

DOCUMENTAS N° 1
MUJERES: TEMAS PENDIENTES

INDICE:

1. Prólogo	Pag. 1
Directora General de la Mujer	
2. Introducción	Pag. 2
Lic. Susana B. Gamba	
3. Temas pendientes	Pag. 4
Lic. Susana Gamba	
4. Mujer y Discriminación	Pag. 11
Lic. Ester Nani	
5. Documento de Beijing :Medio ambiente, Derechos Humanos,	Pag. 32
Medios de Comunicación	
Centro de Información, Documentación y Publicaciones	
6. Mujer y Salud Reproductiva	Pag. 51
Lic. Ester Nani	
7. Maternidad adolescente	Pag. 60
Noemí Geymonat	
8. Mujer y Salud: ¿cómo se manifiesta el género en tanto	Pag. 66
salud/ enfermedad/atención?	
Lic. Valeria Tallarico	
9. Acerca del logro de una salud integral	Pag. 73
Lic. Ester Nani	

1. PRÓLOGO

En mi carácter de Directora General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires me complace presentar esta publicación que inaugura la Serie “DOCUMENTAS”.

El interés creciente por las temáticas referidas a las mujeres, hace necesario producir materiales actualizados que den respuesta a la avidez y demanda de conocimiento que expresan sectores cada vez más amplios y heterogéneos de nuestra sociedad.

Por ello, el principal objetivo de esta serie es aportar al conocimiento específico de las diferentes problemáticas que viven las mujeres, analizadas desde una perspectiva de género. Sabemos que los instrumentos que facilitan la generación de políticas públicas no son neutros ya que en su diseño se expresan nuestra cultura y el carácter de las relaciones establecidas entre los géneros, por lo que resulta imprescindible incluir esta perspectiva en dicho proceso, cuidando de fundamentar nuestras acciones con el marco teórico adecuado.

Por lo tanto, considero que constituye una obligación ineludible elaborar diagnósticos precisos para dar respuestas que contribuyan a la solución de problemas *todavía pendientes*.

En ese sentido, los trabajos que conforman el primer número de la colección Documentas, pretenden dar una visión general y elocuente de algunas situaciones de discriminación que afectan de manera directa la calidad de vida y de oportunidades de las mujeres de nuestra ciudad de Buenos Aires.

Noemí Aumedes
Directora General de la Mujer

2. INTRODUCCIÓN

Esta serie Documentas se propone hacer un modesto aporte dentro del amplio campo interdisciplinario de los estudios de género. En ese sentido múltiples y diversos esfuerzos convergieron para que este primer número se materializara y pudiera estar en sus manos.

Esta iniciativa de "Documentas" surge desde el Centro de Información Documentación y Publicaciones "Zita Montes de Oca" que, a partir de la demanda de las/os usuarios del mismo, tanto a nivel local como nacional, siente la necesidad de dar respuesta haciendo una contribución con la elaboración de pequeños documentos/ ensayos temáticos que sintetizen, mediante el relevamiento de materiales existentes, las discusiones, nudos críticos e investigaciones sobre los temas centrales referidos a la problemática de las mujeres.. Con este propósito se convocó a las profesionales de la Dirección General de la Mujer para que escribieran sobre sus prácticas y experiencias concretas con las mujeres o aportaran resúmenes sobre revisiones bibliográficas u otras investigaciones relacionadas a la problemática que nos ocupa.

Este primer número, de "Temas pendientes" recoge distintos artículos y trabajos sobre algunos ejes acuciantes para las mujeres relacionados a los derechos sexuales y reproductivos , otros temas referidos a su salud integral y a la discriminación de género.

En un primer artículo, que da el nombre a esta publicación, elaborado por quien escribe, se realiza un análisis sobre cuáles serían los principales "temas pendientes".

Ester Nani, a su vez, nos brinda una visión general sobre la discriminación que todavía sufren las mujeres, a partir de estadísticas y cifras, que -aunque muchas no son actualizadas- son las que se pueden recoger en este país, donde a pesar de la globalización y la informatización todavía estamos muy lejos de tener registros actualizados sobre temas referidos a las mujeres. La Dirección General de la Mujer constituye una de las pocas organizaciones a nivel del Estado (e incluso privadas) que llevan registros permanentes sobre las estadísticas aplicadas a sus diversos programas; pero éstos -como es obvio- tienen un alcance que se limita al ámbito de la ciudad de Buenos Aires.

Otros organismos más específicos, como el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) recoge la información censal cada diez años, por lo que no resulta fácil obtener un cruce por sexo actualizado en algunos temas claves que preocupan a las mujeres. La encuesta Permanente de Hogares constituye la herramienta más sistematizada y completa para recoger información en períodos más breves de tiempo, pero en ella tampoco aparecen todos los indicadores de interés para las temáticas que aquí se plantean.

A nivel general, los últimos datos más completos fueron los que se elaboraron para la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en 1995 por las Naciones Unidas. Desde entonces no hay prácticamente estadísticas nuevas.

Justamente a dos años de esa conferencia, desde esta Dirección General se realizó una Jornada con ONGs. donde el Centro de Información y Documentación aportó otro de los documentos que aquí se presentan titulado "A dos años de Beijing". En el mismo se hace una ajustada síntesis, en base a la bibliografía existente en el propio Centro, sobre "Mujer y Medio Ambiente, Medios de Comunicación y Derechos Humanos" .

Ester Nani nos brinda un panorama sobre salud reproductiva, y otro sobre Salud Integral de la mujeres en los que se analizan también las políticas públicas y la legislación vigente en torno a esos problemas.

Por otro lado Valeria Tallarico nos habla de los modos de enfermar de las mujeres , interrogándose en su trabajo sobre "Mujer y Salud": ¿Cómo se manifiesta el género en tanto salud-enfermedad-atención?

Por último, Noemí Geymonat reflexiona sobre la problemática de las madres adolescentes, a partir de su experiencia en el Hogar María Eva Duarte, dependiente de la Dirección General de la Mujer.

Al final de cada documento se menciona la bibliografía consultada. Como hay una constante producción de materiales nuevos en los distintos temas, este Centro se permite agregar otros títulos que considera de interés para quienes quieran indagar más a fondo sobre determinadas problemáticas.

Para finalizar, cabe manifestar un agradecimiento a todas las autoras e investigadoras que nos han hecho llegar sus publicaciones y materiales al Centro "Zita Montes de Oca", ya que gracias a los aportes e ideas que de ellos se desprenden, es que ha sido posible elaborar gran parte de este primer Documentas.

Lic. Susana Gamba
Coordinadora del Centro de Información, Documentación
y Publicaciones

3. TEMAS PENDIENTES

Mujer. Lic. Susana Gamba, Comunicóloga, Maestría en Ciencias Sociales, Especialista en Estudios de la Coordinadora del Centro de Información y Documentación de la DGM

La lucha de las mujeres por alcanzar la igualdad de oportunidades en lo político, social, económico y cultural, constituye sin dudas, uno de los grandes movimientos transformadores de este siglo.

En el proceso de esta lucha en defensa de sus derechos y el logro de una ciudadanía plena las mujeres han desplegado gran creatividad, poniendo en tela de juicio los paradigmas predominantes. Han sido creadoras de discursos, teorías y conceptos para dar cuenta de la desigualdad entre los géneros y permitir la visualización de situaciones de discriminación. Esto ha dado lugar a la incorporación de temas de gran riqueza conceptual, que poco a poco se han ido instalando en el debate público, la agenda política y en el imaginario social, permitiendo su legitimidad política.

La noción de que la profundización de la democracia exige un gran esfuerzo de inclusión de este sector que representa a más de la mitad de la población mundial, relegada a una ciudadanía restringida. La evidencia de que la participación de las mujeres no es suficiente si no cuenta en las máximas decisiones, exige redefinir el concepto de ciudadanía, ampliando el campo de la política, integrando lo cotidiano, e incorporando la noción de igualdad compleja o igualdad en la diferencia, destruyendo las barreras de orden social, cultural, normativo y político que impiden el ejercicio pleno de dicha ciudadanía.

El concepto de igualdad de oportunidades y su correlato de políticas, programas y planes de acción positiva para corregir situaciones de desigualdad de origen, que, habiendo surgido en relación a problemáticas de las mujeres, se ha hecho extensivo a otras situaciones de discriminación y exclusión.

La imposición de la ya “clásica” consigna de los setenta: “lo personal es político” , permite superar las falsas divisiones entre lo público y lo privado, haciendo irrupción con múltiples temas de la vida cotidiana. Adquieren carácter público los debates sobre violencia doméstica, abuso y violencia sexual, los derechos sexuales y reproductivos, la libre elección de la maternidad, incorporándose a la agenda política. Estos constituyen algunos de los aportes realizados desde el movimiento de mujeres en temas de gran relevancia y repercusión social.

También la necesidad de promover la creación de áreas específicas en el Estado, desde las que es posible diseñar y articular políticas públicas que permitan producir cambios y mejorar la calidad de vida de las mujeres, incorporando la perspectiva de género en los más altos niveles de planificación política, social y económica.

Lo señalado nos permite concluir que aunque falte mucho camino por recorrer, el grado de instalación que esta problemática ha alcanzado en los medios de comunicación, los partidos políticos, los organismos internacionales y la academia no ha

sido poco. Del mismo modo que fueron considerables las transformaciones socioculturales y los avances legislativos que en las últimas décadas impulsaron o tuvieron como protagonistas a las mujeres en nuestro país y el mundo entero.

No obstante, no podemos dejar de reconocer que -pese a estos avances-son muchos los desafíos pendientes para encontrar soluciones de fondo a los complejos y diversos problemas que la situación social de las mujeres nos plantea.

En nuestro país, la aplicación de políticas de ajuste tuvo como consecuencia entre otras cuestiones -al igual que en otras partes del mundo- un impacto diferencial entre varones y mujeres, fenómeno conocido como “feminización de la pobreza”. Los efectos perversos del modelo neoliberal, expresados en un aumento de los niveles de desigualdad, el deterioro de los servicios básicos y el abandono del rol del Estado en la prestación de dichos servicios, la regresión de la distribución del ingreso y la precarización del mercado laboral, tienen un doble impacto en la calidad de vida de las mujeres.

Según el informe de evaluación de la Década de la Mujer de las Naciones Unidas, “con pocas excepciones, el acceso relativo de las mujeres a los recursos económicos, ingresos y empleo, se han deteriorado. Al mismo tiempo, ha aumentado su carga de trabajo y disminuido sus niveles absolutos de salud, educación y nutrición”.

La creciente incorporación femenina al mercado laboral, se ha dado simultáneamente al aumento de la tasa de desempleo y al incremento del trabajo doméstico no remunerado ante la necesidad de suplir los bajos ingresos familiares y los servicios sociales deteriorados.

Aunque las estadísticas muestran un descenso de la participación laboral femenina a partir de los 25 años, por causas relacionadas con la maternidad, durante la última década se observa un ritmo de descenso menor. Esto indica que las mujeres continúan siendo económicamente activas durante el período de mayor carga reproductiva, concentrando así la doble función productiva-reproductiva, sin que ello haya traído aparejado grandes cambios en los roles familiares.

Por otra parte, ese crecimiento en el mercado laboral no ha significado un cambio sustantivo respecto al reconocimiento social y salarial del aporte que las mujeres realizan al Producto Bruto Nacional. Además, según las estadísticas¹, las mujeres perciben menos de los 2/3 del salario de un varón por realizar la misma actividad. Estas desigualdades salariales no son explicables a partir de los niveles de educación, dado que la fuerza de trabajo femenina en Argentina presenta niveles de instrucción superiores a la fuerza de trabajo masculina en los niveles de educación formal.

Las razones de esta discriminación deben buscarse en las relaciones de género, que todavía mantiene vigente la antigua creencia que considera al trabajo femenino como un “complemento” al presupuesto familiar y al aporte del “jefe del hogar”. No obstante esta situación, las cifras muestran el importante número de hogares sostenidos por

¹ Rosalía Cortés, “Mujer en Cifras,

mujeres: entre el 25% y 30% según las áreas urbanas o rurales, desnudando la falsedad de esos viejos argumentos. A su vez, esos hogares con jefatura femenina, son los que sufren mayor exposición a la pobreza y coloca a las mujeres frente a una dura lucha por la manutención de los hijos-as.

La discriminación laboral que afecta a las mujeres se ve reforzada por una todavía predominante segmentación ocupacional. La educación juega un rol fundamental. Desde temprana edad las jóvenes se ven culturalmente motivadas hacia “ocupaciones femeninas”, generándose una segmentación por áreas educativas, que perfilarán el tipo de formación y el acceso posterior a los puestos de trabajo.

Si bien este fenómeno está cambiando en los últimos tiempos, la tendencia predominante sigue siendo la señalada. La flexibilización y precarización laboral también atentan con particular saña contra las mujeres. Actualmente el embarazo y la licencia por maternidad son motivos frecuentes de despido laboral. Entre las que permanecen, muchas se ven obligadas a retomar la actividad a los pocos días de haber parido a sus hijos, en una muestra cabal del valor que las leyes del mercado otorgan a la maternidad como bien social.

En síntesis, el conjunto de factores que hacen que las mujeres, junto con los niños-as, sean los más pobres entre los pobres, exige poner especial énfasis en el fenómeno de la feminización de la pobreza, incorporando la perspectiva de género en cualquier estrategia para afrontar el deterioro de la calidad de vida de los sectores más afectados por las políticas económicas vigentes.

En el mismo orden de preocupaciones, el abanico de problemáticas que se abre en relación a la ausencia de políticas públicas de salud y asistencia social orientadas a responder a las necesidades de la población en materia de derechos sexuales y reproductivos, también tiene un alto costo en la calidad de vida de las mujeres. Los altos porcentajes de embarazo adolescente, muerte materna y abortos clandestinos que registra nuestro país, no han merecido aún, políticas de prevención alguna. Por el contrario a las posiciones que la delegación oficial argentina ha sustentado en foros internacionales, como la Conferencia Mundial de Población, realizada en EL Cairo y la IV Conferencia Mundial de la Mujer, llevada a cabo en Beijing, no sólo no dan cuenta a los urgentes requerimientos sociales que estas problemáticas plantean, sino que ofenden el nivel de debate y consenso alcanzado.

Entre la agenda de temas que las mujeres han impuesto en el debate público, el de los derechos reproductivos es quizás, el que mayores polémicas despierta. Es por eso tal vez, que a pesar de la media sanción en diputados, aún duerme en el Senado la Ley que pueda reglamentarlos. Todas las concepciones natalistas o antinatalistas que otorgan a los estados razones para restringir o suprimir el derecho inalienable de las personas a decidir libremente qué hacer con su capacidad reproductiva -vale decir, elegir si tener o no tener hijos, cuándo y con qué periodicidad- constituyen una grave violación a los Derechos Humanos.

Crear las condiciones sociales, legales, económicas y culturales para garantizar el acceso de toda la población a esos derechos, es efectivamente el rol del Estado.

También es función del Estado velar por el derecho a una vida digna, previniendo la violencia dentro y fuera del hogar. La violencia constituye la cara más oscura de las relaciones de subordinación. La violencia doméstica, por su extensión, persistencia y gravedad constituye un gravísimo atentado a los derechos humanos que atraviesa todos los sectores sociales, etnias y culturas.

La generalización del fenómeno demuestra que existe una gran permisividad cultural respecto al uso de la violencia contra mujeres y niños. El mismo requiere del Estado y de los sectores más activos y concientes de la sociedad civil, una intervención firme y una muy decidida política de prevención.

Este breve recorte de las principales problemáticas que atraviesan las relaciones de género, permite comprender la complejidad de las tareas pendientes. Las reformas legislativas son necesarias pero no suficientes, los cambios culturales son imprescindibles, pero deben ir acompañados por políticas que modifiquen las actuales condiciones de exclusión y marginación que tienen a las mujeres como principales víctimas del ajuste.

Por eso el compromiso con el mejoramiento de las condiciones de vida concretas de las mujeres debe ser tomado desde una perspectiva integral, con acciones simultáneas y diversas, con políticas y programas que incorporen lo social, económico, cultural y legislativo.

Esta es una tarea que debe involucrar al conjunto de las energías transformadoras de la sociedad, promoviendo al mismo tiempo la más amplia participación política de las mujeres para garantizar el desarrollo de su capacidad ciudadana de decisión en los espacios de poder político-institucional.

El desafío de sentar las bases para la construcción de una sociedad más democrática y equitativa, donde tenga cabida la amplia gama de intereses y demandas específicas que el proceso emancipatorio de las mujeres ha impulsado, no es tarea fácil en una comunidad que todavía tiene dificultades para incluir lo diferente y respetar la pluralidad.

En este sentido, la defensa de los derechos de las mujeres, se mancomuna con la de muchos otros sectores negados en sus demandas de identidad: de raza, origen social, edad, religión y elección sexual.

La democracia, como forma de vida y organización social, es el único espacio capaz de dar respuesta a estas múltiples identidades, en un proceso inclusivo y un orden plural, ético y solidario, donde cada persona, mujeres y varones, pueda desarrollarse con dignidad.

Bibliografía²

AA.VV., *Entre píldoras, mandatos y emociones-Primeras Jornadas 28-29 de mayo de 1993*, Red Nacional por la Salud de la Mujer, Buenos Aires.

AA.VV., *Pobreza urbana y políticas sociales*, CEIL-Boletín Especial, setiembre 1995, Buenos Aires.

AA.VV. *Mujeres hoy*, Fundación TIDO, Buenos Aires 1992.

APDH-Comisión de la Mujer y sus derechos, *Los derechos reproductivos son derechos humanos*, APDH, Buenos Aires 1995.

BIANCO Mabel, *Fecundidad, salud y pobreza en América Latina-El caso Argentino*, FEIM-FNUAP, Buenos Aires, 1996.

BIRGIN Haidée, "La democracia es una asignatura pendiente" en *Transiciones -Mujeres en los procesos democráticos*, ISIS- Edic. de las mujeres n° 13, Santiago 1991.

BURIN Mabel, MELER Irene, *Género y Familia*, Paidós, Buenos Aires, 1998.

CLADEM, *Cumbres, consensos y después...Seminario Regional "Los derechos humanos de las mujeres en las conferencias mundiales"*, CLADEM, Lima 1996.

CLADEM, *Vigiladas y castigadas*, CLADEM, Lima 1993.

² El artículo precedente fue una elaboración de la autora, basada en sus años de experiencia en el Movimiento de Mujeres y a su formación teórica, por lo que no hay una bibliografía específica consultada para el mismo. No obstante, se proporcionan aquí algunos títulos básicos para quienes tienen interés en profundizar algunos aspectos de los mencionados en el texto.

FORO POR LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas: propuestas para la promoción de los derechos sexuales y reproductivos*, FORO...Buenos Aires 1997.

COELHO Marta, GAMBA Susana, "Aportes al debate sobre Género, Pobreza y políticas sociales: el caso argentino", Documento elaborado para la VII Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe, ESSIP, 1997 (Mimeo).

COMISION DE FAMILIA, MUJER Y MINORIDAD-DIRECCION DE INFORMACION PARLAMENTARIA, *Proyectos parlamentarios sobre la mujer*, Cámara de Diputados de la Nación, Buenos Aires 1997.

CORTES Rosalía, "Trabajo" en *Mujeres Latinoamericanas en Cifras- Argentina*, Instituto de la Mujer-Ministerio de Asuntos Sociales y FLACSO, Madrid 1993.

CORTES Rosalía, "Trabajo" en *Mujeres Latinoamericanas en Cifras-Tomo Comparativo*, Instituto de la Mujer-Ministerio de Asuntos Sociales y FLACSO, Madrid 1995.

DIRECCION DE INFORMACION PARLAMENTARIA, *Mujer, Estudios e investigaciones N°9*, IP, Cámara de Diputados, diciembre 1996.

ESSIPP, *"Aporte crítica de ONG's al informe del Gobierno Argentino al CEDAW"*, mimeo.

FACIO Alda y otras, *Violencia contra la mujer: reflexiones desde el derecho*, Manuela Ramos, Lima 1996.

FORO PERMANENTE POR LOS DERECHOS DE LAS MUJERES, *Tribunal por los derechos de las mujeres a la salud-Jornada preparatoria*, Foro..., Buenos Aires 1997.

FUNDACION FRIDRICH EBERT, *Cuota Mínima de participación de ambos sexos*, F. Ebert, Buenos Aires, mayo 1991

GELSTEIN Rosa, *Los roles de género en la crisis*, CENEP-UNICEF, Buenos Aires 1994.

GELSTEIN Rosa, *Mujeres Jefas de Hogar: familia, pobreza y género*, Cuadernos del Unicef 3, Unicef-Argentina, Buenos Aires 1997.

INSTRAW , *Mecanismos nacionales para la promoción de la mujer: estudios de casos escogidos*, NACIONES UNIDAS, Nueva York 1980.

MAFFIA Diana, KUSCHNIR Clara (comp), *Capacitación política para mujeres: Género y cambio social en la Argentina actual*, Feminaria Editora, Buenos Aires 1994

QUESADA Ana y BARAHONA MONTERO Manuel, *Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer- Plataforma de Acción-Declaración de Beijing*, CMF, Ministerio de Planificación y Política Económica, Costa Rica 1996.

RODRIGUEZ, M.; STAULI D; GOMEZ P. (Edit.-comp..) , *Mujeres en los'90-Escenarios y desafíos*,CENTRO MUNICIPAL DE VICENTE LOPEZ, Buenos Aires 1997.

RODRIGUEZ, M., STAULI D., GOMEZ P. (Edit.-comp..) , *Mujeres en los'90-Escenarios y desafíos-* Vol. II, CENTRO MUNICIPAL DE VICENTE LOPEZ, Buenos Aires 1998.

4. MUJER Y DISCRIMINACIÓN

Trabajo de Investigación realizado por Ester Nani³
Buenos Aires - Septiembre 1997

Discriminación de Género

Los principios de **igualdad, libertad y fraternidad**, que se instauran con la Revolución Francesa, definen la ciudadanía de las democracias pero no fueron concebidos para las mujeres.

Desde una simple observación de la realidad hasta un análisis más detallado de las cifras de un país, observamos las profundas diferencias entre mujeres y hombres expresando un trato de inferioridad o descalificación por razones de sexo, fenómeno que denunciamos como **discriminación de género**.

De acuerdo a la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la misma es definida como: *“toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera”*.

La discriminación sexual, a diferencia de otro tipo de discriminación, trasciende todas las barreras ya que afecta a las mujeres de todos los grupos socioeconómicos, religiosos y generacionales a pesar de sus diferentes manifestaciones.

En los albores del Siglo XXI todavía observamos que en lo que se refiere al poder económico, menos del 5 % de la riqueza mundial está en manos de las mujeres; en el poder político su presencia en lugares de representación y decisión es notoriamente inferior a la de los hombres. En cuanto a lo cultural, aún nos encontramos debatiendo acerca de si la mujer tiene la misma capacidad e inteligencia que el hombre y respecto a su salud, sobre si tiene derecho o no a regular su fecundidad; en definitiva, a si es o no una **persona** con derechos y responsabilidades al igual que el hombre.

Descubrimos en el lenguaje sexista, en las formas de educación, en los medios de comunicación, en la publicidad, en casi toda nuestra cultura, contenidos de descalificación hacia la mujer en su condición de tal. Todo esto funcionando como dispositivo ideológico de justificación y perpetuación de la discriminación de género, la que afirmamos, no es un problema de las mujeres sino de la sociedad toda.

La Discriminación en Cifras

Trabajo

³ Lic. en Psicología, integrante del equipo de Proyectos, investigaciones y capacitación de la Dirección General de la Mujer

La III Convención de la Organización Mundial del Trabajo (O.I.T.) de 1958 se refiere a la discriminación como a “...*toda exclusión o preferencia que tenga por efecto destruir o alterar la igualdad de oportunidades o de trato, en materia de empleo o profesión*”.

Las mujeres representan la tercera parte de la fuerza laboral, contribuyen aproximadamente con las dos terceras partes de las horas de trabajo, pero reciben la décima parte de los ingresos y son dueñas de menos del 1 % de los bienes del mundo.

Ganan entre el 40 % y el 60 % menos de lo que cobran los hombres por igual trabajo y la misma capacidad. Son utilizadas para realizar las tareas más serviles y precarias, con menos futuro, con largos horarios y peor salario.

Junto con los niños, constituyen el grupo de población más afectado por la crisis económica resultante de la aplicación de políticas de ajuste estructural.

América Latina en su conjunto, sufre un enorme retroceso económico en la década de los ‘80, conocida como la “*década perdida*”, debido a la crisis de la deuda y de las políticas adoptadas con posterioridad. Cayó el ingreso por habitante, creciendo la desigualdad distributiva conjuntamente con el aumento de la pobreza extrema en la mayoría de la región

Con la caída de la industria y la manufactura, decae también un alto porcentaje de ocupación masculina y como consecuencia de esto, el 30 % más pobre del sector femenino sale a trabajar en el servicio doméstico, convirtiéndose en la base principal del sostén económico familiar de escasos recursos.

De esta forma se ven obligadas a intensificar su tiempo de trabajo ya que proveen de los recursos esenciales para la supervivencia familiar realizando tareas fuera del hogar conjuntamente con su rol tradicional doméstico, del cual la mayoría de los hombres no se hace cargo. El cálculo de 75 horas semanales de trabajo, muestra la sobrecarga de esfuerzo a la que están sometidas.

En la **Argentina**, a pesar de las dificultades para aportar datos más exactos y recientes, podemos estimar que las mujeres representan entre un tercio y un 40 % de la Población Económicamente Activa (P.E.A.) Nacional, esta estimación de 1994, es aproximada. Se entiende por P.E.A. a las personas comprendidas entre los 15 y los 64 años que tienen trabajo, más las que estando en condiciones de trabajar, se encuentran desempleadas y buscando trabajo.

La segregación horizontal, referida a la distribución entre los diferentes sectores de actividad, generan diferencias notables en los empleos que realizan mujeres y hombres, la mayoría de ellas trabaja en el sector terciario de la economía (servicios), principalmente como empleadas de oficina y comercio así como en el servicio doméstico (97,7 %), mientras que los hombres se reparten en forma más regular en los diferentes sectores económicos.

En cuanto a las profesiones, la mayoría de las mujeres son docentes y casi la totalidad de las enfermeras, siendo la minoría entre arquitectos/as e ingenieros/as.

Como sucede en casi toda América Latina, la proporción de profesionales es superior en la P.E.A. femenina que en la masculina, siendo del 7,7 % y 7,2 % respectivamente, pero las mujeres son aún el 36,4 % del total de los profesionales. Por el contrario, representan los dos tercios de los empleados en servicios personales.

Desempleo:

En cuanto a la desocupación, los datos disponibles a través de la Encuesta Permanente de Hogares (E.P.H.) muestran que la tasa de desempleo es mayor en las mujeres en casi todos los años '80 y en lo que va de los '90. Se calcula que entre el 16 % y el 17 % de nuestra población se encuentra por debajo del nivel de pobreza.

Si bien es cierto que la disminución del empleo industrial afecta en este tiempo a ambos sexos, esto es más acentuado en las mujeres.

La proporción de ocupados industriales descendió del 32,2 % en 1980 al 27 % en 1992 en el caso de los varones (+ 5,1 %); mientras que se redujo del 23,9 % al 16,7 % entre las mujeres (+7,2 %).

A la vista de dicha información, puede asegurarse que las mujeres sufren el desempleo industrial en mayor medida que los hombres en casi todas las principales ciudades del país.

En 1980 se elaboró en la Argentina, el indicador de Necesidades Básicas Insatisfechas (N.B.I.), según el índice propuesto por la CEPAL para evaluar la distribución de la pobreza

Al eliminarse en 1991, del cálculo de las Necesidades Básicas Insatisfechas, el indicador que reflejaba la relación ocupados/dependientes económicamente (el sector más afectado por la desocupación), muchos hogares dejaron de ser considerados con N.B.I. Esto ha afectado el indicador, ya que es a partir de ese año que se registra el mayor deterioro progresivo de la ocupación ⁽¹⁾. Debido al achicamiento del Estado respecto de los servicios sociales, se produce una importante disminución del empleo en el sector terciario lo que afecta mayoritariamente a las mujeres.

A la responsabilidad reproductiva y administrativa del hogar, se ha sumado una nueva y mayor responsabilidad productiva, en el intento de lograr los ingresos mínimos para subsistir. En esta década, la cantidad de mujeres que vive en la pobreza ha aumentado notablemente respecto de los hombres. Esto ha sido calificado como la “**feminización de la pobreza**”.

Respecto de las mujeres jóvenes, la maternidad o la posibilidad de ella dificulta aún más su inserción laboral. Camila Morano ⁽²⁾ define el perfil de la mujer desocupada en 1991 como: “*mujer joven (hasta 29 años) con Educación Media Secundaria incompleta, con experiencia laboral anterior que busca trabajo en los últimos tres meses. Las sub-ocupadas muestran niveles educativos extremos: primaria o universitaria completas que se ocupan en el servicio doméstico y la enseñanza, respectivamente*”.

⁽¹⁾: Bianco, Mabel: “*Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina: el caso Argentino*” F.E.I.M. Bs. As. 1996

⁽²⁾: Morano, Camila: “*Mujer, empleo, educación e ingresos en el área Metropolitana*” Mimeo. Bs. As. 1994

En 1992, el desempleo para las mujeres jóvenes fue del 11 % siendo del 4,9 % entre las adultas, respecto a los varones jóvenes mostraban un índice del 10,3 %, siendo del 5 % para los adultos.

Con datos más recientes, la E.P.H. (INDEC), muestra que en 1995 (pico máximo) en la Capital Federal y el Gran Buenos Aires reside la mitad del total de los desocupados del país y que de este porcentaje los jóvenes representan el 41 %.

En el grupo de 15 a 19 años, las mujeres desempleadas representan el 59,8 % y en el de 20 a 24 años, representan el 30,7 % frente al 24 % de los varones.

Edad en Años	Tasa de Actividad			Tasa de Desocupación		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
15-19	41,3	48,7	33,8	51,7	46,8	59,8
20-24	78,9	88,2	65,9	26,9	24	30,7
Total 15 años y más	60,5	77,6	45,8	19,9	17,3	45,8

Fuente: Encuesta Permanente de Hogares. 1995. Cap. Fed. y Gran Bs. As.

Subempleo:

Se entiende como subocupado/da a aquella persona que deseando trabajar más, trabaja menos de 35 horas semanales.

El subempleo en la Argentina golpea más a las mujeres que a los hombres, tanto si tenemos en cuenta el nivel salarial como el número de horas trabajadas a la semana.

Según datos de la E.P. de Hogares de Octubre de 1991, se observan que las tasas de subempleo femenino eran apreciablemente mayores que las del masculino:

Mujeres = 65,2 %

Varones = 34,8 %

Estas cifras marcan tendencias y estimaciones globales que se mantienen hasta la fecha.

Las subocupación de las jefas de hogar, es mayor que la de los jefes varones. También observamos que entre las mujeres de más bajo nivel educativo se registran porcentajes más bajos de desocupación, siendo en cambio mayores en subocupación.

La mayoría de las mujeres subocupadas se encuentran principalmente en las actividades de servicios, mientras que los varones se reparten de manera más homogénea entre las ramas productoras de bienes y servicios.

Jefas de Hogar:

A principios de los '90 se observa un aumento considerable de hogares con jefatura femenina en todo el país, aproximadamente un 32,1 %, involucrando a sectores pobres y no-pobres. Respecto de los pobres estructurales, estos han aumentado a un 44 % (INDEC).

Del total de jefas de hogar, más de la mitad corresponde al estrato de trabajadoras marginales.

Diferencias Salariales:

Una manera de evaluar la desigualdad en la condición de los sexos en un país, resulta de comparar el valor del Índice de Desarrollo de la Mujer (I.D.M.) con el Índice de Desarrollo Humano (I.D.H.). La comparación de la categoría de un país según el I.D.H. y

según el I.D.M. indica cuán equitativamente se distribuye la capacidad humana básica entre mujeres y hombres.

Entre los países en desarrollo cuya categoría según el I.D.M. es notoriamente inferior a la del I.D.H. figura la Argentina, especialmente en lo que se refiere a la desigualdad salarial⁽³⁾.

El I.D.H. se establece en base a los siguientes indicadores: esperanza de vida al nacer, tasa de alfabetización de adultos, tasa de matriculación combinada, el P.B.I. real Per Cápita y el P.B.I. real Per Cápita ajustado.

Al iniciarse los años '90, como sucede en América Latina y prácticamente en todo el mundo, las mujeres continúan obteniendo menores ingresos que los varones por el mismo trabajo. Esto se debe tanto a las mayores dificultades para acceder a puestos de dirección (**por discriminación indirecta o no manifiesta**) como a puestos de igual nivel y responsabilidad (**por discriminación directa o manifiesta**).

Cuando las mujeres aparecen ganando más que los hombres es debido a que no se trata de ocupaciones comparables ya que ellos trabajan en las diferentes actividades propias del sector y las mujeres lo hacen solamente como empleadas de oficinas y/o tareas similares.

Acoso Sexual:

Se entiende por acoso sexual a las insinuaciones, bromas de mal gusto, propuestas cuya indecencia se basa en que esto se circunscribe en la relación de poder establecida entre el acosador y su víctima⁽⁴⁾.

⁽³⁾: “Informe Argentino sobre Desarrollo Humano”. 1996. Honorable Senado de la Nación. Arg.

⁽⁴⁾: Estudio de la Secretaría de la Mujer de UPCN. 1997. Arg.

Según la Organización Mundial del Trabajo (O.I.T.), 8 de cada 10 mujeres han sido presionadas sexualmente en su trabajo, siendo el caso inverso cuando se trata de un hombre ya que se calcula en 1 cada 10.

La inestabilidad laboral y la gran dificultad para conseguir un nuevo empleo, son realidades que conspiran contra las denuncias por acoso sexual. Lamentablemente todavía, la mayoría de las afectadas vive al acoso como un problema privado y no como una situación de indignidad en el trabajo, basada en un abuso de poder.

El decreto presidencial Número 2385 del año 1993 penaliza al acoso sexual en el ámbito de la Administración Nacional, pero no existe legislación alguna para el ámbito privado.

Salud

Los problemas más relevantes relacionados con la salud de las mujeres son: la elevada morbi-mortalidad materna, las enfermedades y muertes por infecciones y tumores, el embarazo adolescente y el S.I.D.A.

En el terreno de la salud femenina observamos que incide especialmente la pertenencia a un determinado sector socio-económico y cultural, lo que influirá tanto en la

percepción de los procesos de salud y enfermedad como en las exigencias y demandas referidas a los servicios de salud.

Las mujeres de sectores sociales medios o altos programan los nacimientos, conocen las diferentes prácticas anticonceptivas, las medidas preventivas para el cuidado de su salud y la de sus hijos, corren el menor riesgo posible para sus embarazos o partos, etc. Las de los sectores más bajos de la sociedad están sometidas a una doble discriminación: por su condición de género y por su situación de pobreza. Estas mujeres -mayoritarias en el escenario social- tienen como destino principal el rol reproductivo.

Su deseo está secundarizado por la necesidad y deseos masculinos, por lo que en su horizonte de vida parece no existir la posibilidad de decidir desde ellas mismas acerca del ejercicio de su sexualidad y su reproducción.

En general estas mujeres desconocen:

- El funcionamiento de su cuerpo y el del hombre.
- Su sexualidad (asociada al temor y la pasividad).
- El proceso de fecundación.
- Cómo cuidarse ella y cómo exigir cuidados a su compañero.
- Que la responsabilidad de la procreación es compartida.
- Los límites de edad deseables para procrear.
- Cómo controlar los embarazos y los espacios entre ellos.
- Sus derechos en los servicios de salud.
- Cómo compartir la crianza.

Esta falta de conocimientos implica que en muchos casos el proceso reproductivo esté subordinado al deseo del otro, a la fatalidad o a decisiones de orden divino, en definitiva es **algo que no les pertenece**. Los embarazos son en gran medida no deseados o producto de violación, incesto, abuso sexual o por relaciones circunstanciales que generalmente no contemplan su derecho al placer sexual como a decir que no.

Otro de los problemas actuales acuciantes es el incremento de la maternidad adolescente, con un aumento notable entre 1980 y 1992.

El número y la proporción de nacidos vivos creció en las menores de 15 años y en las de 15 a 19 años. Actualmente el 15% de los nacidos vivos en el país, aproximadamente 100.000 de los 680.000 que ocurren por año, son hijos de madres adolescentes (⁵).

En el Area Metropolitana, se observa un aumento de adolescentes embarazadas y con características alarmantes. Estas madres, en una proporción dos veces mayor que las madres de 20 años, no tienen pareja estable, la cantidad de analfabetas es mayor y no cuentan con recursos económicos seguros (según datos del Min. de Sal. y Ac. Social de Dic. de 1992).

El riesgo de tener hijos nacidos con bajo peso (menos de 2,500 kgs.) es mayor que en las madres de 20 años y más, lo que aumenta considerablemente (al doble) el riesgo de muerte infantil durante el primer año de vida. A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años.

Es importante aclarar que estos índices de muerte materna no están relacionados con la edad, sino con la atención y la situación económico-social y la ausencia de respuestas institucionales **específicas** para abordar esta problemática.

Otros datos nos muestran la mayor frecuencia del embarazo adolescente en los sectores pobres, evidenciando el mayor y mejor acceso económico de los sectores medios y altos a la planificación familiar y/o al aborto como forma de interrumpir los embarazos no

deseados en forma segura (fuente: Min. de Salud y Ac. Social. Programa Nacional de Estadísticas de Salud).

Según la Unesco las jóvenes de los sectores populares de América Latina “no consideran que sus cuerpos les pertenezcan hasta tal punto que la violencia u opresión sexual no pueden ser visualizadas como un asalto a su libertad. Aun adultas aceptan las demandas sexuales del hombre como una obligación para satisfacerlo y que en su mundo no hay lugar para la anti-concepción”. Todo esto se inscribe dentro de lo que podemos llamar la “lógica del instante”, opuesta a la “lógica del cuidado y la anticipación”.

Por ser niñas, mujeres y pobres, se encuentran en absoluta desprotección psicológica, social y económica.

(⁵): Idem 1

El incremento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio incluido el aborto desde fines de la década del ‘80, muestra un alto índice de riesgo de las mujeres en su reproducción. Podemos relacionar esto con su creciente pauperización y con la imposibilidad de realizar los controles correspondientes por falta de información, carencia y/o deterioro de los servicios públicos, consecuencias resultantes de la aplicación de políticas de ajuste estructural que encuentran en las mujeres y niños a su principales víctimas.

Cuadro N° 3

Tasas de Mortalidad Materna (cada 100.000 nacidos vivos) por grandes grupos de causas. Región Capital Federal

Jurisdic. de Residen.	1980 - Tasas				1985 - Tasas				1990 - Tasas				1991 - Tasas			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Cap. Fed.	38,1 3	27,5 4	10,5 9	0,0 0	19,7 3	2,7 1	1,3 5	0,0 0	41, 34	21, 89	19, 46	0,0 0	10,0 7	5,0 4	5,04	0,0 0

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. 1980. 1985. 1990. 1991.

Referencias: 1) Mortalidad Materna; 2) Aborto; 3) Causas Obstétricas Directas; 4) Causas Obstétricas Indirectas

El aborto es la principal causa de muerte materna y su peso relativo es mayor a medida que aumenta la edad de las mujeres, la mayoría de ellas con pareja estable y con hijos pequeños. El porcentaje más alto de muertes se observa entre las mujeres de 25 a 34 años. En 1992 la proporción en las de 35 y más años evidenció un significativo aumento con respecto a la década anterior.

En lo que se refiere a la mortalidad materna en la Ciudad de Buenos Aires, estudios realizados por Marconi y otros ⁽⁶⁾, evidenciaron que la mayoría de las muertes correspondían a mujeres de sectores pobres y sin cobertura médica. Asimismo se observa en la Capital Federal que el mayor aumento de abortos se da entre las mujeres de 15 a 19 años.

Con respecto a la Argentina, se estima que se realizan entre 335.000 y 400.000 abortos por año. Teniendo en cuenta que en el país hay un promedio de 650.000 nacidos vivos por año, esto significa que se realiza alrededor de un aborto cada dos embarazos a término.

⁽⁶⁾: Marconi, E.: “Morbi-mortalidad materna en la Argentina” en “Por una maternidad sin riesgos” de M. Bianco. FEIM. Arg. 1992

Entre el 30 y el 40 por ciento de las camas públicas de ginecología están ocupadas por mujeres que sufrieron complicaciones derivadas de “abortos caseros” o mal realizados, siendo el responsable de la muerte de 200.000 mujeres al año ⁽⁷⁾.

En el mundo observamos, que un millón de mujeres mueren anualmente por complicaciones en el parto, especialmente en África y en el Sur de Asia, según un estudio difundido por la Sociedad Mundial de Parto (1997), lo que demuestra que mueren más mujeres por partos que en todas las guerras.

El S.I.D.A. encuentra cada vez más a las mujeres entre sus víctimas. Hasta hace poco más de una década era una enfermedad relacionada con grupos portadores determinados, como los drogadictos, los homosexuales y las prostitutas, siendo por esa razón altamente estigmatizada. En la actualidad esta situación a variado notablemente: el virus y la enfermedad afectan a parejas heterosexuales, varones, mujeres, jóvenes, adultos, pobres y ricos.

Respecto del V.I.H./S.I.D.A. en Argentina se registran sólo las personas enfermas, no las infectadas. El subregistro de enfermos se estima en dos por cada notificado. Al 30 de noviembre de 1994 existían 5.303 personas enfermas desde 1982, año en el que se registraron los primeros enfermos. La primera mujer enferma se registró en 1987, la relación hombres/mujeres enfermos varió de 84:1 en 1987 a 3,3:1 en 1994, con un promedio de 4,7 hombres por cada mujer en todos los casos acumulados. En 1992 se observa un aumento considerable de las mujeres enfermas que persiste hasta la fecha; la proporción es mayor en el grupo de 15 a 29 años, demostrando una concentración mayor de las afectadas en edades diez años menor que en los hombres. Tendencia que coincide con la observada en gral. en el mundo.

Según sexo y edad (*)				
HOMBRES			MUJERES	
0-14	4.2%		0-14	17.6%
15-29	42.2%		15-29	49.7%
30-44	42.8%		30-44	28.8%
45 y más	10.8%		45 y más	3.9%

(*) Al 31/7/96. Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social. Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA.

El riesgo que tiene la mujer de contraer la infección por medio del coito heterosexual con un hombre infectado, es mucho mayor que en el caso contrario, fundamentalmente por las características morfológicas de sus órganos genitales. Sin embargo las mujeres ni siquiera son informadas de esta mayor vulnerabilidad.

(¹): Checa, Susana y Rosenberg, Martha: “*Aborto hospitalizado*”. Ed. El Cielo por Asalto **Salud Mental**

Según el documento de la Organización Panamericana de la Salud del año 1984, titulado “*La Mujer, la Salud y el Desarrollo en las Américas*”, “...es necesario tener mayor información sobre la influencia que ejerce el sistema de trabajo y de vida sobre la salud de las mujeres y el efecto que tienen sobre la misma, las prácticas tradicionales y los valores sociales”.

Han transcurrido trece años desde este documento y estamos en condiciones de afirmar que:

- el trabajo doméstico conduce a la llamada “*neurosis del ama de casa*”, con su sintomatología de aislamiento, rutinización, desarrollo de características obsesivas, regresivas y depresivas.
- el trabajo extra-doméstico genera situaciones complejas y agobiantes como resulta ser por la doble o triple jornada de trabajo (extra doméstico y doméstico).
- las mujeres ocupan los puestos de menor jerarquía y con menos salario por el mismo trabajo.

Este cuadro de situación la somete a un estado de *stress* permanente con sus temibles consecuencias para la salud mental y física como son los trastornos cardiovasculares y neurovegetativos, las contracturas, insomnio, ansiedad, etc.

También la O.P.S., concluyó que “*la circunstancia social más evidente que afecta la salud de las mujeres es su condición en la sociedad*” y así como en el siglo pasado, la enfermedad femenina por excelencia fue la histeria, actualmente se destacan las depresiones, los trastornos en la alimentación expresados en la bulimia y la anorexia, las diferentes adicciones y las enfermedades psicosomáticas.

Distintos estudios epidemiológicos (Manual de Diag. y Est. de los Trastornos Mentales) reflejan que los casos de depresión se dan en una relación de un hombre cada diez mujeres y por cada varón que consume psicofármacos, lo hacen dos mujeres.

Las depresiones también están afectando fuertemente a las adolescentes, se manifiesta bajo las formas de: fracaso escolar, trastornos alimentarios, relaciones familiares conflictivas, drogadependencia, suicidios.

Este cambio en las patologías se inscribe claramente en el orden de lo socio-cultural y no exclusivamente en los psicológico-individual.

A pesar de los cambios en el campo de la Salud Mental, se siguen aplicando prácticas iatrogénicas basadas en teorizaciones impregnadas por ideologías que plantean un presunto “*masoquismo constitucional*” (inferioridad y afición al sufrimiento).

Es necesario que abordemos este campo de la salud mental con conceptos nuevos que visibilicen la discriminación ya que ésta resulta ser un factor determinante del enfermar de las mujeres.

Educación

Para situar el análisis de la educación de las mujeres en la Argentina, debemos identificar el alcance y las formas de la discriminación socio-educativa, los factores inhibitorios de los logros educativos y los aspectos implícitos y explícitos de las prácticas pedagógicas.

Para 1991 el indicador de acceso-asistencia al sistema escolar, mostraba una desventaja para las mujeres; la tasa relativa es del 29,9 %, es decir un 1 % menos que la registrada para los varones.

Población de 3 años y más por asistencia escolar y sexo. Total País. Año 1991.

Asistencia Escolar	Total	Varón	Mujer
Asiste	30,4	30,9	29,9
No asiste pero asistió	63,2	62,8	63,5
Nunca Asistió	4,9	4,8	5,1
Ignorado	1,5	1,6	1,5

Fuente: Elaboración sobre la base de INDEC, Censo de Población 1991 (Riquelme, G.)

También se observa esa desventaja entre quienes nunca ingresaron al sistema escolar, siendo del 5,1 % para las mujeres y del 4,7 % para los varones.

Las jurisdicciones de Capital Federal, Pcia. de Buenos Aires y Tierra del Fuego, son las que tradicionalmente muestran los déficits menores.

La matrícula de la Ciudad de Buenos Aires resulta ser más favorable para los varones en el nivel primario y medio, mientras las mujeres, sólo representan un 26 % de la matrícula, siendo en cambio más ventajosa en el nivel superior concentrando un 79 % de mujeres.

Las modalidades del nivel medio que concentran más mujeres son: el Bachillerato con el 63 % y el Comercial con un 58 %, mientras que en la especialización Técnica sólo cuenta con un 20 % y la Agropecuaria con un 25 %. Este estudio comparativo nos muestra claramente que **en la elección educativa de las mujeres se reproducen los estereotipos sexuales justificadores de la discriminación.**

En relación al acceso a la Universidad, según el Censo de estudios universitarios nacionales de 1994, la matrícula femenina era del 52,2 %, superando a la masculina que representaba tan sólo el 47,6 %. Sobre la base de datos aportados por la U.B.A. entre 1988

y 1992, se observa la **permanencia de un patrón femenino** en la elección de carreras como: *Filosofía y Letras, Farmacia y Bioquímica, Odontología, Psicología y Ciencias Sociales*, aún cuando en las primeras se registra un descenso debido a la incorporación de más hombres.

Respecto a *Derecho, Ciencias Económicas y Arquitectura*, las mujeres pasan a ser un 50,9 % en el año 1986 y en *Ingeniería* alcanzan un 20,7 (en 1958 eran un 2,0 %).

Sin embargo a pesar de este crecimiento significativo de la matrícula femenina en la Universidad, observamos que en los ámbitos de mayor responsabilidad y jerarquía, como son las Titularidades de Cátedra y/o de decisión, como son los Decanatos y Rectorados, las mujeres representan una “inmensa” minoría.

Contenidos Curriculares:

Un trabajo realizado por la UNESCO, devela aspectos poco reconocidos en esta materia. Respecto de los libros escolares, la mayoría presenta entre un 65 % y 85 % de personajes masculinos. Los femeninos que figuran, se desempeñan en roles domésticos y/o sólo en trabajos tradicionalmente adjudicados a las mujeres (servicios) y los hombres, como principales proveedores económicos del hogar y en ocupaciones o cargos investidos de mayor jerarquía social.

Son muy pocos los que reflejan modelos innovadores para formar a las nuevas generaciones en base a relaciones de equidad y respeto mutuo entre los géneros. No es común encontrar programas de estudio que incorporen los aportes de las mujeres a la ciencia, el arte, la cultura y el desarrollo económico, así como su participación a lo largo de la historia, su fuerte presencia en la defensa de los Derechos Humanos, la Salud y el Medio Ambiente.

Podemos concluir, si realizamos un análisis de la educación, de la población ocupada y desocupada, que:

- aún con mayor educación, no todas las mujeres acceden y/o aspiran a entrar al mercado laboral,
- las mujeres de la Cap. Fed. poseen un mayor nivel educativo que las del Gran Buenos Aires y la Provincia de Buenos Aires,
- aún en la Cap. Fed., el grupo de mujeres con Educación Superior y Universitaria que se integran al mercado laboral es menor -20,6 %- que el de los hombres -25,1 %-, lo que muestra que las mujeres por presiones de tipo cultural a pesar de su preparación universitaria, no siempre presionan por acceder a dicho mercado, esto sumado a la discriminación que opera desde el afuera para dificultar su acceso.

La Mujer en los Ambitos de Decisión

Política:

En este nivel de análisis es donde se mejor observa la segregación vertical, osea, aquella que concentra la mayor cantidad de mujeres en los niveles inferiores y la de varones en los superiores de un mismo sector de actividad.

Las mujeres argentinas, no son una excepción a las generales de la discriminación aplicada en el ámbito político.

Su aporte y participación en el desarrollo del país desde los albores de nuestra independencia hasta la fecha se han visto muy parcialmente reflejados en un mejoramiento significativo de su representación política.

Mientras el voto universal masculino fue reconocido en 1912, sólo en 1921, obtuvimos el voto municipal en la Provincia de Santa Fe y en 1927, el voto municipal y provincial, en la Provincia de San Juan por iniciativa del Gobernador Federico Cantoni.

Las argentinas en su conjunto debimos esperar hasta 1947 para lograr el derecho al voto en elecciones presidenciales y nacionales (Ley 13.010), siendo la conclusión de años de lucha de mujeres pioneras en las lides políticas, que finalmente ven su concreción gracias a la influencia decisiva de la Sra. Eva Duarte de Perón.

A partir del 7 de Noviembre de 1991, fecha en la que se aprueba la Ley 24.012, llamada Ley de Cupo o Ley Malharro, la participación de las mujeres en cargos electivos incluidos en la Ley, evidenció un salto cuantitativo.

Este aumento se ha ido verificando paulatinamente; en 1983 en la Cámara de Diputados de la Nación existía un 4,3 % de mujeres, llegando a ser en la actualidad -1997- del 29,3 %.

En 1994, como consecuencia de la aplicación de dicha ley, las mujeres ocuparon el 25,6 % del total de los escaños de Convencionales Constituyentes para la Reforma de la Constitución Nacional (78 sobre 305).

En Julio de 1996, la flamante Convención Constituyente de la Ciudad de Buenos Aires, contó con la presencia de un 31,6 % de mujeres entre sus integrantes (19 sobre 60), distribuido de la siguiente manera: FrePaSo: 9 sobre 25 (36 %); U.C.R.: 6 sobre 19 (31, 6 %); P.J.: 3 sobre 11 (27 %); N.D.: 1 sobre 5 (20 %).

Fue necesaria la aplicación de esta medida reparatoria concreta para lograr una mayor presencia de mujeres en los ámbitos legislativos , aunque todavía dicha representación dista mucho de ser un fiel reflejo del nivel de participación femenina en la práctica política.

Partidos Políticos:

En Argentina, muchas mujeres participan activamente en la militancia política, estando igual o mayoritariamente comprometidas en las bases político-partidarias, sin embargo observamos que a mayores niveles de jerarquía y decisión, la presencia femenina se torna casi invisible.

En los últimos cincuenta años del país, dos partidos políticos han sido actores centrales, ellos son la U.C.R. y el P. Justicialista.

La Unión Cívica Radical en sus 100 años de vida y pese a que desde sus orígenes contó con militantes mujeres y de gran relevancia como fuera la Dra. Elvira Rawson (quien compartiera las primeras tribunas con Alem), no las ha incorporado en los niveles directivos acorde a su importancia.

Los primeros proyectos que trataban sobre el sufragio femenino pertenecieron a diputados radicales, en 1919, 1938 y 1939, pero fue el Justicialismo el que finalmente promulgó la ley en 1947 (Ley Nro. 13.010).

La situación de discriminación podrá ser superada en la medida en que se consolide el sistema democrático, tanto fuera como dentro de los partidos políticos, para lo cual es necesaria la aplicación de medidas de acción positiva, tal como lo indica la Constitución Nacional en su Art. 37 que afirma que para el logro de la igualdad real de oportunidades entre varones y mujeres, se debe garantizar la aplicación de dichas medidas en la regulación de los partidos políticos para la integración de las listas de cargos partidarios.

Igualmente la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, afirma en su artículo 36 que los partidos políticos deben adoptar acciones positivas para el acceso efectivo a cargos de conducción y al manejo financiero, en todos los niveles y áreas.

En 1989, las mujeres constituían en la U.C.R. el 50 % de los afiliados, pero ninguna de ellas se encontraba en la Mesa Directiva del Comité Nacional y sólo una entre 11 miembros del Comité Capital. Actualmente (1997) esta situación no se ha modificado significativamente.

Con respecto al Partido Justicialista, desde sus inicios estuvo fuertemente ligado a las mujeres, tanto que en 1949 se fundó el Partido Peronista Femenino, que aseguraba el 33,33 % de los cargos partidarios y electivos. Esto se vio reflejado en la importancia que tuvo en su tiempo la Rama Femenina del Movimiento Nacional Justicialista. Sin embargo en 1994, vemos que de 28 miembros del Consejo, sólo 4 eran mujeres, no cumpliéndose la cuota asignada y en la Mesa Directiva se eligieron 3 mujeres para un total de 23 cargos ⁽⁸⁾.

⁽⁸⁾: F.L.A.C.S.O. 1994. Programa Mujeres Latinoamericanas en Cifras.

Poder Judicial:

Con respecto al Poder Judicial, la presencia de mujeres está fuertemente estratificada con mayoría de hombres en todas las instancias. Según datos de 1993 de la Guía Judicial, en la Suprema Corte de Justicia no había ninguna mujer, al igual que en la actualidad (1997).

En las instancias de apelaciones, se registra una mayor presencia: del 15,3 % y una mayor participación se da en los juzgados con un 29,9 % de los cargos, principalmente en los de primera instancia.

La segregación vertical también se observa al registrarse una notable disminución de mujeres en los juzgados de segunda instancia y especialmente en el orden federal, en el que la proporción de juezas es aún menor que en la misma instancia de la Justicia Nacional de Capital Federal.

Composición de la Justicia Nacional. Discriminada por Sexo y por Materia. 1ra. Instancia. Capital Federal. 1991

Fuero	Juezas	%	Jueces	%	Total
Civil	34	33,60	67	66,30	101
Comercial	4	16,00	21	84,00	25
Crim. y Correc.	11	17,40	52	82,50	63
del Trabajo	31	50,80	30	49,10	61
Penal Económico	1	14,20	6	85,70	7
Totales	81	31,50	176	68,40	257

Fuente: Guía Judicial. Buenos Aires, Ghaem, 1991. Andrea Gastrón.

Composición de la Justicia Nacional discriminada por Sexo y por Materia. 2da. Instancia. Capital Federal. 1994

Fuero	Juezas	%	Jueces	%	Total
Civil	5	12,80	34	87,10	39
Comercial	3	21,20	11	78,50	14
Crim. y Correc.	3	13,00	20	86,90	23
del Trabajo	2	8,30	22	91,60	24
Penal Económico	-	0,00	6	100,00	6
Seg. Social	1	11,10	8	88,80	9
Totales	14	12,10	101	87,80	115

Fuente: Guía Judicial. Buenos Aires, Ghaem, 1991. Andrea Gastrón.

A nivel de los Tribunales Superiores de las Provincias, la presencia de magistradas tampoco es muy significativa y cabe agregar que el aumento de los miembros de la Corte Suprema de la Nación en 1993 (de 5 a 9), no significó en absoluto la integración de alguna mujer en dicha instancia.

Por todo esto, podemos concluir que a medida que se ascienda en el escalafón de la carrera judicial, a los ámbitos de mayor prestigio y poder, las mujeres sólo acceden en forma excepcional.

Poder Legislativo:

En el reinicio del sistema democrático de 1983, nos encontramos con una escasa representación femenina ya que en ambas Cámaras sólo significaban el 5 % de las bancas.

Cámara de Diputados:

A partir de la sanción de la Ley de Cupo en 1991, esta situación comienza a revertirse a partir de 1993 para la renovación parcial de la Cámara de Diputados de la Nación ya que sobre 257 legisladores, 34 eran mujeres.

En 1995 se realiza la segunda elección para la renovación de la Cámara, reforzándose aún más la representación femenina, llegando a ocupar 73 bancas.

Composición según sexo	1993		1997	
	Cantidad	%	Cantidad	%
Varones	223	86,7	184	71,9
Mujeres	34	13,2	73	28,4
TOTAL	257	100	257	100

Sin embargo este aumento de legisladoras no se ha traducido necesariamente en una mayor representatividad en cargos de relevancia o de mayor jerarquía dentro de la Cámara.

Ninguna mujer ocupa hasta la fecha (Septiembre de 1997) los tres primeros cargos de la Mesa Directiva de la Cámara de Diputados. Dentro de las Comisiones Permanentes, aunque si hay mujeres en cargos de decisión, igualmente se observa una distribución desigual de varones y mujeres en dichos cargos.

Bloques partidarios:

La representación femenina en los diferentes bloques es la siguiente:

Bloque Político	Cantidad de Diputados	Mujeres	%	Varones	%
Justicialista	131	41	31	90	69
UCR	68	12	18	56	82
Frepasso	22	6	27	16	73
TOTAL	221	59	27	162	73

Sin embargo, a pesar de esta mayor presencia de mujeres es muy bajo su porcentaje en los cargos de conducción dentro de los bloques.

Comisiones:

Sobre 39 comisiones, las mujeres participan en 38. La distribución de acuerdo a las temáticas no es igualitaria ya que las mujeres se concentran en las relacionadas con el ámbito Familiar y Social que son las que menos interesan a los varones, los que a su vez se concentran significativamente en las de Deporte, Industria, Minería, Energía, Combustibles, Defensa Nacional y Relaciones Exteriores. La comisión de Economía se compone de 22 varones sobre 24 integrantes.

Cámara de Senadores:

La presencia de mujeres en la Cámara de Senadores ha sido históricamente menor que en la de Diputados, no rigiendo la Ley de Cupos para su elección. Actualmente las senadoras representan el 5,7 % del total de 72 bancas.

Poder Ejecutivo:

Desde Bernardino Rivadavia (1825) hasta la fecha (1997), solamente **una** mujer ejerció la Presidencia de la Nación. Su designación se debió únicamente, a la necesidad de resolver la terrible crisis político-institucional que podía significar la sucesión de su esposo, el Presidente Juan D. Perón, quien previendo tal conflicto, había resuelto designarla como Vicepresidenta.

Ninguna mujer ha sido elegida para ejercer alguno de los Ejecutivos Provinciales, como así tampoco para el Ejecutivo de la Ciudad de Buenos Aires.

Organizaciones Sindicales:

Desde fines del siglo XIX el movimiento sindical argentino contó con la presencia de mujeres, la mayoría de ellas eran inmigrantes de origen anarquista que cuestionaban la condición de la mujer trabajadora. Tomasa Cupayuolo y Gabrielle Laperriere de Coni, son símbolos de aquellas primeras sindicalistas.

Sin embargo, desde la creación de la C.G.T., en 1930, las mujeres fueron desapareciendo de las mesas directivas, situación que se mantiene hasta hoy como así también en las mesas de las otras dos expresiones del movimiento obrero: Congreso de los Trabajadores (C.T.A.) y Movimiento de los Trabajadores Argentinos (M.T.A.), cuya presencia es escasa.

Cuerpo Diplomático:

Según datos del año 1994 en el cuerpo de embajadores la presencia de mujeres es mínima, tanto entre los que tienen funciones en el país como en el exterior.

Dentro de la distribución de puestos, las mujeres tienen un porcentaje levemente superior en los cargos de carrera que en las designaciones políticas, lo que indica nuevamente que las mujeres no acceden a las negociaciones donde se reparten lugares de poder y/o simplemente no son consideradas para dichos cargos. Esta ausencia es más marcada aún en la composición de los Consulados.

Composición por Sexo del Cuerpo Diplomático con funciones en el País -1994-

Funciones en el País	Varón	Mujer	Total
Presidentes Comisión RM534/83	1 (100 %)	-	1 (100 %)
Directores	27 (84,4 %)	5 (15,6 %)	32 (100 %)
Subdirectores	4 (66,7 %)	2 (33,3 %)	6 (100 %)
Consejeros	1 (100 %)	-	1 (100 %)
Directores Grales.	8 (88,9 %)	1 (11,1 %)	9 (100 %)
Sudirectores Grales.	3 (60 %)	2 (40 %)	5 (100 %)
Directores Nacionales	1 (100 %)	-	1 (100 %)
Subdirectores Nacionales	1 (100 %)	-	1 (100 %)
Jefe de Departamento	1 (100 %)	-	1 (100 %)

Fuente: Min. de Rel. Ext., Comercio Interior y Culto (Lipszyc-Auerbach)

Sector Económico y Financiero:

A partir del análisis de las principales empresas industriales, de servicios y construcción, como de las entidades bancarias, se puede concluir que la presencia de mujeres en sus Directorios, es prácticamente insignificante.

Es necesario señalar que en muchos de los casos, las pocas mujeres que acceden a los cargos directivos lo hacen en función de ser integrantes de las principales familias accionistas o por tener algún grado de parentesco con los varones que integran dichos ámbitos decisorios.

Arte

A comienzos de los '70 los/las artistas, críticos e historiadores comenzaron a criticar los supuestos sobre los cuales se asienta la reivindicación masculinista del monopolio de los valores universales del arte heróico y que excluía sistemáticamente las producciones de las mujeres de esta corriente.

El nuevo análisis de la historia y la vida de las mujeres nos ha develado las relaciones entre los sexos, la cultura y la creatividad. ¿Por qué la historia del arte decidió ignorar la obra de casi todas las mujeres artistas? En realidad, ellas representaban tan sólo lo visible de la enorme potencia creativa de las mujeres, pero sumergida, invisibilizada por la premisa del patriarcado que relega a las mujeres a la producción de niños y no de arte.

Estos nuevos estudios han demostrado también que las oposiciones binarias del pensamiento occidental, como son: hombre/mujer, cultura/naturaleza, análisis/intuición, se han aplicado una por una en el relevamiento de la historia del arte en sus diferentes manifestaciones, siendo utilizadas para reforzar la diferencia sexual como base de evaluaciones estéticas.

Medios de Comunicación

Para analizar este tema debemos reflexionar inevitablemente acerca de los estereotipos, aquellos modelos que tienden a mostrar como naturales y universales lo que en realidad son productos culturalmente (intencionalmente) contruidos.

Estos estereotipos conducen a que las mujeres se vean a si mismas como madres abnegadas y amas de casa eficaces que además deben mostrarse elegantes y felices. Esta imagen responde y refuerza la propuesta sexista de la división social y sexual del trabajo.

Entre otros modelos e ideologías propuestas encontramos: la "*cristalización de la juventud*", "*la belleza física*" que garantizarán la felicidad y el vínculo con el hombre, "*lo extranjero*" funcionando como factor de deslumbramiento y logro de prestigio social, "*el romanticismo*" a ultranza como único vínculo amoroso, eludiendo el conflicto de poder que se plantea entre los géneros, "*la entrega y buena voluntad*" de la mujer encargada principal de mantener la paz familiar, "*el bienestar*" que se logra como producto del consumo a través de electrodomésticos, otros bienes y posesiones, con exclusión de la búsqueda de valores como alternativa para acceder a la realización personal y/o social.

"*El trabajo doméstico*" planteado como finalidad específica y esencial del género femenino y no como responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia.

Como estereotipo por omisión vemos la ausencia de interés o de seriedad en el tratamiento de las diferentes estrategias políticas y/o sociales que proponen las mujeres políticas y en la calidad de los reportajes a los que son sometidas, por ejemplo: referencia a si es buena madre o ama de casa ya que por su militancia o trabajo está “*abandonando el hogar*”.

Los estereotipos también proponen la imagen de la llamada mujer-objeto-sexual, polarizada con la imagen de mujer-madre-ama de casa; ambas fundantes y fuertemente investidas de violencia, así como violentamente promovidas. El esencialismo no es ajeno a la generación de estos estereotipos fuertemente incorporados en el imaginario social.

En definitiva, los medios de comunicación, constituyen un espacio político en el que se desarrollan e instrumentan, imágenes, prácticas y mensajes destinadas/os a sostener la inferiorización y subordinación de la mujer.

“Mujer-envase: cuanto más llamativo es el envase, mayor posibilidad de venta, por eso las medidas propuestas son 90-60-90. ¿Cabén dentro de estas medidas nuestras capacidades?” (Proyecto: “*Mujeres, Comunicación y Género*” de Mujeres al Oeste).

Cuando se anuncia con “Imagen de mujer” o con “Mirada de Mujer”, este título en realidad lo que está enunciando es la imagen y/o la mirada de la ideología de quien produce y/o conduce dichos programas de T.V. o radiales.

En algunas locutoras-actrices-modelos-conductoras observamos la necesidad de superar la encrucijada que representa la superposición de discursos: el que podría emitir si tuviera un compromiso de género, el que no puede decir aún teniéndolo y el que le hacen emitir para funcionar como continuadora y soporte de los modelos identificatorios tradicionales.

Se advierte también la presencia casi invasora de cuerpos femeninos utilizados como objetos de atracción y manipulación funcionando como un producto más dentro del proceso de comercialización. Así las vemos ocupando casi mansa y sonriente el lugar de la mujer que sirve a las prácticas socio-culturales de inferiorización (ridiculización), disfrazadas con una tramposa valoración que funciona en realidad para promocionarla como producto de consumo pero nunca como persona.

Las propuestas de las agencias de publicidad y de los diferentes medios, no sólo se deben a su interés-necesidad de mantener-retener las pautas tradicionales, sino también a que se articulan con las preferencias y rechazos del público en general.

Si bien es cierto que los medios de comunicación reproducen las condiciones de vida de mujeres y varones, también es cierto que van atrasados en cuanto a los cambios sociales producidos, y esto no es inocente.

Conclusiones:

La evolución de los derechos de la mujer a través de la historia de la humanidad, muestra un avance innegable en la superación de la discriminación, principalmente en lo que va de este siglo.

Pero todavía perduran en nuestra cultura, la adjudicación de modelos tradicionales que establecen roles fijos y estereotipados de acuerdo a la condición de sexo, con la consecuente jerarquización y desigualdad.

Sólo la aceptación de la diversidad de los individuos hará posible reconocernos como pares, condición indispensable para la participación en igualdad.

Tal reconocimiento no deberá significar, nunca más, la aceptación de jerarquías en las relaciones de mujeres y hombres

La Constitución Argentina, reformada en 1994, reconoce la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer , otorgando además al Congreso Nacional , facultades para promover las medidas de acción positiva que garanticen **la igualdad de oportunidades, de trato y de pleno goce de los derechos.**

Los instrumentos legales existen, debemos lograr que se apliquen.

La democracia real se consolida en el ejercicio concreto de derechos y obligaciones y no sólo en lo meramente discursivo.

Por lo que se hace imprescindible entonces, que tanto desde el Movimiento de Mujeres como desde los Organismos Gubernamentales responsables del área, se articulen estrategias de acción para concretar lo expresado y avalado, tanto en la Constitución Nacional como en la de la Ciudad de Buenos Aires.

Lic. Ester Nani
Buenos Aires
Septiembre 1997

Principales Fuentes Consultadas

- Instituto Nacional de Estadística y Censos - I.N.D.E.C. Argentina.
- Encuesta Permanente de Hogares. Argentina.
- Centro Latinoamericano de Demografía - C.E.L.A.D.E.
- Ministerio de Relaciones Exteriores, Comercio Interior y Culto. Argentina.
- Mujeres Latinoamericanas en cifras - F.L.A.C.S.O. 1994.
- Guía Judicial Argentina.
- Consejo Nacional de la Mujer. Argentina. 1993-1996.
- Ministerio de Salud y Acción Social - Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y S.I.D.A.. Argentina.
- Informe Argentino sobre Desarrollo Humano. 1996.
Honorable Senado de la Nación.
- II Encuentro Internacional : Mujer, Comunicación y Desarrollo en América Latina - U.N.E.S.C.O. 1987-1988.
- Organización Mundial del Trabajo - O.I.T.
- Estudio de la Secretaría de la Mujer de UPCN. 1997. Argentina.

Bibliografía Consultada

- Bianco, Mabel: “*Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina: el caso Argentino*”. F.E.I.M. Bs. As. 1996.
- Morano, Camila: “*Mujer, empleo, educación e ingresos en el Area Metropolitana*”. Mimeo. Bs. As. 1994.
- Marconi, E.: “*Morbi-mortalidad materna en la Argentina*” en “*Por una maternidad sin riesgos*” de M. Bianco. FEIM. Arg. 1992.
- Checa, Susana y Rosenberg, Martha: “*Aborto hospitalizado*”. Ed. El Cielo por Asalto.
- Giberti, Eva: “*Imagen, desafíos y mitos del género Mujer en los Medios de Comunicación*”. Agosto 1992.
- Mujeres al Oeste: Proyecto: “*Mujeres, Comunicación y Género*”. Agosto 1995.

5. Documento de Beijing :Medio ambiente, Derechos Humanos, Medios de Comunicación.

Presentación

Los siguientes documentos constituyen un aporte del *Centro de Información, Documentación y Publicaciones de la Dirección General de la Mujer* a las Jornadas "A dos años de Beijing", realizadas por la Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en 1997. Los mismos fueron elaborados a modo de resúmenes y recogen parte de la bibliografía disponible para una puesta en común de las temáticas tratadas en los talleres. Ellos sintetizan las principales discusiones en torno a los ejes temáticos de interés planteados por las ONGs para su abordaje en el seguimiento a la Plataforma de Beijing '95, a saber:

- Mujer y Medio Ambiente
- Mujer y Medios de Comunicación
- Mujer y Derechos Humanos

Mujer, Género y Medio Ambiente

"Cuando se agotan ciertas formas bárbaras de explotación de la naturaleza, cuando ya no se controlan mecanismos delirantes de organización -desorganización de la producción y de la vida social, se invoca a la mujer como mediadora de una vuelta a la naturaleza maltratada, tomándola como coartada de la autocrítica de una determinada civilización hecha solamente a medias..."
(Celia Amorós)

Antecedentes

La temática de la mujer y el medio ambiente cobra importancia a partir de la década del '70, en los países industrializados. La mirada se vuelve hacia la ecología como una perspectiva en términos de la sociedad humana y su entorno. También comienzan a proliferar los grupos ecologistas, a los cuales algunas mujeres se incorporan.

En el ámbito internacional se desarrollan una serie de eventos, donde se debaten temas sobre la mujer y los recursos naturales, especialmente sobre producción agrícola y nuevas tecnologías. Poco a poco, las problemáticas del Medio ambiente y Mujer comienzan a

fusionarse, o al menos articularse. Hasta mediados de la década de los '80, los movimientos ecologista- por un lado- y feminista- por el otro- funcionaban de modo separado, aunque había feministas dentro del movimiento ecologista y al revés. El surgimiento del Ecofeminismo, como una corriente integradora, contribuye a una mayor articulación de ambas perspectivas.

Uno de los hitos de estos avances lo constituye la AGENDA 21 aprobada en la Cumbre de la tierra (Río de Janeiro, 1992). Los aportes de las mujeres, desde una perspectiva de género, fueron sustanciales. El espacio del Planeta FEMEA en el marco de las ONGs en dicho evento fue central.

La AGENDA 21 es un tratado de conocimiento sobre Medio Ambiente y Desarrollo que ha marcado un camino a seguir y brindado herramientas para que los países las incorporen a sus políticas. Lo más **importante** de ella, en relación a la mujer, es el reconocimiento de medidas necesarias que reviertan el rol subordinado que la misma tiene dentro de la sociedad, principalmente como consumidora y objeto de políticas, para pasar a ser sujeto de decisiones y protagonista de una nueva forma de desarrollo con equidad.

Otros avances significativos lo constituyen distintos eventos organizados por Naciones Unidas, como la Cumbre sobre Desarrollo Social (Copenhague 1994), la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing 1995) y la Cumbre de Asentamientos Humanos (Estambul 1996).

Marco de referencia

La crisis ecológica del planeta constituye la más grave amenaza a la "supervivencia". Mujeres y hombres, gobernantes y gobernados/as deben tomar conciencia y construir un futuro en común, superador de esos graves desajustes.

La mayor causa del deterioro ambiental es el modelo insostenible de consumo y producción, particularmente de los países industrializados. El uso de sustancias que destruyen la capa de ozono está afectando severamente la atmósfera, con graves consecuencias para la salud humana.

Dicha crisis está estrechamente vinculada con el tema Norte-Sur y la concentración de la riqueza en un polo a expensas del aumento de la pobreza en el otro. El Norte, que alberga el 25% de la población mundial produce el 75% de las condiciones generadoras del calentamiento global y del cambio climático. El resto de la humanidad, que mayoritariamente vive en la pobreza, es la que sufre los efectos. Esta es la "deuda ecológica" del Norte hacia el Sur.

La cuestión de la **pobreza** es prioridad ambiental en nuestros países. En América Latina y el Caribe, 224 millones de personas conviven en condiciones de vida precarias, por debajo de la línea de pobreza (LP).

Género, Medio Ambiente y Pobreza

"La pobreza es más que la pobreza de ingreso; es la denegación de opciones y oportunidades para vivir una vida tolerable"

La contaminación provocada por la degradación ambiental no es igualitaria. El crecimiento continuo de las ciudades trae aparejado problemas ambientales, los cuáles son cada vez más graves. Ni el agua plagada de vibriones coléricos afecta del mismo modo al desnutrido que al saludable, ni las emanaciones tóxicas actúan por igual sobre débiles y poderosos. También **difiere su incidencia en hombres y mujeres.** En las mujeres su condición social subordinada supone condiciones de vida distintas que implican un impacto ambiental diferencial.

Las mujeres, pese a conformar más de la mitad de la población mundial, son consideradas sólo como un recurso útil, simples "agentes ambientales" para ayudar a contrarrestar el deterioro ecológico y favorecer la eficacia de la planificación, ausentes en los niveles de decisión.

La pobreza afecta desigualmente a mujeres y varones. La cantidad de mujeres que viven en la pobreza aumentó considerablemente en los últimos diez años con respecto a los hombres.

La pobreza de las mujeres está directamente relacionada con desigualdades de género en el reparto del poder económico, y con la dependencia y sobrecarga que implica la responsabilidad exclusiva de administración del hogar.

El enfoque de la mujer y medio ambiente, en general, oculta las relaciones de poder que se establecen entre los sexos, ignorando las formas distintas que adquieren los derechos y las responsabilidades sociales, las que son construídas a través de las relaciones de género. Hay que tener en cuenta que varones y mujeres interactúan de modo distinto con el medio ambiente.

En nuestro país, igual que en otros de la Región, en el ámbito urbano, las mujeres de escasos recursos se ven afectadas por el deterioro ambiental. Tienen carencia de infraestructura sanitaria, de suministro de agua y de eliminación de desperdicios. Por ejemplo, el acceso al agua potable en villas de emergencia, representa para las mujeres un tiempo considerable. Ellas se abastecen con canillas comunitarias, que si bien proveen agua potable, muchas veces deben recorrer varios metros para transportarla hacia su hogar. Sumado a esto, la calidad del agua puede variar, dadas las condiciones de los recipientes utilizados. La falta de servicios de recolección de basura la obliga a depositar los desperdicios en basurales cercanos a la vivienda, por falta de otras alternativas más higiénicas y menos deteriorantes para el medio ambiente.

En Argentina los problemas ambientales más acuciantes pasan por la degradación de los suelos, la deforestación y las catástrofes "naturales" (muchas podrían prevenirse) y las que afectan a los grandes conglomerados urbanos:

- contaminación de las napas y los déficits del saneamiento básico (agua potable, eliminación de excretas)
- el destino de los desechos industriales y de la basura en general (tóxica y no tóxica)
- polución atmosférica
- alimentos contaminados bacteriológicamente por productos químicos y pesticidas

El problema de la pobreza se entrelaza con los temas anteriormente mencionados. La degradación ambiental hiere más a los pobres y acentúa el deterioro de su calidad de vida. El caso del cólera constituye un buen ejemplo; enfermedad que acechaba desde Perú y no se tomó prevención alguna (potabilización, letrinas adecuadas, etc.).

Nuestra red sanitaria nunca fue adaptada al crecimiento demográfico, está deteriorada y es insuficiente.

El lugar que ocupan las mujeres en nuestra sociedad aumenta su proximidad al daño ambiental, el cansancio y los niveles de estrés acrecientan la vulnerabilidad de sus cuerpos al exponerse permanentemente en dos ámbitos: el laboral y el doméstico. Esta situación se agrava al tener que adecuarse a dos lógicas distintas simultáneamente, las del ámbito privado y público. Los horarios del trabajo fuera del hogar no se estructuran teniendo en cuenta las responsabilidades familiares de las mujeres, de este modo los "cortocircuitos" se multiplican.

Respecto a la pobreza, medio ambiente y mujer, pueden observarse los constantes esfuerzos a los que ésta se ve obligada a realizar para proteger la salud de su familia y de su comunidad, como modo de compensar el creciente deterioro de las condiciones de trabajo y de vida, que repercuten en el entorno.

La situación económica y las políticas de ajuste obligan a las mujeres a incorporarse al mercado de trabajo de cualquier modo, a "agarrar lo que sea", en particular las más pobres, soportando largas jornadas de trabajo, generalmente sin ningún tipo de cobertura social, en pésimas condiciones.

El crecimiento de la pobreza, además de acentuar la exclusión de las mujeres (marginales por ser tales y ser pobres) abarca cada vez más franjas de la población y merece un tratamiento prioritario. A los sectores históricamente carenciados (pobres estructurales), se incorporaron en las dos últimas décadas en nuestro país los sectores medios excluidos ("nuevos pobres"). Dentro de esta franja las mujeres ocupan un porcentaje considerable.

Por toda esta situación, son cada vez más las mujeres de las barriadas pobres, que en estos tiempos han iniciado protestas y activismo contra industrias locales que contaminan su ambiente y enferman a la familia. También aumentan los grupos de mujeres organizadas, en torno a distintas temáticas relacionadas con su hábitat, que exigen soluciones a sus demandas y un protagonismo en los espacios de decisión política.

Las mujeres tienen derecho a participar en condiciones de igualdad del debate que hoy ocupa el centro de la escena respecto del futuro del mundo y de la humanidad.

Compromisos asumidos por los Gobiernos

En la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer, organizada por Naciones Unidas en Beijing (septiembre de 1995) y que concluyó con una Declaración y un instrumento de acción aprobados por las delegaciones gubernamentales, donde éstas se comprometen a:

- Lograr la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones sobre el medio ambiente a todos los niveles.
- Promover la coordinación dentro y entre las instituciones para implementar la Plataforma de Acción y el Capítulo 24 de la AGENDA 21.
- Fortalecer mecanismos para evaluar políticas y programas en relación al impacto medioambiental y la igualdad de acceso de las mujeres en el uso de los recursos naturales.
- Integrar la perspectiva de género y el conocimiento de las mujeres, incluyendo a las indígenas, en igualdad con los hombres en la toma de decisiones sobre gestión sostenible de los recursos y el desarrollo de políticas y programas al respecto.
- Investigar la exposición de las mujeres a la degradación medioambiental, incluyendo datos de grupos específicos como mujeres indígenas y mujeres pertenecientes a minorías.
- Tomar medidas para reducir los riesgos medioambientales que padecen las mujeres en el hogar, en el trabajo y en otros entornos, incluyendo la aplicación de tecnología limpia.
- Promover la educación científica, tecnológica, económica y otras disciplinas de niñas y mujeres.
- Alentar el uso del conocimiento, innovaciones y prácticas de las mujeres de comunidades indígenas y locales, incluyendo prácticas relacionadas con la medicina tradicional, bio-diversidad y tecnologías indígenas.

- Desarrollar programas para involucrar a profesionales mujeres en la gestión medioambiental, y realizar programas de capacitación para niñas y mujeres en esas áreas.
- Ofrecer asistencia técnica a las mujeres en la agricultura, la pesquería, la pequeña empresa, el comercio y la industria.

Como se expresa en la Plataforma de Beijing '95, las mujeres "exigimos un modelo de desarrollo que reguarde la Naturaleza". Pero para que este slogan y las directivas señaladas se hagan realidad, en nuestro país debe existir la voluntad política para ello. Las presiones de las mujeres organizadas para realizar el monitoreo del cumplimiento de la Plataforma es insoslayable.

Bibliografía consultada

- 1997 COELHO Marta, GAMBA Susana, "Aportes al debate sobre Género, Pobreza y Políticas Sociales: el caso argentino", ESIPP, mimeo, Buenos Aires.
- 1993 SHIVA, V., " El Desarrollo, la Ecología y las Mujeres", en Mujeres, medioambiente y desarrollo, CIDHAL, Centro de Documentación Betsie Hollants, Cuernava.
- 1993 Cuadernos del Consejo de la Mujer, Mujer, desarrollo y medioambiente, Consejo Nacional de la Mujer.
- 1993 LAUDANO Claudia, "Mujer, ecología y desarrollo. ¿Cómo plantear las relaciones?",

- de mimeo. 1er. Premio Concurso de ensayos breves: Mujer y Medioambiente, Consejo
la Mujer, MCBA
- 1993 PASTORIZA Lila, "Mujer, ecología y medio ambiente en el marco actual", mimeo,
1ra. Mención Concurso de Ensayos Breves sobre Mujer, ecología y Medio
ambiente, Consejo de la Mujer, MCBA.
- 1995 MARCHETTI Beatriz, Mujer, género y medio ambiente, documento
Jornadas de aporte de Universidad a la Temática de la Mujer, CEA-UBA
- 1996 PLATAFORMA BEIJING '95: Un instrumento de Acción de las Mujeres,
ISIS Internacional, Santiago de Chile.

Mujer y Medios de Comunicación

"La revolución de las comunicaciones: avances que se saludan como el amanecer de una nueva era en la naturaleza de las comunicaciones. Pero... lejos de entrar en un

mundo feliz, muchas mujeres descubren que es un falso amanecer, que tienen que enfrentarse con formas nuevas y desconocidas de los viejos estereotipos... y a medida que aparecen nuevos campos, tienen que luchar no sólo para asentarse en ellos, sino para mantener su posición anterior ".
Kamarae y Treichler (Diccionario Feminista, Pandora Press 1985)

Introducción

Los medios de comunicación constituyen un poderoso dispositivo de **control** social y de formación de la opinión pública en las sociedades modernas. Su influencia ha aumentado de modo significativo en los últimos años, adquiriendo modalidades peculiares con el fenómeno creciente de "globalización".

Se ha señalado reiteradamente su papel en la transmisión de cultura privilegiando la reproducción de estereotipos sociales y de género. En este sentido el movimiento mundial de mujeres ha insistido una y otra vez en que los medios transmiten una imagen distorsionada de la mujer, que limita sus potencialidades, al mostrarla predominantemente como ama de casa y esposa o como sexy-objeto siempre de consumo. El uso de su cuerpo es un común anzuelo para la promoción publicitaria de todo tipo de productos.

La imagen de la mujer en los medios merece ser objeto de análisis a fin de revertir aquellos aspectos que la degradan, que atacan su condición de ser humano, sus derechos básicos fundamentales. La cosificación constante de la mujer, la hace objeto sexual y bien de consumo, en lugar de presentarla como un ser humano creativo, agente principal, contribuyente y beneficiaria del proceso de desarrollo.

También es de vital importancia combatir la violencia contra la mujer en los medios. La misma se exhibe en sus diferentes formas, tanto en los avisos publicitarios, como en las novelas y los diversos programas que resaltan lo erótico y muestran escenas de violencia familiar.

Los medios, al presentar dichas escenas de violencia contra la mujer, refuerzan caracteres patriarcales y tradicionales que alientan a que sean víctimas potenciales de violencia.

El modelo femenino más difundido en los medios, en particular en la publicidad, es aquel en que la apariencia física debe cumplir con los requerimientos estéticos del momento. La apariencia física aparece jugando un papel todopoderoso, capaz de determinar las relaciones de trabajo, las posibilidades de éxito afectivo, el rol en la sociedad. Los logros de la hermosura y los productos que la garantizan tendrían la facultad de darle a la mujer amor, ternura, eterna juventud, seguridad, libertad. Esto omite deliberadamente las consecuencias que pueden traer aparejadas para su salud y bienestar (por ejemplo la creciente "pandemia" de bulimia y anorexia).

Una investigación realizada por UNESCO destaca que la importancia de la publicidad en la evaluación del modo en que los medios de comunicación afectan la posición social de las mujeres constituye una realidad que ya no se discute.

Al tener la publicidad un rol determinante para el sostén de los medios de comunicación que dependen de ella económicamente, sería recomendable potenciar las investigaciones que analicen no sólo las imágenes que transmite sino lo que las mismas mujeres opinan sobre estas imágenes.

Llama la atención en ese sentido, que pese a los innegables avances que la mujer ha logrado en las últimas décadas, la publicidad persiste en mostrarla en el ya señalado clásico binomio estereotipado, por lo que se puede observar que el papel de la mujer subyacente a esas imágenes permanece prácticamente inalterable a lo largo del tiempo. No obstante estas líneas generales, se han notado algunos cambios alentadores relacionados con la disminución de anuncios publicitarios que muestran a la mujer exclusivamente como ama de casa.

Los estereotipos predominantes

Las imágenes de hombres y mujeres que muestran los medios son marcadamente opuestos y estereotipados:

Mujer: dependiente, sensible, ligeramente sometida, delicada, tierna, cálida, realiza actividades menos valoradas o no remuneradas, dedicada mayoritariamente a las tareas del hogar, jóvenes.

Hombre: independiente, inteligente, valiente, fuerte, enérgico, activo, realiza tareas profesionales más valoradas socialmente, de todas las edades.

Pese a los estereotipos, muy lentamente las mujeres rompen el modelo femenino de los medios, ya que éstos marchan en general atrasados en relación a los cambios sociales.

Sería importante que los medios reflejen el cambio que se está dando en las parejas jóvenes, donde el hombre comparte cada vez más las responsabilidades familiares.

Los avances en la toma de conciencia de las mujeres exigen que los medios masivos de comunicación reviertan las continuas proyecciones negativas de la imagen femenina y destruyan los mencionados estereotipos.

En este sentido, pueden jugar un rol importante para modificar el imaginario social, reafirmando el respeto por los derechos humanos de las humanas, contribuyendo a construir una ciudadanía plena para mujeres y varones.

Las mujeres profesionales de los medios

Muchas mujeres en forma creciente se están involucrando en carreras relacionadas con las comunicaciones, pero pocas han alcanzado cargos en los niveles de decisión.

La importancia de la información en las sociedades contemporáneas y los avances tecnológicos en este campo, obligan a los medios de comunicación a contribuir en mucha mayor medida a la potenciación de las mujeres y sus organizaciones.

En el último decenio, los avances en la tecnología de la información han facilitado el desarrollo de una red mundial de comunicaciones que trasciende las fronteras nacionales y que influye en las políticas estatales, las actitudes y el comportamiento.

Hoy aparece clara la necesidad de integrar la temática de género en las políticas estatales que regulan el área, bajo la forma de recomendaciones y sugerencias sobre los enfoques, contenidos y tipos de programación de los medios.

Las áreas de mayor interés podrían ser las siguientes:

1. Imagen de la mujer: evitar la insistencia en mostrarlas jóvenes, bellas, delgadas y

dinámicas, desplegando en su lugar la multiplicidad de imágenes que presenta la mujer de hoy en la realidad. En especial, incluir las diferentes edades, etnias, clase social y tipo de ocupación.

2. Estereotipo de género: reconocer los cambios operados en los últimos años. Promover la difusión de imágenes alternativas. Por ejemplo, mujeres en trabajos extradoméstico no tradicionales para ella y en posiciones jerárquicas; y de varones mostrando ternura al cuidar hijos pequeños o mostrando satisfacción al realizar tareas domésticas.
3. Lenguaje: evitar el uso sexista de la palabra, incluyendo las formas femeninas de sustantivos y adjetivos. Dejar de lado la asimilación del genérico "hombre" como sinónimo de ser humano.
4. Participación comunitaria: crear mecanismos para que las instituciones barriales y de otro tipo influyan en la selección de mensajes y tipos de programas.
5. Condiciones de trabajo: fomentar la aplicación de medidas de acción positiva para promover la plena ocupación y el ascenso jerárquico del personal femenino.
6. Publicidad: prohibir la exhibición grosera del cuerpo femenino y el uso de la violencia como conducta deseable o posible. Evitar la presentación del otro/a como objeto sexual.

Compromiso de los gobiernos

En Beijing, los gobiernos se comprometieron a cumplir la siguiente plataforma de acción relacionada con los medios:

- Promover la participación plena y equitativa de las mujeres en los medios de comunicación, incluyendo su participación en la gestión y producción de programas.
- Procurar que se distribuyan equitativamente los nombramientos de mujeres y hombres en todos los órganos de comunicación privados y estatales públicos.
- Alentar y reconocer la importancia de las redes de comunicación de las mujeres como diseminadoras de información e intercambio.
- Impulsar programas que informen sobre la diversidad cultural de los pueblos indígenas.
- Garantizar la libertad de los medios de comunicación y su protección dentro de la

legislación nacional y alentar el involucramiento positivo de los medios en los temas sociales.

- Fomentar una capacitación relacionada con el género para los profesionales de los medios de comunicación, incluidos los propietarios y los administradores, a fin de alentar el uso de imágenes no estereotipadas de las mujeres.
- Tomar medidas efectivas -incluyendo legislación apropiada- contra la pornografía y la proyección de la violencia contra las mujeres y niños/as en los medios.

Los medios de comunicación deben:

- Desarrollar directrices, códigos y otras formas de regulación que promuevan la diversidad de la imagen de las mujeres a través de los medios y sistemas internacionales de comunicación, incrementando su participación en la toma de decisiones en todos los niveles.

Las ONGs, las asociaciones de profesionales de medios de comunicación, el sector privado, deben:

- Alentar el establecimiento de grupos observadores de los medios de comunicación que realicen un seguimiento de éstos sobre la forma de asegurar que las necesidades e intereses de las mujeres estén adecuadamente reflejados.
- Fomentar la participación igualitaria en las responsabilidades familiares, mediante campañas de los medios que enfatizen la exclusión de los estereotipos de los papeles que desempeñan mujeres y hombres dentro de la familia, y que difundan información tendiente a eliminar todas las formas de violencias contra las mujeres, incluida la que se presenta dentro del hogar.
- Apoyar el desarrollo o financiar a los medios alternativos y el uso de todos los medios de comunicación para difundir información para y sobre las mujeres y sus necesidades.

En nuestro país, pese a este compromiso de gobierno, reafirmado en la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, estamos muy lejos de fomentar e intervenir activamente para dar cumplimiento a estas medidas. Sólo la organización de las mujeres y la concientización

sobre la importancia del problema puede llegar a hacer exigir que las recomendaciones arriba señaladas se concreten.

Bibliografía consultada

- 1996 AMADO Ana María, VALLE Norma, HIRRIAT Bertha, El ABC, Fempress, Santiago de Chile.
- 1981 AAVV, Imagen, papel y condición de la mujer en los medios de comunicación social, UNESCO.
- 1994 ARFUCH Leonor, "Una mujer es una mujer-Notas para una semiótica de lo femenino en los medios", Doc. Del Instituto de Investigaciones de la Fac. de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires.
- 1995 BONDER Gloria (comp.) Mujer y comunicación. Una alianza posible, WACC- CEM, Buenos Aires.
- 1996 Plataforma Beijing '95: Un instrumento de acción para las mujeres, ISIS Internacional, Santiago de Chile.
- 1991 WOLF Naomi, El mito de la belleza, EMECE Ed., Barcelona.

Mujer y Derechos Humanos

El derecho a tener derechos

Los derechos de las mujeres y de las niñas son parte integrante de los derechos humanos universales.

Estos son patrimonio inalienable de todos los seres humanos; su promoción y protección es de responsabilidad primordial de los gobiernos.

Introducción y antecedentes

Las mujeres han desplegado siempre esfuerzos de reflexión y acción encaminados a lograr el reconocimiento de sus derechos como humanas.

En la época contemporánea, el primer hito histórico de esta iniciativa lo constituye la "Declaración de los Derechos de la mujer y la ciudadana". Este documento pionero, de Olimpia de Gouges fue presentado por ella misma a la Asamblea Nacional Francesa hace dos siglos, y por cuya defensa fue condenada a la guillotina.

En años más recientes, diversos grupos de mujeres de todas partes del mundo han continuado la tarea de promover la aceptación y vigencia efectiva de sus derechos y libertades fundamentales. Esto condujo a una reconceptualización global de los derechos humanos, definidos como tales por la DECLARACION UNIVERSAL DE LAS NACIONES UNIDAS en diciembre de 1948.

En tal sentido, como parte del proceso que condujo a la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, realizada en Viena en 1993, las mujeres de América Latina y el Caribe, coincidentemente con las de otros lugares del mundo, desarrollaron un conjunto de actividades cuyo objetivo primordial fue obtener la inclusión de los derechos humanos de todas las mujeres en un instrumento internacional de carácter general que acogiera explícitamente una aplicación y profundización de los conceptos y definiciones tradicionales en la materia.

De los derechos humanos a los derechos de las humanas⁴

La importancia ética de la DECLARACION UNIVERSAL DE DERECHOS HUMANOS del 10 de diciembre de 1948 es innegable. A través de ella fueron establecidos los principios básicos que han actuado durante mucho tiempo como pauta común para las distintas naciones del mundo.

La influencia de esta Declaración se refleja en las más de cincuenta constituciones promulgadas en los últimos años.

Sin embargo, el concepto de *derechos humanos* estuvo limitado a la relación individuo-Estado y a las violaciones ocurridas en el ámbito público. Ello determinó, entre otras cosas, que durante años la violencia familiar y sexual contra las mujeres, no fuera considerada como una violación a los derechos humanos.

No obstante, debido al desarrollo teórico de estos derechos, así como a las demandas de los grupos organizados de mujeres, las normas internacionales han incorporado la protección de los derechos de las mujeres concibiéndolos como estado de cosas, intereses o necesidades cuya satisfacción debe exigirse tanto al Estado como a los particulares.

En 1966 la Asamblea General de las NACIONES UNIDAS adopta el PACTO

⁴ Título tomado del capítulo de Diana Helena Maffía "De los Derechos Humanos a los Derechos de las Humanas", en Perspectivas feministas en teoría política. Ver Bibliografía

INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONOMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, que recién entra en vigor diez años más tarde.

Por dicho Pacto, los Estados Partes se Comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título a gozar de los derechos económicos, sociales y culturales.

En relación con los derechos de la mujer, el instrumento internacional más importante es la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de la ONU en 1979.

En junio de 1993, con motivo de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos de Viena, se incorpora al Programa de Acción y se realiza la revisión de cuatro secciones claves de la Plataforma de Acción:

- Derechos Humanos de las mujeres
- Violencia en contra de la Mujer
- Refugiadas de guerra
- Derechos de las niñas

En 1994, los Estados Partes de la OEA (Organización de los Estados Americanos), firman la Convención Interamericana Para Prevenir, Sancionar y Erradicar toda forma de Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Para).

Este instrumento constituye una herramienta fundamental para los derechos de las mujeres y marca un hito histórico impulsado y capitalizado por el Movimiento de Mujeres.

Estos avances se reflejan en la Conferencia Mundial de la Mujer organizada por Naciones Unidas en Beijing 1995.

Los gobiernos se comprometen

En la citada Conferencia, gracias a la presión de las mujeres organizadas los

gobiernos asumen, entre otros los siguientes compromisos:

- Aplicar todos los instrumentos de derechos humanos, especialmente la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- Dar prioridad al completo e igual disfrute entre mujeres y hombres de todos los derechos humanos sin distinción de ningún tipo, como raza, etnia, sexo, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, y otras condiciones.
- Incorporar el principio de igualdad entre mujeres y hombres en la legislación, y garantizar mediante leyes y otros medios la realización práctica de ese principio.
- Promover la enseñanza sobre los derechos humanos y jurídicos de las mujeres en los planes de estudios escolares a todos los niveles.
- Fortalecer la implementación de todos los instrumentos internacionales de derechos humanos, para combatir y eliminar el tráfico de mujeres y niñas/os.
- Asegurar el pleno respeto de los derechos humanos de las mujeres indígenas.
- Brindar educación y capacitación sobre género y derechos humanos a funcionarios públicos.
- Establecer mecanismos efectivos para investigar las violaciones a los derechos humanos de las mujeres.
- Prohibir la mutilación genital femenina dondequiera que ocurra.
- Asegurar la no discriminación y el igual disfrute de sus derechos humanos a mujeres y niñas con discapacidades.
- Tomar medidas para asegurar que se protejan los derechos humanos de las mujeres refugiadas, desplazadas, migrantes y trabajadoras migrantes.

Bibliografía consultada

- 1994 CLADEM (Comité Latinoamericano y del Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer), "Los derechos de las humanas", Boletín CLADEM N° 5, junio 1994, Argentina.
- 1997 CLADEM ARGENTINA, Declaración de Derechos Humanos desde una Perspectiva de Genero: aportes al 50 aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos, Buenos Aires.
- 1995 CONSEJO NACIONAL DE LA MUJER, Informe Nacional, Ediciones del Consejo Nacional de la Mujer, Buenos Aires.

- 1996 MAFFIA Diana H., "De los derechos humanos a los derechos de las humanas" en Perspectivas feministas en teoría política, (Carme Castells, comp.), Paidós, Buenos Aires.
- 1996 Plataforma Beijing 95: Un instrumento de acción para las mujeres, ISIS INTERNACIONAL, Santiago de Chile.

6. Mujer y Salud Reproductiva

Lic. Ester Nani

Buenos Aires - Agosto 1997

SALUD Y DERECHOS REPRODUCTIVOS

Entendemos por salud al “*derecho social básico y universal cuya apropiación es un camino hacia la mayor libertad del ser humano*”. Esta definición, que surge de los desarrollos teóricos del Dr. Enrique Pichón-Rivière, implica considerar a ambos valores como Derechos Humanos básicos e inalienables, ya que ningún pueblo (género) que no logre un adecuado nivel de salud puede luchar por su libertad.

A partir de esta definición, podemos afirmar que existen problemas de salud específicos de las mujeres. La cultura a través de sus mandatos, adjudica a los varones las funciones ligadas a la producción manual e intelectual y a las mujeres, las funciones de la reproducción de la especie: embarazo, parto, lactancia, cuidado de los hijos y del grupo familiar. Aunque se han producido importantes cambios, esta ha sido la tendencia predominante, por lo que dichas funciones aparecen como centrales a la hora de construir políticas sanitarias para la mujer. Nuestro principal objetivo es que en dichas políticas sea considerada como sujeto autónomo con derecho a participar y a decidir.

La fertilidad se encuentra fuertemente ligada al concepto de salud o salud reproductiva, la que queremos subrayar, no sólo se circunscribe al ámbito sanitario sino que también expresa un campo ideológico.

La Organización Mundial de la Salud define a la **salud reproductiva** como el logro de cuatro objetivos específicos:

- 1) *que todas las parejas tengan la posibilidad de reproducirse y de regular su fecundidad;*
- 2) *que toda mujer pueda gozar de un embarazo y un parto con total seguridad de salud;*
- 3) *que el resultado del embarazo tenga éxito tanto en término de la sobrevivencia como del bienestar de la madre y del niño; y*
- 4) *que todas las parejas puedan gozar de relaciones sexuales sin miedo de un embarazo no deseado o de contraer una enfermedad.*

En el terreno de la salud femenina observamos que incide especialmente la pertenencia a un determinado sector socio-económico y cultural, lo que influirá tanto en la percepción de los procesos de salud y enfermedad como en las exigencias y demandas referidas a los servicios de salud.

Las mujeres de sectores sociales medios o altos programan los nacimientos conocen las diferentes prácticas anticonceptivas, las medidas preventivas para el cuidado de la salud y de sus hijos, corren el menor riesgo posible para sus embarazos o partos, etc. Las de los sectores más bajos están sometidas a una doble discriminación, por ser mujeres y por ser pobres. Siendo mayoritarias en el escenario social, tienen como destino principal y casi excluyente el rol reproductivo.

En general, estas mujeres desconocen el funcionamiento de su cuerpo y el del hombre, el proceso de fecundación, cómo cuidarse ella y exigir cuidados a su compañero, que la responsabilidad de la procreación es compartida, cómo controlar los embarazos y los espacios entre ellos, sus derechos en los servicios de salud, etc.

Esta falta de conocimientos implica que el proceso reproductivo esté subordinado al deseo del otro o a la fatalidad, en definitiva, es algo que no les pertenece.

Los embarazos son en gran medida no deseados, producto de violación, incesto, abuso o por relaciones circunstanciales.

Proveer a las personas que así lo requieran el acceso a la información que les posibilite la toma de decisiones voluntarias y responsables sobre sus pautas reproductivas, significará dar cumplimiento con:

1) la Convención sobre Eliminación de todas formas de Discriminación contra la Mujer, ratificada por la Constitución Nacional y que compromete a los Estados partes a garantizar a las mujeres el acceso a dicha información;

2) la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, para la que rigen todos los derechos, declaraciones y garantías de la Constitución Nacional, como así mismo todos los tratados internacionales ratificados (Art. 10).

La Constitución de la Ciudad de Buenos Aires asegura además, en su art. 21 del Cap. II (Salud) que la futura legislatura debe sancionar una “*Ley Básica de Salud*” entre cuyos lineamientos se encuentra el de: “*promover la maternidad y paternidad responsables. Para tal fin pone a disposición de las personas la información, educación, métodos y prestaciones de servicios que garanticen sus derechos reproductivos*”.

3) el Programa de Acción desarrollado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) de Naciones Unidas, realizada en El Cairo en septiembre de 1994, con la participación de 184 gobiernos. Dicho Programa declara que “*las personas tienen derechos fundamentales que deben ser respetados por las políticas y programas de población y desarrollo. Establecer metas para reducir la mortalidad de las madres, de los lactantes y niños; proveer los servicios de Salud Reproductiva, incluidos los de planificación familiar y reducir las diferencias educacionales entre hombres y mujeres*”. Este Programa reconoce, entre otros, el derecho de las mujeres a ejercer su sexualidad y reproducción en forma saludable y libre de toda forma de violencia, discriminación, presión y/o coacción.

Desde la Dirección General de la Mujer, perteneciente al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, queremos posibilitar el ejercicio real y efectivo de los compromisos asumidos tanto en la Constitución Nacional como en la de la Ciudad de Buenos Aires.

Los Derechos Reproductivos son los derechos que tienen las personas de tomar decisiones acerca de su propia sexualidad y capacidad reproductiva.

Como Oficina Gubernamental es nuestra función garantizar el ejercicio de estos derechos considerados como Derechos Humanos básicos e inalienables, creando las condiciones que permitan su aplicación en los servicios públicos de salud en beneficio de todas las personas que **así lo requieran**.

La aplicación real de los mismos, significará disminuir los efectos negativos de la reproducción en la salud de las mujeres, ya que todavía se observa la persistencia de tasas

inaceptablemente altas de morbi-mortalidad maternas, siendo los indicadores de salud los que mejor reflejan el nivel de vida de un país.

En la Argentina desde comienzos de siglo y hasta hoy día, el aborto sigue siendo utilizado como método de interrupción de los embarazos no deseados.

A pesar de la sanción del Decreto 2274 de Diciembre de 1986, que reconoce el derecho de las personas a decidir sobre su reproducción creando el Programa de Salud Reproductiva, su aplicación en los hospitales públicos ha sido escasa e irregular.

En el ámbito de la Cdad. de Bs. As. se creó el P.P.R. (Programa de Procreación Responsable) que comenzó a implementarse en 1987/88 en 4 hospitales llegando a aplicarse en 11, en 1992. Este programa carece de presupuesto propio, no tiene carácter obligatorio, depende en definitiva de la iniciativa de los jefes de Servicios de Ginecología y Obstetricia por lo que la anticoncepción adquiere un carácter marginal y desjerarquizado del resto de las prestaciones de los agentes de salud.

Con la aplicación de un Programa que asegure la información adecuada para el ejercicio pleno de los Derechos Reproductivos, queremos evitar principalmente, los altos índices de morbi-mortalidad materna, el aborto, el embarazo adolescente, las enfermedades de transmisión sexual y el V.I.H./S.I.D.A.

MORTALIDAD MATERNA

La Argentina presenta todavía una alta tasa de mortalidad materna en relación a la disponibilidad de servicios de atención de la salud y al nivel promedio de desarrollo alcanzado. Entre 1970 y 1980 se redujeron las muertes maternas en un 50 %, pero desde 1980 el descenso ha sido lento.

A partir de los 15 años los riesgos de muerte de las mujeres se relacionan con la reproducción y en el grupo de 15 a 49 años, las complicaciones derivadas del embarazo, parto y puerperio aparecen entre las cinco primeras causas.⁽¹⁾

⁽¹⁾: Bianco, Mabel: *"Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina. El caso Argentino."*
FEIM - FNUAP. Arg. 1996

Cuadro N° 1 Tasas de Mortalidad Materna. Argentina.

Años	T.M.M.
1970	13,89
1980	7,09
1985	5,9
1990	5,2
1992	4,8

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social
Programa Nacional de Estadísticas de Salud

El aborto y las causas obstétricas directas, o sea las debidas al embarazo, parto y puerperio son los dos principales grupos de causas de muerte materna en Argentina. Las hemorragias y la toxemia son las responsables del otro tercio de las defunciones. ⁽²⁾

Cuadro N° 2
Muertes Maternas por grupos de causas. Argentina.
Año 1993

Grupos de edad de las fallecidas	Total de Nacidos Vivos	Total	Defunciones maternas				
			Abortos	Hemorragias del embarazo y parto	Toxemia del Embarazo	Otras Causas Obstétricas Directas	Causas Obstétricas Indirectas
Total	667.518	309	90	46	43	118	12
Menor de 15 años	3.621	2	--	1	--	1	--
15 a 19 años	96.901	34	10	3	6	13	2
20 a 24 años	178.769	58	23	8	9	14	4
25 a 29 años	169.627	54	16	6	11	21	--
30 a 34 años	122.357	56	18	9	5	22	2
35 a 39 años	63.560	62	16	12	10	22	2
40 a 44 años	18.840	23	4	4	1	13	1
45 a 49 años	1.651	1	--	--	--	--	1
50 y más	313	--	--	--	--	--	--
Sin especificar	12.239	19	3	3	1	12	--

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social

⁽²⁾: Idem ⁽¹⁾

El incremento de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio incluido el aborto desde fines de la década del '80, muestra un alto índice de riesgo de las mujeres en su reproducción, lo que podemos asociar con su creciente pauperización y con la imposibilidad de realizar los controles correspondientes por falta de información y carencia o deterioro de los servicios públicos, consecuencias resultantes de la aplicación de políticas de ajuste estructural.

Cuadro N° 3
Tasas de Mortalidad Materna (cada 100.000 nacidos vivos) por grandes grupos de causas. Región Capital Federal

	1980 - Tasas				1985 - Tasas				1990 - Tasas				1991 - Tasas			
Jurisdic. de Residen.	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Cap. Fed.	38,1 3	27,5 4	10,5 9	0,0 0	19,7 3	2,7 1	1,3 5	0,0 0	41, 34	21, 89	19, 46	0,0 0	10,0 7	5,0 4	5,04	0,0 0

Fuente: Ministerio de Salud y Acción Social

Referencias:

- 1) Mortalidad Materna
- 2) Aborto
- 3) Causas Obstétricas Directas
- 4) Causas Obstétricas Indirectas

El aborto es la principal causa de muerte materna y su peso relativo es mayor a medida que aumenta la edad de las mujeres. El porcentaje más alto de muertes se observa entre las mujeres de 25 a 34 años. En 1992 la proporción en las de 35 y más años evidenció un significativo aumento con respecto a la década anterior.

Respecto a la mortalidad materna en la Ciudad de Buenos Aires, estudios realizados por Marconi y otros ⁽⁴⁾, evidenciaron que la mayoría de las muertes correspondían a mujeres de sectores pobres y sin cobertura médica. Asimismo se observa en la Capital Federal que el mayor aumento de abortos se da entre las mujeres de 15 a 19 años.

Con respecto a la Argentina, se estima que se realizan entre 335.000 y 400.000 abortos por año. Teniendo en cuenta que en el país hay un promedio de 650.000 nacidos vivos por año, esto significa que se realiza alrededor de un aborto cada dos embarazos a término.

⁽⁴⁾: Marconi, E.: "Morbi-mortalidad materna en la Argentina" en "Por una maternidad sin riesgos" de M. Bianco. FEIM. Arg. 1992

Entre el 30 y el 40 por ciento de las camas públicas de ginecología están ocupadas por mujeres que sufrieron complicaciones derivadas de "abortos caseros" o mal realizados, siendo el responsable de la muerte de 200.000 mujeres al año. ⁽⁵⁾

MATERNIDAD ADOLESCENTE

Se ha registrado un aumento notable de la maternidad adolescente en Argentina entre 1980 y 1992.

El número y la proporción de nacidos vivos creció en las menores de 15 años y entre las de 15 y 19 años. Actualmente el 15 % de los nacidos vivos en el país, aproximadamente 100.000 de los 680.000 que ocurren por año, son hijos de madres adolescentes ⁽⁶⁾.

Con datos de 1989 de la Dirección de Estadística de Salud del Min. de Salud y Acción Social, en el Área Metropolitana se observa un aumento de adolescentes embarazadas con características alarmantes. Estas madres, en una proporción superior que

las madres de 20 años, no tienen pareja estable, la cantidad de analfabetas es mayor (especialmente en la Capital Federal) y no cuentan con recursos económicos seguros o trabajo estable.

El riesgo de tener hijos con bajo peso (- 2,500 kg.) es mayor que en las madres de 20 años y más, lo que aumenta considerablemente (al doble) el riesgo relativo de muerte infantil durante el primer año de vida. (Fuente: Min. de Salud y Acc. Social. Programa Nacional de Estadísticas de Salud)

A nivel mundial, el embarazo es la principal causa de muerte de las mujeres entre 15 y 19 años, pero es necesario aclarar que estos índices de muerte materna no están relacionados con la edad sino con la ausencia de respuestas institucionales **específicas** para abordar esta problemática.

Otros datos nos muestran la mayor frecuencia del embarazo adolescente en los sectores pobres, mostrando el mejor acceso económico de los sectores medios y altos a la anticoncepción y/o al aborto como forma de evitar o interrumpir los embarazos no deseados.

Según la Unesco las jóvenes de los sectores populares de América Latina “*no consideran que sus cuerpos les pertenezcan hasta tal punto que la violencia u opresión sexual no pueden ser visualizadas como un asalto a su libertad. Aun adultas aceptan las demandas sexuales del hombre como una obligación para satisfacerlo y que en su mundo no hay lugar para la anti-concepción*”. Todo esto se inscribe dentro de lo que podemos llamar la “**lógica del instante**”, opuesta a la “**lógica del cuidado y la anticipación**”. Los planes asistenciales y/o preventivos que no contemplan esta lógica, están destinados al fracaso.

⁽⁵⁾: Checa, Susana y Rosenberg, Martha: “*Aborto hospitalizado*”. Ed. El Cielo por Asalto

⁽⁶⁾: Idem ⁽¹⁾

La gran mayoría son madres solteras y además de afrontar serias dificultades, se encuentran con el conflicto adicional de la reprobación social.

Generalmente sus embarazos son producto de un abuso o violación por lo que esta problemática debe incluirse no sólo en el campo sanitario sino en un capítulo importante de las políticas de Derechos Humanos ya que son la representación en acto de la concepción por la cuál las niñas/mujeres no son sujeto de derecho sino objeto de placer.

Por lo que su maternidad no se da dentro de un proyecto de vida sino como un hecho consumado no buscado conscientemente y fuera de una pareja estable, todo esto las colocará en una situación social casi sin salida.

Es llamativa la diferencia de fondos que se destinan a costosas campañas, por ejemplo para prevenir la drogadicción, comparados con los que se dedican para aplicar políticas en favor de la madre adolescente y su hijo.

Es nuestra obligación para con ellas, como Organismo Gubernamental de la Mujer, trabajar para lograr el desarrollo de su autodeterminación el mejoramiento de su autoestima, para reconocerse con el derecho a preguntar, a disentir y a asumir sus responsabilidades.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y V.I.H. / S.I.D.A.

Los registros de enfermedades de transmisión sexual existentes en la Argentina, tienen un alto subregistro y no se diferencian por sexo los casos notificados, por lo que no podemos realizar un análisis diferencial entre mujeres y varones.

Respecto al S.I.D.A. vemos que el mismo encuentra cada vez más a las mujeres entre sus víctimas. Hasta hace poco más de una década era una enfermedad relacionada con grupos portadores determinados, como los drogadictos, los homosexuales y las prostitutas, siendo por esa razón altamente estigmatizada. En la actualidad esta situación a variado notablemente: el virus y la enfermedad afectan a parejas heterosexuales, varones, mujeres, jóvenes, adultos, pobres y ricos.

En la Argentina se registran sólo las personas enfermas, no las infectadas por el V.I.H. El subregistro de enfermos se estima en dos por cada notificado. Al 30 de noviembre de 1994 existían 5.303 personas enfermas desde 1982, año en el que se registraron los primeros enfermos. La primera mujer enferma se registró en 1987, la relación hombres/mujeres enfermos varió de 84:1 en 1987 a 3,3:1 en 1994, con un promedio de 4,7 hombres por cada mujer en todos los casos acumulados. En 1992 se observa un aumento considerable de las mujeres enfermas que persiste hasta la fecha; la proporción es mayor en el grupo de 15 a 29 años, demostrando una concentración mayor de las afectadas en edades diez años menor que en los hombres. Tendencia que coincide con la observada en general en el mundo.

En Capital Federal y Prov. de Buenos Aires, donde se concentra el mayor número de enfermos, la relación hombres/mujeres es más baja que la promedio del país: siendo 2,9 y 3,3 hombres enfermos por cada mujer, respectivamente.

Cuadro N° 4

Casos de S.I.D.A. según sexo. Período 1982-1994 - Argentina

Año	Masculino	Femenino	S/Inf.	Relac.H/M	Total
1982	3	0	0	--	3
1983	4	0	0	--	4
1984	7	0	0	--	7
1985	28	0	0	--	28
1986	36	0	0	--	36
1987	84	1	1	84	86
1988	181	13	0	14	194
1989	255	31	2	8,2	288
1990	409	61	4	6,7	474
1991	619	80	3	7,7	702
1992	824	200	6	4,1	1.030
1993	1.046	282	14	3,7	1.342
1994	838	255	16	3,3	1.109
Total	4334	923	46	4,7	5.303

Fuente: Programa de Lucha contra los Retrovirus del Humano y el S.I.D.A. Ministerio de Salud de la Nación.

Entre 1982 y 1986 la vía de transmisión sexual era del 90 % y la vía sanguínea, del 10 %.

Se observa una disminución de la vía sanguínea, desde 1987 con un aumento de la vía heterosexual. En 1994 el 50 % de la transmisión entre las mujeres era heterosexual y sólo el 39 % por vía sanguínea (transfusiones y drogadicción). El descenso de la vía sanguínea se debe al mayor control realizado en las transfusiones, ya que la drogadicción ha aumentado.

El crecimiento de la vía heterosexual **sin la correspondiente protección**, explica el aumento significativo de mujeres enfermas. La ausencia de una campaña de información y de políticas claras respecto del abordaje de este tema nos hace suponer su continuidad de crecimiento.

Un estudio epidemiológico realizado entre 1991 y 1994 en algunos hospitales públicos municipales de la Ciudad de Buenos Aires, mostró que en las internaciones de mujeres entre 10 y 49 años, la principal causa de muerte era el V.I.H./S.I.D.A., ocasionando el 16,9 % de las muertes.

De los 351 niños enfermos de S.I.D.A., el 52 % reside en la Pcia. de Buenos Aires y el 29 % en la Ciudad de Buenos Aires. **El 79 % de ellos se infectó por transmisión materna**, el 6 % por transfusión y el 4 % por drogadicción endovenosa.

Si se analizan los factores de riesgo en los niños, se observa que en la transmisión materna es ligeramente superior en las niñas. La tasa de incidencia del S.I.D.A. infantil en la Argentina es la segunda en orden de frecuencia en los países de América Latina y el Caribe.

Las políticas de ajuste estructural aplicadas en nuestro país desde 1991, son las responsables de la desocupación y la pobreza, especialmente entre las mujeres, por lo que el comercio sexual de niñas, niños y mujeres representa una importante fuente de ingresos familiares, lo que aumenta el riesgo de infección del V.I.H. La ausencia de mensajes que indiquen el mayor riesgo de las mujeres jóvenes y pobres, la no distribución de preservativos (con la correspondiente información) a los grupos vulnerables y la ausencia de educación sexual en la mayoría de las escuelas, son factores que nos permiten predecir un considerable aumento de esta epidemia en los próximos años.

No ignoramos que el uso de preservativos conlleva, muchas veces, ideas de aislamiento y rechazo en la entrega amorosa, por lo que se plantea el desafío de tener que generar espacios y propuestas en los que sea posible mantener un diálogo sincero y confiado.

En una etapa histórica en la que las mujeres comenzábamos a construir una sexualidad desde nosotras mismas, se presenta en escena el S.I.D.A. con toda su carga de miedos, culpas y cuestionamientos. Esta irrupción nos obliga a generar respuestas serias desde lo institucional, superando limitaciones y prejuicios, debiendo asumir nuestra responsabilidad. Las mujeres se enferman y mueren.

Debemos hacernos cargo.

Lic. Ester Nani

Buenos Aires - Agosto 1997

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- “*Los Derechos Reproductivos son Derechos Humanos*”
A.P.D.H. Comisión de la Mujer y sus Derechos.
Fundación Ebert. 1995.
- “*Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina*”
Mabel Bianco de F.E.I.M. - F.N.U.A.P. 1996.
- “*Morbi-mortalidad materna en la Argentina*” de E. Marconi en “*Por una maternidad sin riesgos*” de M. Bianco. FEIM. Arg. 1992
- “*Mujer y Salud*”
Centro de Estudios de las VI Jornadas multidisciplinarias de la mujer. 1985.
- “*Cuadernos de Salud N° 1 y N°4*”
de las Dras. Zulema Palma y Maria Luisa Goñalona.
Centro Integral. de Salud para mujeres “Dra. Julieta Lanteri” .
- “*Aborto hospitalizado*”
Susana Checa y Martha Rosenberg - Ed. El Cielo por Asalto
- “*Tercer informe periódico de la República Argentina*”(sept. 1993 - agosto 1996) Consejo Nacional de la Mujer.
- Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- “*Salud de la Mujer: un derecho postergado*”. 1992.
“*Embarazo y Maternidad adolescente*” 1992
Cuadernos del Consejo Nacional de la Mujer.
- “*Informe. Direc. Gral. de la Mujer*” - 1994.
- “*Entre pildoras, mandatos y emociones*”
1ras. Jornadas Red Nacional por la salud de la Mujer. Argentina. 1993
- “*Beijing un año después: ¿derechos sin políticas?*”
Martha Rosenberg en Mujeres en los ‘90 del Centro Municipal de la Mujer de Vicente López. 1997.
- “*Prevención. Intervención psicológica en salud comunitaria*”
Mirta Videla. Editorial Cinco. 1991.

7. Maternidad adolescente

Trabajo presentado en las 3^{os} Jornadas "Buenos Aires Mujer", agosto 1994

Especialista en Educación de la Comunidad, Coordinadora del equipo del "Hogar María Eva Duarte", desde su creación (1991), Directora del Hogar desde 1996 a 1997.

Introducción

¿Por qué ocuparnos, como Dirección General de la Mujer, de la maternidad adolescente?

¿Qué nos pasa a las mujeres en general - y no sé a los hombres- que cada vez que podemos, evitamos enfrentarnos con el tema, hablar de él? ¿Qué nos moviliza y qué nos obstaculiza? Recuerdo otras jornadas en las que se planteó el tema para talleres o mesas redondas, y la cantidad de personas que acudían a participar o a escuchar era muy escasa. Cuando hace cuatro o cinco años se pensaba en la Dirección General de la Mujer en crear un hogar para madres jóvenes, se nos presentaba la disyuntiva de delimitarlo según la edad. Pero, analizando las características de la población de "madres solas", vimos que, a las problemáticas propias como el desamparo, la desintegración, la desinformación, la falta de trabajo, la vivienda, la violencia, etc., se les sumaban las de la adolescencia. Por esto, esas madres adolescentes, al decir de Ana Jusid, merecen una atención especial y prioritaria.

El desafío fue grande, porque ya existían hogares para madres menores. Anahí Viladrich describe descarnadamente en su libro **Madres solteras adolescentes**, la realidad de uno de esos institutos de menores, algunas de cuyas características han variado en estos últimos tiempos. ¿Qué es lo que nos propondríamos como "novedoso" y no como meramente "asistencialista"? Tal vez, educar, prevenir, promover desde el afecto.

En primer término decidimos afrontar la reflexión sobre el tema, y al indagar los "por qué", fuimos descubriendo. ¿Por qué aparece la jovencita embarazada, sin continente afectivo y sola? ¿Qué hay de los mitos de los que hablan Mirta Videla, Ana Fernández?. Al respecto Mirta Videla dice: "Denominé a este libro **Maternidad, Mito y Realidad** porque aspiro a que cada mujer, cada pareja que decide tener un hijo sea consciente de su decisión y de lo que en realidad podrá llevar a cabo. Sería deseable que todas las mujeres de nuestro país pudiesen tener hijos para gozarlos y amarlos, compartiendo con sus hombres este placer. Sería deseable también que los pudiesen educar en las mejores condiciones y recibieran los requisitos de salud para una vida sana, que todos fuesen miembros útiles, más productivos, sin diferencias o distinciones. Pero esto no es así y las mujeres lo saben muy bien. El mito es la imagen del parto doloroso, pero acompañado; la realidad, el abandono y la denigración. El mito es el traje blanco y los niños sanos y bien alimentados, la mesa suculenta y el esposo sonriente; la realidad es el embarazo de soltera, el salario miserable, la falta de alimentos y la huelga....El mito es también la madre amamantando a su bebito; la realidad es la oposición social a este contacto, desde el pediatra que prescribe la mamadera hasta el patrón que nada quiere saber..."

Ana Fernández, por su parte, sintetiza los mitos en: "sacralización de la maternidad; la noción del instinto maternal y la noción del deseo del hijo." Por un lado es importante tener en cuenta estos puntos como elementos internos. Desde lo social, múltiples factores dan forma a una red de causas y consecuencias que complejizan el encuadre. La adolescencia y la maternidad se definen más allá de lo biológico, es decir en un contexto histórico, social y cultural. Existen modelos sociales para ambos.

La adolescencia está entendida como el proceso de crisis, de confusión, cuyas características más relevantes son la búsqueda de la propia identidad y el despertar sexual, que una vez superadas nos presenta a un individuo maduro, listo para enfrentar su vida y las relaciones sociales. Es un proceso inevitable y necesario por el cual se debe transitar.

Jurídicamente la adolescencia coincide con la última etapa del "estado de minoridad", tomada desde los 14 años, (momento en el cual se reconoce capacidad nupcial a las mujeres y en los varones desde los 16, previa autorización de un adulto o juez para ambos) cuando se abandona el estado de incapacidad total, para pasar al de incapacidad relativa, saliendo de la categoría de menores impúberes para ingresar a la de menores adultos hasta cumplir los 21 años. Pero esto no ha sido así en todos los tiempos de la historia universal. La adolescencia es un invento de la modernidad y no es igual para todos los sectores sociales. Está sujeta no sólo a las "aptitudes psicológicas" del individuo, sino también a su situación de clase, contexto familiar y género, abarcando un período bastante ampliado entre los 10 y 25 años, durante el cual se lleva a cabo el proceso de internalización de la cultura o socialización en forma completa.

Es en la realidad cotidiana de los sectores populares, donde el modelo social de la adolescencia se aleja, se desdibuja o se pierde totalmente, ya que los factores económicos y sociales no sólo pueden acortar el proceso, sino que muchas veces se pasa en forma directa de la niñez a la etapa "adulta". La temprana inserción en el mercado laboral; la sustitución de las funciones maternas en el hogar por parte de las hijas mujeres, con el consecuente abandono de la educación formal, la capacitación laboral y de la etapa vinculada con el juego y el placer (sobre todo en las mujeres, en quienes esta etapa -del placer- suele culminar abruptamente con un embarazo) son algunas de las consecuencias que sufren estos adolescentes. Por causa de la "pobreza estructural" nos enfrentamos con la desarticulación del grupo familiar producto del desempleo; las migraciones, la violencia doméstica y el bajo nivel educativo.

En los sectores medios y altos la adolescencia está más cercana al modelo, al "imaginario colectivo" que se expresa no sólo en el tipo de consumo de estos sectores jóvenes (vinculado con el mercado, como así también al de pautas o valores culturales) sino al nivel y al tipo de expectativas individuales y del grupo familiar que se crean para el final de esta etapa, como por ejemplo, la búsqueda de una profesión, de una vocación que debe ser concretada en la etapa adolescente para ser ejecutada en la adulta.

En la población que nos ocupa vemos que esta problemática se inscribe como una más de las estigmatizaciones hacia los jóvenes: estas chicas son discriminadas en forma particular por su condición de mujer (género), por su edad (adolescente) y por ser madre soltera (estado civil). Esta es una sociedad que no se hace cargo de sus jóvenes en general,

por lo menos de todos aquellos que con sus circunstancias de vida tienden a sacar a luz lo que la misma sociedad se esmera en ocultar. La drogadicción, el alcoholismo, la prostitución, la maternidad adolescente vinculada a la sexualidad temprana son realidades que, al intentar darles un carácter individual (causas y efectos son sólo del sujeto), se estaría olvidando que, en realidad, todos ellos están inmersos y son consecuencias del accionar de la sociedad en su conjunto. Porque cuando hablamos de Maternidad Adolescente se establecen diferencias entre los diversos sectores sociales, vinculadas con la aceptación-resolución de la problemática.

Veamos las posibilidades de abordaje de esta situación: abortar, dar el bebé o criarlo.

1. Muchas veces, la incertidumbre, el miedo, la presión social, pueden inducir a la joven, más que por una libre decisión, a recurrir al aborto. Dice Viladrich: "En la Argentina, el aborto es una alternativa para interrumpir el embarazo a la que acceden más segura y fácilmente las adolescentes de sectores medios y altos. El aborto es una práctica prohibida por nuestra legislación".. " En la Argentina, continúa, se estima que la tercera parte de las defunciones atribuidas a la mortalidad materna obedecen a abortos inducidos, en especial de mujeres de bajos recursos, llegando a constituir la principal causa de muerte dentro de la mortalidad materna..."
2. Aceptar el embarazo. A la decisión de proseguir con el embarazo, sin apoyo familiar o de la pareja, siguen los interrogantes: ¿ Qué hacer sola? ¿A dónde ir? ¿ Dónde y a quién pedir ayuda?. El Hogar "María Eva Duarte", como tantos otros, surge, entonces, para atender y dar respuestas a estas necesidades: acompañar, contener y orientar.

2.1. Dar el bebé: a veces las jóvenes aceptan el embarazo pero se resisten a criar a su hijo. Por muchas y diferentes razones, entre las que figuran el abuso y la violación, la opción por seguir estudios, etc..

Cuando hace tres años, Ester, de 19 años, le comunicó a su asistente social su decisión de dar su beba en adopción, sufrimos una profunda movilización: era el primer caso que se nos presentaba. Ya lo había hablado con el servicio social del hospital, y su decisión era irrevocable. Se instrumentaron las medidas para su concreción, acompañándola a las correspondientes entrevistas con el Juez. Y en el hogar, ¿qué pasaba?

Ester no había hablado con ninguna de sus compañeras por temor a ser juzgada, o quizás a que le hicieran cambiar de idea. A pesar de su silencio, en la vida cotidiana se podían observar actitudes distantes con su hijita que provocaban malestar y creaban un clima de desconfianza entre las compañeras. Luego de varias charlas con su psicóloga y su asistente social, se acordó "blanquear" la situación.

En un ambiente mezcla de sorpresa, incredulidad y respeto, Ester pudo compartir su decisión que fue motivo de profundas reflexiones; a varias chicas, en algún momento se les "había pasado por la cabeza" la idea. No hubo condenas ni juicios.

¿ Somos parte, nosotros/as de ese sector de la sociedad que condena sin indagar las causas que llevan a una mujer a dejar a su hijo? Habría que reflexionar. Nosotras, las mayores, en ese momento debimos revisar algunas cuestiones, estar alertas, agudizar la

observación y autoanalizarnos a fondo para no hacer prevalecer nuestra manera de ver las cosas por encima de las opciones de los demás, aunque estos "demás" sean aún "casi niñas".

La experiencia posterior nos fue confirmando que es genuino y absolutamente necesario acompañar en estos procesos dolorosos a la mamá que da a su bebé, muy diferentes a los de aquellas que deciden criarlos y asumen su maternaje pese a las dificultades, con todas sus alegrías y sinsabores.

2.2. Aceptar al bebé: aceptar el embarazo es una cosa, aceptar al bebé es otra. El bebé idealizado, no; éste de carne y hueso que depende absolutamente de mí, a quien tengo que lavar, cambiar los pañales, atender cuando se despierta de madrugada, llevar al hospital si tiene algo, calmar cuando llora...

Las mamás de estos bebés tienen 14, 15, 18, 19 años. Muchas están en Buenos Aires por primera vez habiendo dejado sus casas, sus amigos, sus compañeros de escuela. Algunas vienen de ámbitos violentos; otras han sufrido abusos; todas, alguna forma de abandono. Algunas sufren la condena familiar o social; otras, la autocondena. En algunos casos han sido dejadas por el papá de su bebé; en otros, son ellas las que se han alejado. Aquel "es mi hijo" nos confronta con diferentes situaciones: el hijo como "propiedad" ("es lo único que tengo, es mío") El hijo como elemento estigmatizante. El hijo como motivo de orgullo. Dice Karina en una carta dirigida a otras madres adolescentes: "Yo tengo una hija. Al principio, cuando estaba en mi vientre pensé muchas cosas terribles; pero cuando reflexioné una y mil veces, decidí que tenía que lograrlo. Tener mi hija y quererla, defenderla con todas mis fuerzas. Hoy ella tiene tres meses y medio y es mi única razón de vivir. Angela Melisa, hija: te amo".

Karina es una de tantas que decidió tener y criar a su hija habiendo peleado y sufrido internamente por esta decisión. Pero su familia está muy lejos, es muy pobre y no puede contenerla. Es en este momento de la vida de estas chicas en que el Hogar adquiere su razón de ser. Brinda contención. Aunque resulte obvio aclararlo, significa no sólo lo material (casa, comida, vestimenta, atención de la salud) sino, y fundamentalmente, lo afectivo y emocional. Si las jóvenes no tuvieran dicha contención, seguramente no lograrían contener, sostener y criar a su hijo por sí mismas.

No son pocos los casos en que cuesta mucho afianzar este vínculo. Tratamos de que el Hogar sea, aunque por corto tiempo un lugar cálido para vivir la etapa del embarazo y de su "debut" como madres; un lugar acogedor donde todas puedan hablar y ser escuchadas con respeto (en muchos casos es la primera vez que pueden hacerlo). Es la primera vez que se encuentran con adultos que no las maltratan ni condenan, ni tratan de imponerles sus ideas, ni se obsesionan por hacerlas cambiar.

Buscan formas de establecer vínculos de amor marcados por el respeto para acompañar en la opción que cada una elija: criar al bebé o darlo en adopción. Cualquiera de ellas significará marchar en un proceso de crecimiento que puede ser más o menos lento, más o menos doloroso, más o menos feliz. Acá como con cualquier hijo/a adolescente, se necesita extremar la paciencia, la tolerancia y la creatividad para no exigir y reclamar una "maduración forzada". Nos encontramos con el hecho de que son madres porque han

tenido un hijo, pero debemos recordar que ellas mismas son hijas (de padres y madres ausentes) y tienen sus propias necesidades. "No olvidar que son adolescentes" es una de nuestras consignas permanentes. Otra es no idealizar; no caer nosotras mismas en los famosos "mitos". No crear situaciones artificiales, olvidando la necesidad afectiva, la sexualidad, el "afuera y el después". Conocer el propio cuerpo, conocerse, conocer a los otros y ser críticas del contexto y de la realidad que nos toca vivir.

Entre el "afuera y el después" se destaca la reubicación en el medio de donde provienen o en uno ajeno y la relación con los hombres. "Los modelos masculinos están desvalorizados en cuanto a funciones parentales importantes de autoridad, afectividad, responsabilidad, todos ellos elementos básicos que favorecen la seguridad y la confianza con el sexo opuesto". (**Maternidad adolescente en medios subprivilegiados**).

Hasta quien tuvo relaciones menos traumáticas le cuesta, por todo este entorno, imaginar una relación más o menos armoniosa para el futuro. Bombardeadas por la realidad y por la ficción de las telenovelas, lo que se puede hacer en poco tiempo para revertir imágenes grabadas a fuego, no es mucho. Tratamos, sin embargo, de poder hablar de los temas a nivel individual y en grupo. De esta forma se va aprendiendo a que siempre se puede contar con alguien y que la solidaridad es posible. Educar, prevenir, promover la dignidad.

" Si la adolescencia no fuera solo un período de crisis/ adaptación con objetivos hacia el futuro, y la maternidad 'lo sagrado', el fin último de la existencia de una mujer', entonces quizás la maternidad adolescente no sería un problema ni se tejerían tantos prejuicios a su alrededor."

Bibliografía consultada:

- Jusid, Ana: "Las niñas mamás" Editorial Sudamericana, Bs. As. 1991.
Viladrich, Anahí: "Madres solteras adolescentes" Centro Editor de América Latina, Bs. As. 1991.
Equipo de asistentes sociales Juzgado de menores N°1 de San Martín: "Maternidad adolescente en medios subprivilegiados" Editorial Humanitas Bs. As. 1992.
Videla, Mirta: "Maternidad mito y realidad" Editorial Nueva Visión Bs. As. 1990

Bibliografía sugerida:

- Bianco, Mabel (compiladora): " Por una maternidad sin riesgos" FEIM, Bs. As. 1992
Bianco, Mabel: Fecundidad, Salud y Pobreza en América Latina. El caso argentino" FEIM/ FNUAP, Bs. As. 1996
Chavanneau, Silvia: "Preguntas y respuestas para madres adolescentes y sus niños sobre los derechos que los vinculan" UNICEF Argentina, Bs.As. 1997
Fernández, Ana María: "La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres" Paidós, Bs. As. 1993
Giberti, Eva/ Chavanneau, Silvia/ Taborda, Beatriz: "Madres excluidas" FLACSO/ Edit. Norma, Bs. As. 1997
Giberti, Eva/ Chavanneau, Silvia: "Adopción y Silencios" Edit. Sudamericana, Bs.As.1991

Varios Autores: "Embarazo y Maternidad Adolescente" Cuadernos del Consejo .Consejo Nacional de la Mujer, Bs. As. 1992
Pantelides, Edith Alejandra: "La maternidad precoz. La fecundidad adolescente en la Argentina" UNICEF, Bs.As. 1995

8. Mujer y Salud: ¿cómo se manifiesta el género en tanto salud/enfermedad/atención?

Lic. Valeria Mariana Tallarico⁵

Marzo, 1998

Introducción

La introducción de la dimensión de género en el análisis de la salud ha tornado visibles las distintas maneras en que las construcciones sociales de lo masculino y lo femenino moldean diferencialmente los perfiles de salud y de participación sanitaria de hombres y mujeres. Podemos definir el concepto “género” como

*“un conjunto de quehaceres y relaciones prescripto socialmente entre hombres y mujeres, que están determinados no por factores biológicos sino por el contexto social, político y económico. Los papeles correspondientes a cada sexo son aprendidos y pueden cambiar a lo largo del tiempo. El análisis de estos papeles y relaciones es lo que pone de manifiesto los desequilibrios de poder, riqueza y carga de trabajo entre mujeres y hombres y lo que puede, a su vez, conducir a la posibilidad y necesidad de un cambio”.*ⁱ

El objetivo central de este enfoque ha sido el de develar aquellos mecanismos que, a partir de la división social del trabajo según sexo, crean o refuerzan desigualdades intergenéricas. Las desigualdades en la salud basadas en la clase social, el grupo étnico y el lugar de residencia son un hecho reconocido en las sociedades. Sin embargo éste no es el caso cuando se trata de desigualdades en salud entre el hombre y la mujer, donde el tratamiento para la mujer se ha limitado principalmente a aspectos reproductivos. Se ha puesto relativamente poca atención a las diferencias entre hombres y mujeres en aspectos tales como la desnutrición, la salud mental, la violencia, la incidencia del cáncer, la salud ocupacional y las enfermedades de naturaleza crónica y degenerativa, así como los efectos de la doble carga de trabajo sobre la mujer.ⁱⁱ

Las desigualdades se manifiestan no sólo en la exposición a riesgos, sino en las relaciones de poder con respecto a los recursos para encarar dichos riesgos, proteger la salud e influir en la dirección del proceso de desarrollo sanitario. Esta relación de poder benefició a los hombres y situó a las mujeres en una posición de desventaja y subordinación respecto a ellos.

La salud de las mujeres constituye actualmente uno de los problemas más críticos de América Latina y el Caribe. Al considerar las causas de las enfermedades y de la mortalidad de la mujer a lo largo de su vida, es necesario tomar en cuenta que, durante la etapa reproductiva, ella es susceptible de sufrir no sólo las enfermedades que afectan a los

⁵ Lic.. en Psicología, integrante del equipo de proyectos, investigaciones y capacitación de la Dirección General de la Mujer.

hombres y mujeres por igual sino las enfermedades específicas relacionadas con la reproducción.

Ivonne Szaszⁱⁱⁱ analiza la **construcción social de las identidades**, las **relaciones de poder entre hombres y mujeres y las asimetrías sociales de género**.

Plantea que en las **relaciones entre identidad de género y salud** existen vínculos entre (a) *identidad de género y percepción del propio cuerpo*. Para algunas mujeres el cuerpo es percibido como un lugar de esfuerzo y sufrimiento relacionado especialmente con los mandatos de género en cuanto a la sexualidad y la procreación; mientras que para los varones, el cuerpo está relacionado con la dureza, la fuerza y la violencia. En la producción de la concepción de la salud/enfermedad intervienen procesos de construcción simbólica de los cuerpos sexuados que afectan la salud. Estas construcciones influyen en cómo las mujeres y hombres interpretan y viven la reproducción y sobre los comportamientos que resultan de valoraciones diferenciales en la afirmación de las identidades de género. Las diferentes experiencias y significaciones dará como resultado distintas maneras de vivir y entender la salud/enfermedad.

El más vívido indicador de las consecuencias del mal estado de salud de algunas mujeres es la mortalidad materna^{iv}. En la Argentina una mujer cada 2.073 nacimientos fallece como consecuencia de complicaciones de embarazo, parto y puerperio. La tasa de mortalidad materna^v fue para el año 1995 de 4.4 muertes por 10 mil nacidos vivos para todo el país^{vi}. Como cualquier promedio se trata de un indicador que oculta las grandes discrepancias entre las clases sociales, grupos étnicos y áreas geográficas, entre otras. Si bien esta no es una tasa alta (tasa alta es aquella comprendida entre las 5-10 muertes x 10.000 nacidos vivos), se calcula que existe un subregistro de más del 50 por ciento^{vii}. Además existen provincias donde se triplica la tasa nacional (Chaco) o donde se registran más de 10 muertes maternas por 10 mil nacidos vivos (Formosa y Jujuy)^{viii}. Lo que podría prevenirse con un mejor acceso a los servicios de salud. Asimismo las tasas más altas se ubican en los extremos de edad. Las mujeres entre 35 y 44 años, por una parte y las menores de 15 años concentradas regionalmente en el noreste y noroeste argentino (NEA y NOA respectivamente). Sabemos que la muerte de una mujer en el parto significa mucho más que la pérdida de una vida; puede poner en peligro la supervivencia de toda una familia.

La principal causa de mortalidad materna es el aborto; concentrando el 30 por ciento del total^{ix}.

Entre (b) *identidad de género y riesgo*. La construcción cultural de la identidad masculina expone a los varones a la necesidad de enfrentar su cuerpo a riesgos (en el trabajo realizando actividades físicas peligrosas o exponiéndose a situaciones violentas).

Entre (c) *identidad de género y dar y recibir cuidados*. La asignación cultural de cuidado a otros a la identidad femenina, así como la asignación de independencia a la identidad masculina tiene implicaciones para la percepción de signos y síntomas de padecimientos, para las acciones de requerimiento de atención y los cuidados, para la forma en que los agentes responden a esas demandas de atención, para la adopción del rol del enfermo o cuidador y para el bienestar emocional o salud mental.

Entre (d) *identidad de género y comportamiento sexual*. Los vínculos que distintas culturas establecen entre preservación de la virginidad, ausencia de expresiones eróticas y fidelidad sexual femenina con la afirmación del tipo de identidad de mujer que permite establecer relaciones afectivas y conyugales, presiona a las mujeres a establecer conductas sexuales que pueden implicar riesgos para su salud (por ej. relaciones tempranas, ausencia

de anticoncepción, etc.). A su vez, los mandatos culturales sobre la afirmación de la identidad masculina presionan a los varones hacia comportamientos sexuales que pueden afectar su salud o la de sus parejas (por ej. creencia en la necesidad sexual, conquistas y proezas sexuales, etc.). Estas creencias obstaculizan el uso de medidas preventivas de contagio de enfermedades de transmisión sexual (ETS), avalan la violencia e impiden la conciencia del riesgo para la salud.

Uno de los temas fundamentales es la maternidad adolescente. El Informe Argentino sobre Desarrollo Humano 1996^x, refiere que, si bien Argentina tiene una tasa de fecundidad general moderada (con un promedio de alrededor 3 hijos por mujer que ha finalizado su período reproductivo), la fecundidad adolescente^{xi} es alta principalmente entre las mujeres más pobres. Estamos hablando de que de los aproximadamente 600.000 nacimientos que ocurren por año, unos 100.000 niños, tienen como madre a una niña. Si miramos de nuevo las diferencias regionales, la Capital Federal tiene una tasa de fecundidad de 28 por cada mil mujeres, mientras que la mitad de las provincias tienen tasas que superan los 100 mil, llegando a Neuquén donde la fecundidad adolescente asciende a 140 por mil.

Datos recientes^{xii} muestran una asociación importante entre el nivel educativo y el embarazo: mientras el 31 por ciento de las adolescentes tenían hijos, sólo el 2 por ciento con educación pos secundaria eran madres y las que tenían nivel intermedio de educación también lo tenían en fecundidad: 17 de cada 100 que cursó estudios primarios y 4 de cada 100 con estudios secundarios.

También, estas niñas, engloban diferentes situaciones de vida: niñas-madres, madres solteras (alrededor del 40 %), mujeres que se casan o se unen en edad temprana y tienen hijos como parte “natural” de su vida en unión. Es evidente que muchas de ellas y de sus parejas carecen de la información básica necesaria para prevenir un embarazo. El hecho de que al menos una cuarta parte de estas niñas hayan tenido hijos con varones que son al menos 20 años mayores que ellas, hace pensar en la posibilidad de que estamos en presencia de situaciones de abuso, violación o inclusive incesto^{xiii}.

Cabe destacar la importancia de la constitución del hogar en la prevención del embarazo, los factores relacionados con la estructura familiar constituyen también un tema crucial.

Otro de los temas cruciales es la cantidad de niñas y jóvenes que, silenciosamente, hoy sufren situaciones de abuso sexual en sus familias y lugares de trabajo, las que están sobrecargadas con tareas domésticas que les limitan el tiempo dedicado al estudio o al esparcimiento, las que trabajan como empleadas domésticas o en condiciones de explotación.

Las **relaciones de poder y salud** se refieren básicamente a la sexualidad y la reproducción. Las relaciones sexuales, y las negociaciones en torno a ellas, expresan intercambios que no siempre lo intercambiado es lo mismo (placer por placer); por lo tanto son intercambios desiguales que se basan en percepciones de necesidades, deseos y valores, diferentes. La importancia de lograr y mantener una unión marital relega, muchas veces, los deseos y preferencias de las mujeres a un segundo lugar para complacer al varón. Por otro lado, la necesidad de iniciativa, dominación y control sexual por parte de los varones dificulta la conciencia de riesgo, el uso de medidas preventivas y el control de la procreación, generando consecuencias para la salud. Vemos que estas formas de construir la sexualidad restringen las posibilidades de prever o evitar relaciones sexuales, de usar medidas preventivas de contagios de ETS, de usar anticonceptivos y de evitar las consecuencias no buscadas.

Si al VIH SIDA se refiere, sobre la base del número absoluto de enfermos, Argentina ocupa el tercer lugar en el contexto latinoamericano, luego de Brasil y México. Al 31 de marzo de 1997 se notificaron al Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus del Humano y SIDA del Ministerio de Salud de la Nación, 14021 casos de SIDA.

La vía de transmisión heterosexual aumentó 66 veces en los últimos nueve años, mientras que la adicción intravenosa creció 64 veces, y la homo/bisexual sólo 7 veces. La principal vía de transmisión en la población femenina es la heterosexual. En cuanto a grupos de edad, el 67 por ciento corresponde a mujeres menores de 29 años. Del total de mujeres enfermas, una de cada cuatro tiene entre 15 y 24 años^{xiv}.

Existen vulnerabilidades específicas de género que explican la elevada tasa de infección de las mujeres jóvenes:

- mayor probabilidad de contagio por las características fisiológicas del tracto reproductivo
- mayor vulnerabilidad social por su doble condición de mujeres y de jóvenes.

Los estudios sobre violencia sexual y doméstica encuentran que existe un vínculo entre la dimensión del poder en las relaciones de género y salud. La violencia suele ser una expresión extrema de la dominación masculina en el ámbito doméstico, la cual produce diversos daños directos e indirecto la salud (lesiones, trastornos psicológicos, etc.). Pueden existir de servidumbre, dependencia y temor por parte de las mujeres aunque no existan situaciones de violencia física en el hogar, que pueden afectar la autonomía, la capacidad de tomar decisiones y los cuidados de la salud.

En la Argentina, a partir de la recuperación de las instituciones democráticas la violencia doméstica se incorporó al debate social y se legitimó como tema. Fue así que en Enero de 1995 entró en vigencia la Ley de Protección Contra la Violencia Familiar (Nro. 24.417) y en marzo de 1996 fue reglamentada.

En nuestro país, como en el resto del mundo, no se sabe la verdadera magnitud de la violencia familiar debido a las dificultades que conlleva su notificación y a los pocos datos estadísticos existentes. No obstante esto, algunos de ellos, muestran la dimensión del hecho en cuestión.

Los datos más importantes sobre la violencia familiar son los registrados por el Área de Estadísticas de la Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. El Servicio Telefónico de Violencia Familiar –el cual funciona durante las 24 hs-, ha registrado un total de 26520 llamadas durante el período Enero – Diciembre de 1997, de las cuales el 51 por ciento correspondieron a la Capital Federal y el 45.4 por ciento a la provincia de Buenos Aires. Según estos datos, la franja etárea que mayoritariamente padece este tipo de violencia es la comprendida entre los 35 y 44 años (27.6 por ciento) seguida por la de 25 a 34 años (25.7 por ciento) y, en tercer lugar, la de 45 a 55 (19.2 por ciento).

Otra dimensión que afecta la salud es la que se refiere a las interacciones en la prestación de servicios y a las jerarquías de valoración intra y extrafamiliares en la atención a la salud. Los prestadores de servicios de salud (los que trabajan bajo el modelo masculino de la ciencia objetiva) tienden a dirigir la interacción con las usuarias de una manera jerárquica y a desestimar todo lo relacionado con las experiencias y condiciones de vida de las mujeres en relación al síntoma por el cual consultan.

En cuanto a la distribución de alimentos y asignación de tiempo y recursos para los cuidados de la salud en el espacio doméstico, esto no dependerá del grado de gravedad del padecimiento, sino de la posición de poder del sujeto que padece.

La cuestión de la movilidad extrahogareña femenina es señalada como una dimensión de poder y un tipo limitante en el acceso a servicios de salud que las afecta particularmente (controles familiares coercitivos, normas culturales, etc.).

Al hablar de la *asimetría social de género y salud* I. Szasz plantea que esto se refiere a las inequidades sociales entre hombres y mujeres, y son las que más se han explorado en su relación con la salud de la mujer. Las asimetrías se expresan en las desigualdades respecto al acceso y control de los recursos materiales y simbólicos, las desigualdades en las relaciones de parentesco (jerarquías dentro del hogar), autonomía y posibilidad de tomar decisiones, y las desigualdades y la desvalorización en la división social del trabajo entre los sexos que tienen las mujeres respecto a los varones. Sabido que todas estas dimensiones son peores en contextos de pobreza, donde la escolaridad es baja, lo que implicará desigualdades en el acceso a los nutrientes y presiones sociales hacia patrones reproductivos con abundancia de eventos de riesgos para la salud.

En cuanto a la desigualdad en el acceso a los mercados de trabajo y las condiciones de trabajo entre hombres y mujeres, no sólo habría que explorar las condiciones de trabajo sino la forma diferenciada en que hombres y mujeres viven la experiencia laboral y las relaciones entre el trabajo y otras responsabilidades, como por ej. el cuidado de los niños. Las desigualdades genéricas en cuanto a carga de trabajo, responsabilidades, valoración remuneraciones, control de la sexualidad, conflicto de roles y apoyo emocional para afrontar la carga laboral pueden tener efectos sobre la salud física y emocional de las mujeres que requieren ser explorados en situaciones concretas.

Vemos que existen importantes diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a necesidades y acceso a recursos en materia de salud, así como con respecto a la mortalidad y morbilidad que los aquejan. Disparidades no sólo por rasgos biológicos sino por cuestiones de género. Las inequidades de género afectan de manera exclusiva o desigual en relación con los varones con respecto al control de los recursos para la protección de la salud.

La contribución protagónica de las mujeres al mejoramiento de la salud de sus familias y comunidades no goza aún de justo reconocimiento. Dice E. Menéndez^{xv} que no sólo es la mujer quien detecta con mayor frecuencia los distintos tipos de enfermedad en la familia sino que es quien utiliza con mayor frecuencia los servicios médicos. Plantea que estos patrones diferenciales son por lo tanto esquemas referenciales para representar culturalmente a la enfermedad (define a la persona como enferma y que tipo de atención requerirá) y que estos procesos no sólo tienen significación en términos de representaciones sociales sino también de prácticas. Continúa diciendo que es la mujer, y no el grupo familiar, el encargado de paliar la crisis respecto del proceso salud/enfermedad/atención; y también, va a decir, que es la mujer quien es demandada para la atención primaria, ya que el sector salud ha dirigido sus estrategias de atención primaria casi exclusivamente a las mujeres. Han sido (y son) las principales proveedoras de atención primaria, siendo ellas quienes recogen el agua, preparan las comidas, alimentan y cuidan a los niños/as, atienden y cuidan a los enfermos/as y discapacitados/as; son las madres quienes por lo general llevan a los hijos al centro de salud para que sean vacunados y las que enseñan a las familias nociones de higiene y limpieza. La mujer es cada vez más considerada para paliar la crisis socioeconómica, sobre todo en el proceso salud/enfermedad atención materno infantil.

La mujer es el principal sujeto utilizado para aplicar los programas de planificación familiar, alimentarios, de educación para la salud. Por lo tanto se la utiliza como recurso de los servicios sociales. La mujer, tanto en las prácticas impulsadas por el Estado como por las ONGs, constituye el principal recurso utilizado.

Por otro lado, los centros de salud están mayoritariamente constituidos por mujeres. Las mujeres, por lo general optan por ocupaciones de servicio. Como dijimos anteriormente, las mujeres cumplieron siempre un papel decisivo en el seno de la familia y la comunidad al aportar la casi totalidad de los servicios informales de atención (por lo general sin remuneración alguna no o mal paga) y ejercer una conducta determinante en la conducta de salud de otros.

Vemos entonces que la mujer estructuralmente constituye el principal recurso para la salud. Si las políticas de ajuste utilizan a las mujeres como uno de los principales recursos, podemos decir que es usada en forma subalterna, subordinada, vertical, etc. La mujer está incluida en una red de relaciones socioeconómicas e ideológicas que la coloca en una relación de subordinación; no sólo en relación a los servicios de salud, sino respecto de la propia cultura micro y macro social del grupo de pertenencia. Pese a la sostenida y crucial contribución de las mujeres al desarrollo de la salud a lo largo del tiempo, este aporte sigue siendo desvalorizado y, por considerarse una función intrínseca a la naturaleza femenina, un deber adscripto a su género y una extensión del trabajo doméstico, por lo tanto se puede afirmar que el sistema de salud se asienta y se mantiene en gran parte gracias al trabajo, el tiempo y los roles de género de las mujeres.

Por eso es fundamental incluir el concepto de **equidad**. Éste, se funda en la noción de necesidad que apunta a una distribución de recursos y servicios de salud basada en criterios no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos sino de asignación diferenciada, que responda a los requerimientos particulares de esos individuos o grupos^{xvi}. El mismo hace referencia al acceso y control diferencial que tienen ambos sexos con respecto a los recursos de salud.

“Cada grupo tiene un perfil de necesidades y de problemas derivados de las condiciones biológicas, ecológicas, culturales y económicas que requieren acciones de salud y de bienestar específico. Por lo tanto para el logro de la equidad se requiere que la sociedad reconozca la diversidad de problemas y propicie respuestas sociales adecuadas en términos de acciones de salud y bienestar que permitan el desarrollo de condiciones de vida saludables, así como la prevención y curación de problemas específicos de salud”.^{xvii}

Por lo tanto, el sector salud, debe identificar y responder a las necesidades y riesgos particulares que deriven tanto de los factores biológicos propios del sexo, como de la situación de desventaja social en que, como grupo, se encuentran las mujeres con respecto al acceso a los recursos necesarios para la protección y control de la salud.

Notas Bibliográficas

-
- ⁱ GENESYS, 1994. “*Gender and Sustainable Development: A Training manual*”. Washington, D.C. USAID p.60.
- ⁱⁱⁱ UNICEF, 1995: “*Perfiles en desarrollo de niñas y mujeres en América Latina y el Caribe*”. Bogotá, Colombia.
- ⁱⁱⁱ SZASZ, I. 1977:”*Género y Salud: algunas reflexiones*”. Trabajo presentado en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, Cocoyoc, Morelos, México, 2 al 6 de junio.
- ^{iv} Se define como aquella acaecida a una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo mismo o su atención pero no por causas accidentales o incidentales. Informe Argentino sobre Desarrollo Humano, 1996. PNUD
- ^v La tasa de mortalidad materna se calcula como el cociente entre el total de defunciones por causa materna y el total de nacidos vivos en el mismo año por 10.000.
- ^{vi} Informe Argentino sobre Desarrollo Humano. Honorable Senado de la Nación. 1996 pág. 194 y 195.
- ^{vii} Aporte crítico de ONG’s al Informe del Gobierno Argentino al CEDAW, 1997. ESIPP.
- ^{viii} En prensa Silvina Ramos, Mónica Gogna y Mariana Romero. Paper presentado en el Foro por los Derechos Reproductivos, Agosto 1997
- ^{ix} Informe Desarrollo... Op. citado
- ^x PNUD, pág. 199.
- ^{xi} Nos referimos a mujeres menores de 20 años
- ^{xii} Ramos, Gogna y Romero (Op. Citadas); La maternidad precoz: la fecundidad adolescente en la Argentina. UNICEF Argentina, 1995. Informe Argentino sobre Desarrollo Humano, 1996. PNUD. Área de Estadísticas de la Dirección General de la Mujer del Gobierno de la Ciudad de Bs. As.
- ^{xiii} Ramos, Gogna y Romero (Op. Citadas).
- ^{xiv} Fenoy. Panorama sobre la salud de las mujeres y sus nudos críticos con relación al SIDA. En prensa . Paper presentado en el Foro por los Derechos Reproductivos, Agosto 1997
- ^{xv} MENENDEZ, E. 1992:”Grupo doméstico y proceso salud-enfermedad-atención. Del teoricismo al movimiento continuo”. Cuadernos Médico Sociales Nro 59.
- ^{xvi} GOMEZ GOMEZ, 1990. “*Perfil epidemiológico de la salud en la Región de las Américas*”. Washington D.C. OPS/Programa Mujer, Salud y Desarrollo.
- ^{xvii} CEPAL, 1994, p.30

9. Acerca del logro de una salud integral

Lic. Ester Nani

Hacia el logro de una Salud Integral

Marco Referencial

La Salud Pública, entendida como el logro de un nivel de salud tanto física como psíquica y como las diferentes modificaciones que sufre dicho nivel, es el resultado del entrecruzamiento de varios determinantes que provienen de los campos: cultural, social, económico, psicológico y biológico.

Las influencias de cada uno de estos campos en la sobredeterminación de los demás, hoy día están claramente reconocidas, por lo que podemos afirmar que dichas influencias actúan entre sí de manera imposible de diferenciar.

Esta afirmación se puede demostrar mencionando algunos ejemplos: el virus V.I.H. del S.I.D.A. nos ha ayudado a comprender las interacciones humano-animales en la génesis de enfermedades; la antropología física aporta datos que ayudan a los epidemiólogos; el zeigeist de fin de siglo con sus consecuencias en la Salud Mental ha renovado el interés por ciertas categorías de la Psicología como el narcisismo, la fetichización y otras. (1)

También hemos comprendido que las contribuciones de las ciencias políticas y sociales, resultan ser fundamentales en la generación de políticas públicas de Salud.

Sin embargo en la Argentina nos seguimos enfrentando con serias dificultades para comprender este análisis integral de los conceptos salud/enfermedad. Estas dificultades son varias pero quisiera centrarme principalmente en dos ya que las considero decisivas en la génesis del abordaje tanto profesional como político de los problemas en esta área.

La primera resulta del error en la configuración del objeto de estudio:

La persona es analizada en forma segregada de su contenido socio-histórico y con un fuerte predominio biológico. Lo cultural en el mejor de los casos, es considerado como una variable contextual y no estructural.

La medicalización y la patologización de los fenómenos sociales resultan ser una consecuencia lógica de esta perspectiva.

La segunda se basa en el predominio de los enfoques conductistas y funcionalistas en los abordajes interdisciplinarios:

El paradigma de las ciencias de la conducta genera políticas sanitarias normativas y/o la tendencia a reparar el daño en el plano estrictamente individual sin tener en cuenta las características heterogéneas de los diferentes actores sociales.

Seguimos desconociendo el protagonismo de la comunidad, tanto en la generación de patologías, como en la resolución de las mismas. (2)

Numerosos estudios han demostrado que la falta de compromiso o contención social frente a algunas enfermedades, genera y profundiza actitudes pasivas ante el sufrimiento.

Esto tendrá claros efectos negativos sobre el sistema inmunológico provocando el descenso del recuento de las células C D 4 (linfocitos) encargadas de las defensas de la psiconeuroinmunología del organismo. (3)

(1 y 2): Biagini, Escudero, Gastrón, Vujosevich. Rta. Salud: Problemas y Debate. Año VI. Nro. 10.

(3): Goodkin, Karl: “Enfoque psiconeuroinmunológico de la infección por VIH/ SIDA” en PSIDA – Paidós- Bs.As.

Debemos entender a la Salud como una construcción cultural indicadora y producto de la dinámica comunitaria. Tenemos que identificar las necesidades y los problemas de forma compartida y aceptar que la resolución de las/os mismas/os se basa en un abordaje de los determinantes institucionales, familiares, subjetivos y sus diferentes articulaciones.

Las interrelaciones entre lo histórico, las raíces culturales y lo emergente, deben ser incluidas en nuestros criterios de salud como de enfermedad.

Respecto de la Salud Mental, por ejemplo, deberíamos trabajar con un marco teórico-referencial que contemple “estrategias psicológicas tendientes al afianzamiento de un verdadero ejercicio de la libertad”, según afirmara muy acertadamente Enrique Pichon-Rivière, para lo cual se deben enfrentar las causas sociales y culturales del enfermar, así como también se deberán buscar las soluciones con la participación de la comunidad.

Esta concepción se enfrenta con aquella que propone una solución técnico-científica pura y aséptica a las problemáticas culturales y sociales de la población.

Personalmente comparto la definición que Mirta Videla nos propone en su libro “Intervención Psicológica en Salud Comunitaria”, para quien “la Salud es un derecho social básico y universal y su apropiación es un camino hacia la mayor libertad del ser humano”

Si concebimos a la Salud en estos términos, las y los profesionales de la Salud Mental más que ningunos, debemos plantearnos si trabajamos para la “buena adaptación” o si somos “agentes del cambio individual y social”. Si elegimos esto último es porque cuestionamos las prácticas profesionales basadas en un modelo psicológico- hegemónico y “etiquetador” de patologías, eficaz para tranquilizar y calmar la angustia que genera el sabernos todos incluidos en la génesis de muchas de ellas.

Dicho modelo está basado en el modelo médico- hegemónico, compartiendo su ahistoricidad-asocialidad-individualismo-eficiencia pragmática, negando los determinantes culturales que interjuegan sobre las personas.

Esta suerte de “cientificismo” puede terminar encubriendo las instancias de violencia y poder arbitrario que modelan las relaciones humanas, por ejemplo las que se establecen entre los sexos.

Freud habla en sus últimos trabajos de la verdad como verdad histórica, como verdad que funda y se produce en el seno de la historia.

Los profesionales de la Salud Mental deberíamos tener más presente dicha afirmación y pensar a las personas como atavesadas por la cultura, la historia, las circunstancias, las que a su vez podrán ser transformadas dialécticamente.

El tiempo que estamos viviendo es un tiempo de reflexión, de deconstrucción, de cuestionamiento, pero también lo es de construcción y producción de nuevas teorizaciones.

Este tiempo nos demanda “develar lo que la ilusión encubre”, ya que a partir de ella se construye un poder asimétrico y jerarquizado, por lo que tenemos que renunciar al poder arbitrario que se ejerce desde la apropiación de saberes, disminuyendo así los riesgos de

caer en pretensiones absolutistas y doctrinarias. De lo que se trata es de distinguir y separar el discurso del poder del discurso médico o psicológico. Nuestro compromiso ético debería ser el de no seguir privilegiando únicamente la realidad psíquica (o biológica), minimizando la realidad exterior.

La pretensión de investigar o de aportar teorizaciones de forma excluyente del contexto, significa negar a los otros y reafirmarnos desde el narcisismo y su soberbia que sólo pueden conducirnos a la muerte, simbólica o real. La subjetividad se construye tanto desde lo individual como desde lo social.

La Mujer en los Programas de Salud

Aún hoy día, en el ámbito de la familia es donde se desarrolla tanto la reproducción biológica como social de la mayoría de las mujeres. Junto con los niños y los ancianos son consideradas/os como los grupos de mayor riesgo de padecer enfermedades.

Para poder identificar si la mujer es tratada como objeto o sujeto de salud resulta necesario recordar la definición de Género que realiza Marcela Lagarde, **“el género se refiere al conjunto de determinaciones culturales, económicas, políticas y psicológicas, que construyen los roles o estereotipos de acuerdo al sexo biológico. Los géneros son productos históricos de la relación entre biología, psiquismo, sociedad y cultura, y son los procesos históricos los que conducen a la homogeneidad y a la diversidad”**.

A partir de esta definición podemos afirmar entonces, que la construcción de Género se centra en lo que conocemos como **Atención Primaria de la Salud (A.P.S.)** ya que éste es el ámbito en el que los especialistas se han interesado en las mujeres en tanto unidad de análisis.

Según la Organización Mundial de la Salud (1978), “ la A. P. S. implica: educación relacionada con los principales problemas de la salud y con los métodos para prevenirlos y controlarlos; alimentación adecuada; agua potable y condiciones básicas de higiene o saneamiento; atención de la salud materno-infantil que incluya la planificación familiar; campañas de control e inmunización de las principales enfermedades infecciosas y endémicas locales; tratamiento de las enfermedades comunes; y suministro de medicamentos esenciales”.

Debemos resaltar que en casi todos los programas de **A. P. S.**, las mujeres como grupo social son el principal centro de atención ya que de acuerdo al orden patriarcal vigente son ellas las **depositarias** principales de la salud de toda la familia.

Como consecuencia de esta realidad nos encontramos con que las mujeres, en tanto sujetos de atención, son las últimas en acudir a los servicios de Salud, ya que primero están los hijos, luego los compañeros o esposos, los ancianos de la familia y finalmente ellas.

Como bien señala Franca Basaglia, **“las mujeres somos seres y cuerpos para otros y sustento de otros”**. **Nos hacen y constituyen en mujeres en tanto los otros.**

Por lo tanto, no resulta aventurado afirmar que en lo que se refiere al tema de la Salud, la subordinación de la mujer la coloca en un lugar ciertamente riesgoso.

Aún cuando en muchos Programas de Salud se consideran perspectivas sociodemográficas y biomédicas, la mujer sólo aparece como parte del binomio madre-hijo. La salud de las mismas se contempla principalmente en tanto estén embarazadas o lactando.

Por ejemplo, en dichos Programas podemos encontrarnos con la asociación obligada y casi compulsiva entre amamantar y amar, al punto que se los convierte en sinónimos. Pareciera ser que sólo puede transmitirse el amor maternal a través de la leche materna,

como si el amor fuera una cualidad de la leche, condición de la que carecerían la de vaca o la de polvo. La madre es así convertida en una especie de “vaca amorosa” (M. Lagarde).

En tanto la asociación de que se es mujer en tanto se es madre y la maternidad sea concebida en términos patriarcales, todas las actividades, trabajos, sustento afectivo y aporte de energía, seguirán siendo responsabilidad casi exclusiva de las mujeres, asociadas fatalmente al orden de lo “natural”.

Para comenzar a resolver la omisión de las mujeres como sujetos sociales dentro de los Programas de Salud, tendremos que trabajar con nuevas teorizaciones y conceptos más integradores y abarcativos que permitan superar esta concepción dominante y restrictiva de su condición.

Por lo tanto, resulta imprescindible que dentro de la investigación en Salud se incluya la categoría del Género, desarticulando la categoría de “lo natural” y ahistórico, características del **esencialismo** que todavía impregnan el accionar médico y psicológico funcionales al orden patriarcal.

La Salud Mental de las Mujeres

Es necesario que abordemos este campo de la Salud a partir de los conceptos previamente desarrollados en el **Marco Referencial** para poder visibilizar algo determinante como es la Discriminación de Género, ya que resulta ser el principal factor del enfermar de las mujeres.

Las mujeres de nuestra cultura, se encuentran fuertemente limitadas en la elaboración del conflicto que genera la hostilidad resultante de la discriminación (injusticia).

Los datos con los que contamos en la Argentina acerca de la Salud Mental femenina son insuficientes, desactualizados e incompletos.

Por ejemplo, hechos muy fuertes que marcan nuestra realidad como es el mayor grado de dependencia de drogas legales entre las mujeres y otro tipo de problemáticas específicas al Género, se encuentran ausentes o con un marcado sub-registro.

Distintos estudios epidemiológicos reflejan que los casos de **depresión** se dan en una relación de **un hombre cada diez mujeres y por cada varón que consume psicofármacos, lo hacen dos mujeres.**

Muchos de los actuales criterios diagnósticos no pueden dar respuestas acertadas para la elaboración de un abordaje psicoterapéutico eficaz en el proceso hacia la cura, ya que surgen de un modelo psicopatológico tradicional cuyos principios son fuertemente biologists, asociales, ahistóricos y ‘esencialistas’.

En los E.E. U.U. existe un manual en el que se describen diferentes enfermedades psíquicas avaladas estadísticamente, conocido como DSM IV para Trastornos Psiquiátricos (cuarta edición). Este manual es utilizado en la Argentina, particularmente en el ámbito forense y aún cuando cumple con los requerimientos internacionales para la elaboración de diagnósticos, no se incluye la perspectiva de Género como dato fundamental a tener en cuenta. Esto, además de representar otra forma más de penetración ideológica como bien afirma Jeanne Marecek, no puede explicarnos las especificidades de las mujeres en sus modos de enfermar.

Al ignorar la categoría del Género en la elaboración de un diagnóstico, se está negando a las mujeres como grupo social que es objeto de diferentes formas de discriminación, por lo que las situaciones de conflicto conocidas como “crisis” son abordadas desde la óptica de su “desaparición”.

Las estrategias tanto psicológicas como médicas apuntarán entonces a lograr la “adaptación” y/o “la armonización” y no se visualizará el aprovechamiento de dichas crisis para una posible “transformación” vital.

A pesar de los cambios vividos en el campo de la Salud Mental, se siguen aplicando prácticas iatrogénicas basadas en teorizaciones impregnadas por ideologías que plantean un presunto “**masoquismo constitucional femenino**” por lo que sería “**natural a las mujeres**” aceptar situaciones de inferiorización y de sufrimiento.

La Organización Panamericana de la Salud del año 1984 en su documento titulado “La Mujer, la Salud y el Desarrollo en las Américas”, afirma que es necesario investigar sobre el efecto que tienen en la salud de las mujeres “**las prácticas tradicionales y los valores sociales**”.

También concluyó que “**la circunstancia social más evidente que afecta la salud de las mujeres es su condición en la sociedad**” y así como en el siglo pasado la enfermedad más visualizada era la histeria, actualmente se destacan los cuadros depresivos, los trastornos de la alimentación expresados en la bulimia y la anorexia, las adicciones a psicofármacos y las enfermedades psicosomáticas con diferentes niveles de gravedad.

Un modelo superador, integral y conciente de la discriminación de Género, trabajará desde el enfrentamiento de los conflictos e interpretará a los momentos de crisis como situaciones potencialmente superadoras de las limitaciones que afectan la salud de las mujeres.

Para esto es necesario decir, que en lo que se refiere a la subjetividad femenina, será impostergable comenzar a analizar las relaciones de poder entre los géneros y sus efectos sobre la Salud.

Si nos seguimos manejando con el primero de los modelos descriptos, no alcanzaremos a dar respuesta al malestar físico, psicológico y emocional de gran cantidad de la población femenina, ya que ésta tiene modos específicos de expresar sus conflictos.

Es imprescindible realizar una capacitación en cuestiones de Género al personal de la Salud, como así también, conformar una base de datos con una mirada nueva y crítica sobre el enfermar de las mujeres .

En este abordaje , estamos incluyendo a sectores sociales y comunitarios, generando ámbitos multidisciplinarios y aceptando así que la comunidad como tal puede ser la responsable del enfermar de sus integrantes y por lo tanto también es el factor decisivo de su curación.

Otra de las conclusiones que podemos inferir , es que resulta necesario apostar a una renovación de las representaciones sociales de las mujeres, dadas sus enormes posibilidades de influir y promover un cambio de actitudes en la sociedad.

Nuestras representantes políticas , con o sin Ley de Cupo mediante, deberían ser las primeras en asumir este compromiso.

Sin dudas que trabajar para el cambio implica experimentar sufrimientos pero también vivir grandes satisfacciones. También implica tener el coraje suficiente para enfrentar la ambivalencia y el riesgo de asumirnos como seres auténticamente libres.

Quisiera concluir este trabajo recordando algunas reflexiones de una mujer y colega a quien admiro y que asumió ese riesgo, como es Liliana Mizrahi, autora de un libro magnífico titulado “**La mujer transgresora. Acerca del cambio y la ambivalencia**”.

Es mi pequeño homenaje a las mujeres que se “atreven”:

Bibliografía

“La mujer ancestral está detenida en el tiempo. Su identidad ha quedado cristalizada. Es alguien que está ya definida, destinada, condenada desde antes de nacer. No necesita forjar su ser, sino ratificarlo. Intenta desarrollarse en un molde gestado previamente.

La mujer transgresora es el resultado de la ancestral en crisis.

Se ha arrancado la mordaza y denuncia lo que la ancestral no se atreve a decir. La transgresora denuncia, la ancestral encubre.

La transgresora pone en crisis valores consagrados que la ayudan a vivir, la ancestral suscribe pactos perversos al servicio de que todo siga como está.

La ancestral teme, vive con miedo, se detiene. La transgresora se atreve y avanza. La ancestral es una mujer que ya es. La transgresora es una mujer que trata de ser.

Tratar de ser es una forma de ser, que incluye el devenir como parte integradora de nuestro crecimiento”. L Mizrahi.

Ester Nani
Dción. Gral. de la Mujer del
Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

Buenos Aires – Agosto 1998

Bibliografía consultada:

- **Aulagnier, Piera: “La violencia de la interpretación”- Amorrortu – Bs. As. 1977.**
- Barbieri, Teresita de: “Mujeres y Vida Cotidiana”- S.E.P. – México. 1980.
- Basaglia, Franca: “Mujer, locura y sociedad”- Puebla. 1985.
- Burín, Mabel : “El malestar de la mujeres. La tranquilidad recetada” - Paidós - Bs.As.
“Género, Psicoanálisis y Subjetividad”- Paidós – Bs. As.1996.
“Salud Mental”en Publicación del Foro Permanente por los Derechos de las Mujeres – Unicef. 1997.
- Fernández, A.M. y Giberti, E.: “La mujer y la violencia invisible”- Ed. Sudamericana- Bs. As. 1981.
- Freud, Sigmund: Obras Completas – Amorrortu – Bs. As. 1977.
- Goodkin, Karl: “Enfoque psiconeuroinmunológico de la infección por VIH/ SIDA”en PSIDA – Paidós- Bs.As.
- Lagarde, Marcela: “Identidad femenina”- OMNIA – México- Año 6 No. 20. 1990 .
“Cautiverios de las mujeres madresposas, monjas, putas, presas y locas”- México –Fac. de Filosofía y Letras – UNAM. 1990.
- Mizrahi, Liliana: “La mujer transgresora” - Grupo Editor Latinoamericano-Bs.As.1987
- Ortner, Sherry: “ ¿Es la mujer con respecto al hombre lo que la naturaleza con respecto a la cultura ?”- En Harris y Young.1989.
- Pérez-Gil,Sara: “ La mujer: ¿objeto o sujeto en los Programas de Salud ?”-Revista: Salud, Problema y Debate. Año IV No. 8 – Ateneo de Estudios Sanitarios y Sociales – Bs.As. 1992-93.
- Ravazzola, Cristina: “Un análisis con perspectiva de Género de la Salud Mental en La Argentina”en Mujeres en los '90 – Ctro. Municipal de la Mujer de Vte. López. Bs.As. 1998.
- Ruderman, Matilde: “Etica y compromiso social del Psicólogo Clínico”en Salud , Problema y Debate, Año IV No.8 – Bs. As. 1992-93.
- Sartoris, L y Rapella , E: “Condiciones de salud mental de la mujer en Argentina” (mimeo) Bs. As. 1986.
- Videla, Mirta: “Prevención.Intervención psicológica en Salud Comunitaria” -Ediciones Cinco- Bs. As. 1981.