



Apuntes Taller GÉNERO, SALUD REPRODUCTIVA Y UNA VIDA LIBRE DE VIOLENCIA: CONDICIONES DE LA SALUD COLECTIVA PARA EL BUEN VIVIR

El Taller se realizó en el aula magna de la Escuela de Ciencias Sociales y Políticas los días 24 y 25 de octubre. En esta oportunidad no participaron las colegas compañeras coordinadoras de la Red ni aquellas que han coordinado la red en los diferentes momentos de su historia. Sin embargo, el espíritu de dar continuidad al trabajo de coordinación realizado por estas, previo al Congreso, permitió a quienes participamos coordinar y dar cumplimiento a la actividad inscrita en el Congreso. La coordinación del taller recayó sobre las presentes: Debora Tajer (primera coordinadora de la Red, Argentina), Ada C. Alfonso (Cuba), Iliana Castañeda (Cuba) y Manuela Villafuerte (Ecuador).



Ejes de discusión:

1. Violencia estructural contra las mujeres y por razones de género: su impacto en la salud y en el buen vivir. Débora Tájer y Monin Carrizo Piris (Paraguay)
2. Revisión regional del estado de avance de los países integrados a la RLGSC a 23 años de la Conferencia de El Cairo con miras a la reunión de seguimiento que se celebrará en 2017 en El Salvador. Ada Caridad Alfonso e Ileana Castañeda.
3. Género y salud en el ámbito de la sexualidad y reproducción desde la perspectiva del buen vivir. Manuela Villafuerte y Ada Caridad Alfonso (Cuba).

Entre los participantes en el taller estuvieron presentes: Argentina, El Salvador, Honduras, Nicaragua (Movimiento de Salud de los Pueblos), Ecuador, Cuba, Paraguay. Por el rol de coordinación no fue posible recoger toda la riqueza de los planteamientos realizados por el grupo de ahí que se exponga un breve punteo de lo más importante discutido: Los resultados de la investigación acerca de la Violencia de género:



1. No se consigna en las historias clínicas de las mujeres la VG que sufren las mujeres por lo que prácticamente no existe registro de esta lo que contribuye a la invisibilización del problema.
2. Existe poca empatía de los prestadores de servicios por lo que se produce un desfase entre las mujeres reales víctimas de violencia y las víctimas percibidas durante la prestación.
3. No hay quien mediatice el acceso a la justicia; el exceso de pruebas que se solicitan y los recortes económicos existentes revela las diferencias existentes entre el idioma de las mujeres víctimas y el idioma de la justicia.
4. Existen menos recursos humanos capacitados que los que se requieren para brindar una atención de calidad a las mujeres lo que se traduce en violencia institucional lo que resulta de la limitada capacitación en VG.
5. Se incrementa el peligro de las mujeres luego de la denuncia al no existir dispositivos de seguimiento.
6. El tratamiento se realiza desde un modelo clínico por psicólogos lo que psicopatologiza la VG.
7. La atención que se brinda es de urgencia dado la pobre existencia de dispositivos de atención e intersectoriales adquiriendo la atención un modelo penal por la pocas intervenciones centradas en lo preventivo.
8. Existe resistencia en el sector salud a la aplicación de protocolos y al tamizaje de la violencia lo que significaría incluir dos o tres preguntas en la historia clínica que se realiza en los diferentes servicios de atención.



Luego de la presentación las participantes expusieron sus experiencias.

En el caso de El Salvador, la compañera Morena Murillo del Foro Salud expresó la existencia de protocolos según el curso de vida sin embargo, estos no siempre son tenidos en cuenta porque por ejemplo, si se detecta VG se teme denuncias ya que el protocolo recoge que quien atiende el caso debe dar "un aviso" y denunciar pero se han dado casos en que la policía informa al victimario y además existe la tragedia social de "las maras" por lo que no es posible persuadir a la denuncia ni a la respuesta social del problema de ahí que tras algunas de las muertes maternas está clara la VG y desgraciadamente se dan casos como los de una joven de 18 años que visitó 4 veces en Centro de Salud y ante la ausencia de respuesta tomó sulfuro y murió. Se

consideró además, que la respuesta es paliativa cuando "ya tenemos el problema", es necesario "agendas que incluyan la prevención, por qué esperar que sufran violencia" igualmente se requiere una respuesta de justicia y educación y una agenda integral. Existen avances en cuanto



la existencia de una Ley integral y avances en la formación de la policía aunque todavía la respuesta intersectorial es insuficiente. Existen mecanismos nacionales en 16 unidades de atención especializada en hospitales y feministas en organizaciones que trabajan con mujeres. Se reporta hasta la fecha, más de 1400 adolescentes embarazadas que no deciden acerca de sus cuerpos, aunque se considera que existe un subregistro en el número de mujeres que se embarazan producto de la violencia sexual. “Hay que parar ya”.

En el Ecuador, según las intervenciones de la compañera de Luna creciente se considera la existencia de un retroceso en lo que concierne a las políticas dirigidas a las mujeres y con esto la emergencia de la VG. Existe un desfinanciamiento y un desmantelamiento del Consejo nacional de mujeres que se traduce en un discurso basado en el respeto a los valores de la familia y a la supresión de la educación integral de la sexualidad lo que se expresa en una recolonización de los cuerpos de las mujeres.

Paraguay está marcado por una profunda desigualdad económica y de acceso a la tierra, con desplazamiento de los campesinos y de las personas que habitan en las tierras más bajas y con baja inversión en los temas de educación. La sociedad es patriarcal y discriminadora. Se identifica el acoso sexual de docentes hacia estudiantes y los derechos sexuales como contenidos han sido incluidos solo en Filosofía y Trabajo social con un perfil 0 de los temas relacionados con género, identidades de género y derechos humanos. Se considera existe una epidemia de VG con un subregistro importante. Existen cifras elevadas de mortalidad materna que se acompaña de violencia obstétrica y las mujeres sufren en soledad estas formas de violencia sin que se impulsen políticas que den respuestas y menos las que se centren en la prevención con fundamentalismos religiosos y conservadores.



Esto se puso de manifiesto en el segundo día del taller en que se trabajaban los derechos sexuales con la presencia de una profesora del Paraguay que al concluir los aspectos relativos a la diversidad sexual y la política de atención integral a las personas transexuales en Cuba. Manifestó la necesidad de que los profesionales se comportaran como objetores de conciencia debido a que en los procesos de masculinización y/o feminización se trataba de órganos sanos que debían ser respetados. Lo que abrió el debate a la fragmentación de los cuerpos y a la necesidad de que los profesionales de la salud tomaran conciencia de que son servidores públicos y la importancia de que los servicios de salud tomen se dirijan a dar respuesta a las necesidades de las personas sin prejuicios sexuales y sin discriminación por razones de género, orientación sexual e identidades de género.



En cuanto a la revisión de los avances del Cairo:



El panorama de la región en cuanto a El Cairo fue considerado de retroceso por ejemplo:

En Nicaragua existe una penalización sobre el aborto. Según la compañera participante, esta guarda relación con el manejo político de los diputados para ganar votos en las elecciones. Se han dado enfrentamientos de las mujeres con la policía pues existe una fuerte criminalización de las acciones de las mujeres lo que desestima a las jóvenes a participar en la lucha, considerándose un problema la no existencia de gobiernos laicos.

En Argentina, las participantes reconocieron la existencia de una legislación que norma lo concerniente a la salud sexual y reproductiva sin embargo, la aplicación de lo contenido en las normas está en dependencia de cada provincia. No obstante, no siempre existe disponibilidad de anticonceptivos. Existe el aborto para tres causales y aunque existe un programa de EIS

cuidadoso y amplio este está articulado con la asignatura biología o en clase especial y los docentes cuentan con una baja preparación por lo que piensan que pierde sentido y significado a lo que se une una cierta incertidumbre en qué va a pasar con el Programa Remediar con los recortes que el gobierno está realizando a los programas sociales.

En cuanto a El Salvador existen por etapas desabastecimiento debido a una estrangulación fiscal y no existir para algunos una cobertura para dos meses esto repercute en un incremento en los embarazos no deseados y en un incremento de la tasa de mortalidad materna y a lo ya explicado se une dificultades en la implementación de la promoción de salud y en la existencia por ejemplo del Programa Ciudad Mujer paralelo al del Ministerio de Salud que se encuentra en la implementación de una Reforma de salud. Las principales afectaciones se encuentran en:

1. La descentralización de la estrategia de salud sexual sin descentralización de recursos.
2. La privatización de servicios de salud.
3. Penalización del aborto.
4. Retiro de la anticoncepción de emergencia.
5. No ratificación de CEDAW.
6. Iglesia como obstaculizadora de los programas de SSR.
7. Movilización de las mujeres bajo represión.
8. Disminución del presupuesto de salud y educación



9. Aumento del presupuesto dirigido a la seguridad.

En el caso del Brasil se planteó la existencia del Sistema Único de Salud y la existencia de las Unidades de salud aunque se han hecho evidente en los últimos tiempos los debates acerca de si la píldora del día después es abortiva o no y se discute acerca de los resultados que podría tener la "ideología de género en las escuelas" y el papel desestabilizador del OPUS Dei en este sentido.

Las presentes evaluaron el taller como: dinámico, escucha, con respeto, emotivo, fuerza, interesante, integral, unión, revolución, realidad de las mujeres, reto, intercambio, vital, devolución y muy latinoamericano.