luego vendrán la IV Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) que reconocieron los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995). Otro importante avance producto de las luchas de los movimientos de mujeres y feministas ha sido la tipificación de la violencia contra las mujeres como una violación de derechos humanos, a partir de la Declaración y el Plan de Acción de la II Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993).

Recursos

Legislativos y jurisprudenciales:

* Ley Nacional 26.485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales: http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/152155/norma.htm
* Ley Nacional 26.150 Programa nacional de educación sexual integral http://portal.educacion.gov.ar/files/2009/12/ley26150.pdf
* Ley Nacional 25.673 Programa nacional de salud sexual y procreación responsable
* Ley Nacional 25.929 Derechos de las madres, padres y personas recién nacidas, parto respetado http://infoleg.mecon.gov.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm
* Convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer "Convención de Belem do Pará" http://oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html
* Legislación internacional de derechos humanos de las mujeres http://www.equidad.scjn.gob.mx/PDF-derechos_mujeres/TOMO-1.pdf
* Fallo de la Corte Suprema de Justicia sobre aborto no punible (2012) http://www.cij.gov.ar/nota-8754-La-Corte-Suprema-preciso-el-alcance-del-aborto-no-punible-y-dijo-que-estos-casos-no-deben-ser-judicializados.html
* Constitución Argentina http://www.senado.gov.ar/web/interes/constitucion/cuerpo1.php

Recursos audiovisuales:

* ¿Cuál es la diferencia? Realizado por UNFPA, Fondo de Población de las Naciones Unidas de Uruguay, este video muestra cómo no tener en cuenta un enfoque de género lleva a diagnósticos de salud erróneos, lo que afecta en forma directa a la salud de las personas.

El cortometraje narra en forma muy accesible las vulneraciones en el sector salud hacia las personas de sexualidades e identidades de género y sexuales disidentes.

http://www.youtube.com/watch?v=doyf6m79Zls

http://www.unfpa.org.uy/index.php

* *Por cuatro esquinitas de nada*: cuento de Jerôme Ruillier, adaptado a la animación por Mayte Calavia; nos acerca los procesos de discriminación de otros/as basados en una "diferencia" superable. Nuestro protagonista, Cuadradito, y sus amigos, los redonditos juegan juntos, hasta que llega la hora de entrar en la casa grande y Cuadradito, no puede entrar como sus amigos, porque la puerta es redonda. Entre todos buscan una solución.

http://www.youtube.com/watch?v=DBjka_zQBdQ

2.1.- Sistema sexo-género[1]

El concepto de género fue introducido por primera vez en el mundo académico por la sexología de mano del psicólogo y médico John Money en 1954. El feminismo toma este concepto en los años 70' para producir una crítica a la naturalización de las desigualdades entre varones y mujeres vinculadas a la diferencia sexual; poniendo en cuestión la rígida asignación de roles sociales y sus consecuencias sobre las posibilidades de desarrollo en los y las sujetas. Es decir, con la introducción de la categoría género en el análisis de las relaciones de poder entre los sexos, se pone de manifiesto cómo la biología ha sido utilizada para justificar la desigualdad.

Los e*studios de género* surgen en un momento de gran debate en las ciencias sociales, cuando, en los inicios de los 80' se produce un cuestionamiento radical a las corrientes positivistas que afirman la transparencia del dato. En este sentido, el término género surge para trasformar los paradigmas disciplinares. Los e*studios de las mujeres* y los e*studios de género* no sólo agregaron nuevos sujetos: las mujeres y la forma en que interseccionan en ellas y en otros, categorías como la clase social, la procedencia étnica, la edad, la sexualidad, la identidad de género… visibilizando ese conjunto de otredades que dan cuenta de una población plural y compleja; sino que además impulsaron un re-examen crítico de las premisas y estándares del trabajo intelectual existente. Es por ello, que la categoría analítica "género" -alineada con corrientes post-estructuralistas, humanistas, desconstructivistas- implica una crítica a los postulados fundamentales de la ciencia hegemónica: causalidad universal, objetividad y neutralidad (Rodríguez, Rosana, 2004).

La primera en hacer referencia al *sistema sexo/género* fue Gayle Rubin en su artículo: *Tráfico de mujeres: Notas para una economía política del sexo*" (1975), en el que analiza los mecanismos sociales y políticos por los que las mujeres han sido históricamente relegadas a una posición secundaria dentro del conjunto humano.

Cada una de las categorías (varón/mujer) que componen el sistema descrito, establece una dicotomía cuyos polos son excluyentes, pero además se establece una jerarquía antagónica entre éstos. La noción de *sistema* hace referencia a la relación vincular entre el sexo[2] y el género remarcando las diferencias entre ambos conceptos:

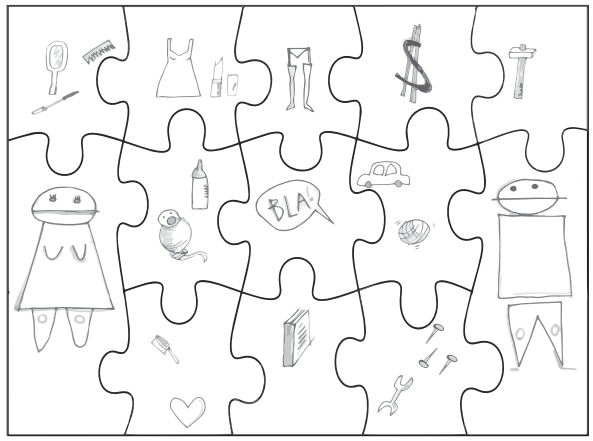
> **SEXO**: Hace referencia a características biofísicas como cromosomas, genitales externos, gónadas, estados hormonales, etc. Es decir, el aparato reproductor y los caracteres sexuales secundarios suponen la **diferencia sexual**, la diferencia inscrita en los cuerpos en función de lo estandarizado como cuerpos machos y cuerpos hembras por la ciencia médica.

1.- Por Rosana Paula Rodríguez, Patricia Gonzalez Prado y Aleyda Yanes Bethencourt.

2.- La estandarización de dos sexos tiene registro histórico. Es en el siglo XIX que la ciencia médica establece la existencia de dos sexos: masculinos y femeninos. Esta diferencia sexual sirve en un momento de cambio de estructura social, para explicar los lugares sociales que cada grupo ha de ocupar: ámbito privado en el caso de las mujeres y ámbito público en el caso de los varones (Thomas Laqueur, "La construcción del sexo. cuerpo y género desde los griegos hasta Freud", 1990). Los estudios sobre intersexualidad han puesto certeramente en cuestión tal estándar, para más información puede consultarse entre mucha bibliografía: http://www.flacsoandes.org/web/imagesFTP/1246657539.Pensar_la_intersexualidad.pdf)

GÉNERO: Es un constructo social, producto de la cultura que cambia según las sociedades y los momentos históricos en los que se encuentren. En la nuestra, se establecen dos géneros, a partir de los dos sexos anteriormente explicados. Así se construye socialmente qué es ser mujer y qué es ser varón, en distintos contextos, a través de una serie de binomios antagónicos y jerarquizados. Esta construcción determina el comportamiento esperable de las personas según la genitalidad que se porte. Ello se aprende a través de un proceso de socialización diferencial.

La **asignación de género** se realiza desde el nacimiento o incluso antes, tanto desde el deseo de los y las progenitoras de tener un hijo o una hija, como a partir de las nuevas tecnologías cuando se conoce el sexo del feto. A partir de ese momento el comportamiento con el ser nacido se modificará en función del género asignado. Este *proceso de socialización diferencial* moldeará a las personas a partir de las expectativas sociales que correspondan a su género: desde las tareas a desarrollar, a la estructura psíquica esperable, todo ello determinará el mundo vivible con diferentes recursos materiales y simbólicos, para mujeres y varones. Esta *diferencia* acompañará al sujeto/sujeta a lo largo de su vida, delineando las oportunidades disponibles y las vetadas; traduciendo finalmente esa diferencia en desigualdad.



Así el género socialmente construido, habilita o prohíbe también modos de relacionarse entre los géneros. Una deviene norma social hegemónica: la heterosexualidad y otras son situadas fuera de la norma-*normalidad*, vinculándolas a lo patológico. Por ello hablamos de *heteronormatividad* o *heterosexualidad obligatoria*,[3] concepto que hace referencia a la construcción de la heterosexualidad como "lo normal" y a la patologización de todas las fugas a ésta: el lesbianismo, la homosexualidad, la bisexualidad, entre otras. De esta manera, al sistema sexo/género se puede añadir una tercera dimensión: *la sexualidad* en tanto esta categoría y esfera de la vida también está mediada socialmente y encorsetada en "lo deseable" "lo normal".

Se desconoce así, tal y como apunta, por ejemplo, la guía de salud

3.- El concepto de heterosexualidad obligatoria es retomado y abordado en profundidad por la teórica y poeta Adrianne Rich en su artículo Heterosexualidad obligatoria y existencia lesbiana, 1980. Se encuentra disponible on line en: http://bibliografia-alternativa.blogspot.com.ar/2010/04/la-heterosexualidad-obligatoria-y-la.html

sexual para mujeres,[4] que la sexualidad, es hacia dónde se dirige el deseo de satisfacción erótica (física y mental) y de vinculación afectiva. Además, la sexualidad y dirección del deseo es dinámica, es decir, puede variar a lo largo de la vida. Corresponde a una decisión de cada persona, elegir el tipo de práctica sexual que desea tener y mostrarse tal y como se siente, pues no hay opciones sexuales correctas o incorrectas, todas son igualmente válidas.

2.2 Roles y estereotipos de género[5]

Los primeros refieren a aquellos comportamientos deseables socialmente que se establecen de forma diferencial según el sexo asignado. Así mujeres y varones están limitados en sus comportamientos, deseos, opciones debido a estereotipos culturales, que en muchos casos restringen la capacidad de alcanzar determinadas metas o proyectos, poniendo en juego los derechos humanos.

Los roles de género se forman con el conjunto de normas y prescripciones que dictan las distintas sociedades y culturas sobre los comportamientos femeninos y masculinos esperables en un contexto dado. Éstos serán regulados por diversas instituciones como la familia, la escuela, la iglesia, las leyes, las políticas públicas, el sistema sanitario, etc. Es decir, los roles de género emanan de factores culturales, políticos, económicos, sociales y religiosos. Es justamente en este sentido que adquiere una especial importancia el análisis social desde esta perspectiva, ya que pone el acento en que estos comportamientos se aprenden y por tanto, pueden transformarse.

Por ejemplo, si bien es cierto que los cuerpos de las mujeres tienen órganos que les permiten engendrar otro ser humano, no hay ningún otro órgano en estos cuerpos que explique una mayor habilidad para la crianza, las tareas de cuidado y domésticas. Sin embargo las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras del grupo familiar; encargándose no sólo de la crianza de hijos e hijas sino también de las tareas de cuidado de las personas mayores, aquellas con discapacidades, las que tienen problemas de salud, etc. Es por ello que hablamos de *constructo social*, porque son comportamientos cuyo aprendizaje se ve fomentado a partir de la *socialización diferencial* ya descrita.

Desde las diferentes instituciones con las que tenemos contacto a lo largo de nuestra vida ya descritas anteriormente, se envían mensajes diferenciados para cada sexo/género. Un ejemplo lo encontramos en la formación que recibimos desde la escuela primaria hasta la universitaria, siendo difícil encontrar referentas femeninas entre las productoras de conocimiento, ciencias, artes, activistas políticas, o sostenedoras de la vida y la sociedad.

El género, además de ser una forma de organización social, erige una jerarquía entre sus polos, estableciendo relaciones desiguales de

4.- Escrita por Laia Serra Duart y editada por la federación andaluza Colegas. Puede descargarse libremente de http://www.familiasporladiversidad.es/COLEGA/Guia_salud_sexual_mujeres.pdf

5.- Este apartado ha tomado como texto base: Rodríguez, Rosana Paula (2004), "Medicalización del cuerpo femenino. Debates Éticos y Políticos. El caso de la Ligadura de Trompas en la provincia de Mendoza", Mendoza: Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNCuyo (Mimeo).

poder. Pues a partir de la repartición de roles habrá unos que tengan más reconocimiento social que otras, o más facilidad en el disfrute de determinados privilegios. Es decir, esta organización limita o facilita el acceso a los recursos materiales y simbólicos.

Los *estereotipos* constituyen un proceso cognitivo que es usado cuando se trata de comprender una realidad compleja, reduciéndola a algo simple, lineal, generalizable y por ello mismo se invisibiliza o estigmatiza una buena parte de esa realidad compleja que se analiza. Este proceso crea una distorsión en tanto selecciona una parte de la información para emitir juicios u opiniones sobre otros grupos.

Los estereotipos no son fijos, dado que son expresiones de valores y creencias culturales, por lo que cambiarán con las transformaciones históricas, políticas, económicas. Por lo explicado se entiende que a través de los estereotipos se sustentan *relaciones de poder* que obstaculizan el desarrollo de las potencialidades individuales. Así, los estereotipos de género producen y reproducen situaciones de discriminación y subordinación de las mujeres, en los distintos ámbitos de la vida privada y pública. Por ejemplo, la sociedad considera que hay oficios y profesiones que están destinados a las mujeres como secretarias, docentes, enfermeras, empleadas de servicios domésticos, etc. Mientras que los varones pueden desempeñarse como albañiles, electricistas, plomeros, pintores, etc. Estas generalizaciones anclan en estereotipos que afirman que la racionalidad sería una característica masculina, contraponiéndola de manera excluyente con la sensibilidad como característica femenina; que las mujeres "saben naturalmente cuidar", mientras que los varones serían "naturalmente descuidados", que las mujeres serían más pacientes y pasivas frente a la actividad masculina (Rodríguez, Rosana, 2004).

Podemos ver entonces que los estereotipos de género, surgen de la confusión entre la biología y las designaciones sociales, clasificando a varones y mujeres de acuerdo a premisas rígidas y promoviendo la creencia de que las desigualdades que se han construido socialmente en términos de poder, autonomía, libertades y posibilidades; tienen origen biológico y por tanto, son inmutables.

En la medida en que trasmiten una versión distorsionada de la realidad exagerando las diferencias entre los grupos, se asemejan al prejuicio

y constituyen fenómenos de consecuencias negativas. Aunque vivimos en una época de transición y existen opciones para construir estilos de vida alternativos, todavía persisten fuertemente en nuestra cultura concepciones estereotipadas acerca de la feminidad y de la masculinidad.

Algunos estereotipos dominantes masculinos y femeninos serían:

Los varones serían (todos los varones, de todas las edades, en todos los momentos históricos, en todos los lugares del mundo)… fuertes (física y psíquicamente), valientes, objetivos, independientes, fríos, racionales, duros, descontrolados sexualmente, proveedores familiares…

Las mujeres serían (todas las mujeres, de todas las edades, en todos los momentos históricos, en todos los lugares del mundo) débiles (física y psíquicamente), temerosas, subjetivas, descontroladas emocionalmente, pasivas, con dificultad para la toma de decisiones, tiernas, maternales, retraídas sexualmente, símbolo de belleza…

La lista es larga y va desde estereotipos más evidentes a más sutiles, lo que estamos llamadas/os a hacer, como parte de un proceso de cualificación profesional, personal y político, es a reflexionar críticamente sobre los mecanismos, los modos en que producimos y reproducimos estereotipos en nuestras prácticas socio-sanitarias. Ello para poder transfomar esas prácticas, porque generan desigualdad en el acceso a la salud y devienen en violencia institucional.

El modo dicotómico de pensar la identidad sexual o genérica es cultural. La identidad sexual está atravesada por las expectativas sociales sobre el comportamiento admitido y deseable para cada sexo, por el modo en que cada cultura reconoce en el otro o la otra los signos de lo masculino y lo femenino (por ejemplo la vestimenta, el pelo, la actitud corporal, cierto tipo de adornos, los objetos amorosos y conductas permitidas para cada uno/a, etc.). Si bien la identidad individual depende de aspectos subjetivos, hay una estructura social que refuerza determinadas relaciones sociales. Y por supuesto, se parte del imperativo cultural en su alineamiento con la anatomía, con la genitalidad (LAMAS, Marta, 1986).

Esta división/diferenciación/desigualdad construida por nuestras organizaciones sociales entre las personas influye directamente en la

salud de las mismas.

Por un lado, con respecto a la *construcción del conocimiento científico en general y médico en particular* hay sesgos de género vigentes; un ejemplo de ello es que las mujeres no se incorporan a las muestras de ensayos clínicos hasta los 90'; bajo pretexto de que los ciclos hormonales femeninos harían variar los resultados. Sin embargo, una vez comprobados en población masculina, se aplicaba a la femenina sin ningún reparo esta vez. Actualmente, sigue sin ser sistemática la incorporación de mujeres en éstos, Carme Valls Llobet (2009: 161) habla de un escaso 14% de los estudios que en 2002 incorporan a las mujeres en sus ensayos.

Por otro lado, tanto la adopción como la ruptura de los mandatos de género tiene un impacto directo en la salud de la población, por ejemplo la doble y triple jornada de las mujeres[6] tiene relación directa con las morbilidades diferenciales en enfermedades musco-esqueléticas o ansiógenas. Así mismo, aquellas mujeres que deciden romper con el silencio impuesto a la violencia son con frecuencia diagnosticadas psiquiátricamente y medicalizadas por ello. Un tercer ejemplo podría ser la insistencia de psicólogos/as o psiquiatras en patologizar las sexualidades disidentes o identidades de género alternativas a la hegemónicas como las identidades trans.

Dar cuenta de que estas diferencias entre los humanos finalmente refieren a una construcción social, que por tanto es modificable, abre puertas para la transformación social y habilita un espacio para la mejora en la atención en salud.

2.3- Interseccionalidad[7]

...Tiene tantas raíces el árbol de la rabia que a veces las ramas se quiebran antes de dar frutos. Sentadas en Nedicks, las mujeres se reúnen antes de marchar hablando de las problemáticas muchachas que contratan para quedar libres. Un empleado casi blanco posterga a un hermano que espera para atenderlas primeroy las damas no advierten ni rechazan los placeres más sutiles de su esclavitud. Pero yo que estoy limitada por mi espejo, mademás de por mi cama veo causas en el coloradem ás de en el sexo y me siento aquí preguntándome cuál demis yo sobreviviráa todas estas liberaciones...

Audre Lorde [8]

Quién dijo que era simple, en "La hermana, la extranjera" (1984)

6.- La doble o triple jornada laboral de las mujeres es un concepto que pretende poner en primer plano el trabajo doméstico y tareas de cuidad y crianza como jornadas laborales; que si bien no son remuneradas implican una dedicación temporal y atencional como el trabajo formal. Una mujer que trabaje fuera del hogar, no concluye su jornada laboral al cumplir con el horario designado, pues en casa seguirán las responsabilidades y tiempos dedicados a la atención de otros/as.

7.- Por Patricia Gonzalez Prado y Rosana Paula Rodríguez.

8.- Esta poeta feminista, negra, lesbiana explora en su obra publicada por primera vez en 1984 las vivencias entrecruzadas del sexismo y el racismo, lo erótico como poder, la poesía como necesidad y nunca como un lujo y las relaciones amorosas entre mujeres.

Se trata de un concepto que proviene de la sociología, que propone y examina de qué formas diferentes discriminaciones -construidas social y culturalmente- se entrecruzan en múltiples y, con frecuencia, simultáneos niveles, contribuyendo con ello a una sistemática desigualdad social. La Interseccionalidad alumbra allí donde la información sobre las sujetas/os sociales resulta insuficiente, el sexo/género, la procedencia étnica, la clase social, la edad, la sexualidad, la religión, cultura, educación, etc. La teoría de la interseccionalidad sugiere que las formas y expresiones discretas de opresión tienen una constitución mutua, pues se forman unas a las otras. Pero no sólo se trata de una categoría de análisis, sino que se trata de una perspectiva política (Rodríguez, Rosana, 2011). El origen de este paradigma se puede rastrear en los trabajos de lo que se ha denominado "Pensamiento Negro Feminista" desde el trabajo pionero de la Combahee River Collective, pasando por los trabajos de Ángela Davis, Bell Hooks, Kimberlé Williams Crenshaw, quienes usarán el concepto de interseccionalidad en su trabajo "Mapping the margins: Intersectionality, identity politics, and violence against women of color", la autora señala la violencia producida contra las mujeres de color en los Estados Unidos, o el trabajo de Patricia Hill Collins, "Intersecting Oppressions".[9] Un ejemplo de cómo se recoge legislativamente la interseccionalidad, lo encontramos en el decreto reglamentario 1011/2010 de la Ley Nacional 26.485, de Protección Integral a las Mujeres[10] (art. 7):

> *(...) Todas las intervenciones que se realicen en el marco de la presente reglamentación deben garantizar un amplio acceso a la justicia y a los diversos programas y acciones de garantías de derechos contemplados por la ley que se reglamenta. La asistencia a las mujeres en situación de violencia será articulada con todos los organismos intervinientes y evitará su revictimización. Se prestará especial atención a las particularidades o características diferenciales que agraven el estado de vulnerabilidad de las mujeres víctimas, tales como la edad, la condición socioeconómica, el origen étnico, racial o religioso.*

Así las formas en que intersecciona el género con otras categorías analíticas como la clase social, la procedencia étnica, la edad, la sexualidad, la identidad de género, entre otras, dan cuenta de las múltiples discriminaciones, opresiones y desigualdades que atraviesan los cuerpos de quienes acceden a los servicios de salud.

La filósofa feminista Diana Maffía, da cuenta de cómo esas diferencias materiales atentan contra la igualdad política, sobre todo –aunque no exclusivamente- las diferencias materiales inscritas en los cuerpos.

Para tomar conciencia de ello basta preguntarnos por ejemplo si es igual transitar la calle –especialmente por la noche- con un cuerpo de mujer que de varón, si creemos que recibe el mismo trato al acceder a la salud en la mayoría de los efectores de nuestra provincia, una mujer lesbiana de procedencia peruana o boliviana –que además es una inmigración muy presente en nuestra provincia-, que un varón heterosexual español -pensando también en otra inmigración extendida históricamente en

9.- Versión digital: Http://www.uk.sagepub.com/upm-data/13299_Chapter_16_Web_Byte_Patricia_Hill_Collins.pdf

10.- Su incorporación en la intervención socio-sanitaria es mandato constitucional a partir de la incorporación en el año 1994 al art. 75 inc 22 de los siguientes tratados internacionales: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo; la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial; la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Ello es ratificado por el Decreto 1011/2010 reglamentario de la ley nacional de violencia 26.485, en su artículo 7º.

Mendoza-. De la misma forma podemos preguntarnos si recibe el mismo trato sanitario una persona de clase media, que ha accedido a estudios universitarios, joven y portadora de un cuerpo considerado "bello", según los cánones estéticos tradicionales, en relación a otra persona en situación de vulnerabilidad social, analfabeta y adulta mayor.

Probablemente concluyamos que estas personas no tienen las mismas posibilidades de acceso, ni reciben el mismo trato al acceder a un servicio de salud. De ahí que la *interseccionalidad* deba ser especialmente tenida en cuenta para no reproducir discriminaciones y violencias, para elaborar un diagnóstico adecuado y planificar una intervención apropiada.

Asumir que todas las personas estamos situadas en igualdad de condiciones y posibilidades es reproducir la desigualdad bajo el manto de la igualdad formal. Pues aunque las legislaciones en amplia medida –en todo caso mucho más que en otros momentos históricos- puedan amparar las pluralidades y complejas desigualdades que atraviesan los cuerpos sociales, es innegable que siguen produciéndose discriminaciones e inequidades en el acceso a recursos materiales y simbólicos, así como a derechos humanos. Ello tiene que ver, entre otras cosas con el hecho de que la ciudadanía ha sido pensada a partir de un sujeto único y hegemónico: el varón, blanco, de clase media, propietario, heterosexual, sano y joven. Por lo que situarse fuera de estas categorías importa espacios de vulnerabilidad y riesgos, por las restricciones de derechos que ello implica.

Desde los aportes de la perspectiva post-estructuralista asumimos el poder como productor de realidad y de saber, y tal como ha señalado Michel Foucault a lo largo de su amplísima producción en este sentido, entendemos no se puede estar fuera del poder. Aquí, la cuestión no es el poder en sí sino cómo se ejerce, qué tácticas y estrategias sigue y cuáles son sus mecanismos de normalización. Acentuando el carácter productivo del poder, esto es lo que conforma -construye- al sujeto a la vez que representa la ocasión para su propia resistencia: donde existen relaciones de poder también existen resistencias.

Recursos

~ Sirenito ~

Cortometraje realizado por Marisa Crespo y Moisés Romera, Saúl es un niño de cinco años que vive apaciblemente su vida hasta que decide vestirse de Sirenito para la fiesta de disfraces de su colegio. Esther, su madre, empieza a preocuparse, especulando sobre la futura tendencia sexual de su hijo.

http://youtu.be/xaKmXni-0xc

~ Vestido nuevo ~

Realizado por Sergi Pérez es la historia de Mario, un niño que decide ponerse un vestido de rosa para ir a la escuela, lo cual generará sorpresa –y discriminaciones- de alumnos/as, profesoras/es y familiares. El cortometraje da cuenta de las respuestas violentas ante la ruptura de mandatos de género y la falta de herramientas para abordar estas situaciones, donde la diferencia genera discriminación.

http://youtu.be/JMakydi0p7o

~No quiero volver solito (Eu náo quero voltar sozinho)~

Cortometraje de Daniel Ribeiro sobre la sexualidad adolescente, en cuyos personajes interseccionan diferentes formas de ser y estar en el mundo.

http://youtu.be/h5BsZwBHn24