

Ciudadanía y Salud de las Mujeres¹

Nancy Palomino

La autora, miembro del Consejo Directivo de la RSMLAC y asociada del Centro de la Mujer Peruana “Flora Tristán”, es Coordinadora de la Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), investigadora principal para Perú del Estudio Multicéntrico sobre Violencia Doméstica y Salud de las Mujeres, responsable de la investigación sobre Derechos y Necesidades en Salud Sexual y Reproductiva en Mujeres y Varones en dos ciudades de Perú; e integrante del Comité Coordinador de la Maestría en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva de la UPCH.

Introducción

El alcance de esta presentación sobre el trabajo de las mujeres en salud tiene como referencia directa mi experiencia personal como feminista peruana comprometida con la salud y los derechos de las mujeres. Voy a intentar presentar algunos de los esfuerzos de los movimientos por la salud de las mujeres en Perú y, de manera general, en la región.

En América Latina, el movimiento por la salud de las mujeres se conforma por cientos de grupos, colectivos feministas y ONG así como por mujeres con liderazgo y académicas. Lo integran las profesionales de las ciencias de la salud, educadoras, comunicadoras, científicas sociales, psicólogas, demógrafas, politólogas, filósofas, teólogas, trabajadoras sociales, arquitectas, economistas, abogadas, historiadoras y artistas. Pero también forman parte las promotoras comunitarias de salud, las parteras tradicionales y todas aquellas involucradas en distintas acciones por la salud de las mujeres.

Cuerpos situados

El movimiento de salud de las mujeres en América Latina y, en particular el movimiento feminista, ha contribuido en las últimas décadas a llamar la atención sobre la especificidad de la salud de las mujeres y a dotarla de nuevos contenidos, recreados a partir de su acción y de su práctica política. Se intenta formular una visión más comprehensiva, multidisciplinaria y

holística, anclada en las necesidades e intereses, en las aspiraciones, derechos y malestares de las mujeres.

La complejidad de la conceptualización de la salud de las mujeres radica, en primer lugar, en que ser mujeres no es su única condición, sino que sus múltiples identidades (género, ocupación, edad, etnia, orientación sexual) establecen oportunidades y limitaciones que producen y condicionan los procesos de salud y enfermedad.

En segundo lugar, la salud nos remite a la corporalidad, pero se trata de cuerpos situados, cuerpos donde se inscriben las condiciones de vida, estilos de vida individuales y comunitarios y también las construcciones culturales y simbólicas que predominan sobre el cuerpo de las mujeres. Su condición de subordinación, extensamente documentada, habrá de generar perfiles epidemiológicos específicos, tanto los que se desprenden de las diferencias biológicas, sociales y culturales, como de aquellas producidas desde su condición de género.

Una tercera cuestión es la dimensión política y ciudadana de la salud de las mujeres y de la relación que ellas tienen con la salud, en tanto se reconocen como sujetas con derechos: el derecho a la autodeterminación en las distintas esferas de su vida y especialmente en relación a la sexualidad y reproducción, y el derecho a participar en políticas que afectan sus vidas y su salud. Esta dimensión cruza toda la acción del movimiento, desde la producción de



Alejandro Balaguier

conocimientos hasta la defensa de sus reivindicaciones y la formulación de propuestas.

El feminismo en Perú resurge a fines de la década de los años 60 ligado a la nueva izquierda. Fue entonces que construyó una crítica muy profunda a los partidos políticos y a los movimientos de la época, considerando que según sus bases filosóficas y doctrinarias las mujeres no eran consideradas como sujetos. Estuvo formado por mujeres intelectuales y profesionales con grandes inquietudes políticas y sociales. Esta opción determinó que muchos de los grupos que nacieron estuvieron en vínculo y relación con la que se llamó la vertiente popular del movimiento de mujeres.

En los años 80, el acercamiento con mujeres de sectores populares y confluyente con las estrategias de atención primaria diseñadas en Alma Ata para lograr salud para todos en el año 2000, cuestionaba la utilización del trabajo gratuito de las mujeres en situación de pobreza para los programas de salud y alimentación estatales, cuestión que ha seguido funcionando hasta la

actualidad. Esta participación en la salud comunitaria no le ha significado a las mujeres un mayor grado de poder político, a pesar de la capacidad de realizar grandes movilizaciones.

Desde el movimiento feminista acuñamos el concepto de "producción cotidiana de salud", en tanto la salud era definida como estado de total bienestar y el cuidado por la recuperación era asumido por la mayoría de las mujeres como parte de su rol genérico. Nos llamaba particularmente la atención que las mujeres no reconocieran la importancia de su propia salud sino que más bien tenían un discurso volcado a las necesidades de salud de su familia e incluso de la comunidad. Visibilizar el aporte de las mujeres, principalmente de sectores populares, contribuyó a valorar dicho aporte y mejorar su estima personal y colectiva, pero se dejaba de lado las responsabilidades masculinas y las responsabilidades estatales respecto de la salud. En este sentido, el enfoque de género contribuyó a tener una mirada más integradora de los procesos. En los últimos años se han realizado importantes investigaciones sobre

masculinidad y salud sexual y reproductiva de los varones, lo que nuevamente nos obliga a remirar la salud de las mujeres para que no se pierda su especificidad.

Una influencia pionera en la región fue la experiencia del movimiento de mujeres de Brasil que formuló el Programa de Atención Integral a la Salud de la Mujer, PAISM, enfatizando que la salud era uno de los campos de acción política de las mujeres. Por otra parte, los grupos de autoayuda de Taller Salud de Puerto Rico y el aporte de las mexicanas y sus metodologías feministas, inspiraron la acción creativa del movimiento por la salud de las mujeres que surgió en todos los países de la región.

Emergiendo desde el movimiento por los derechos humanos de las mujeres, se visibilizó la violencia con sesgo de género en campañas anuales efectuadas alrededor del 25 de noviembre, establecido como un día de sensibilización sobre esta problemática. Y hace unos pocos años se avanzó al reconocimiento de la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública. Ya muchas organizaciones de

La ampliación de los derechos humanos para que incluyeran los derechos sexuales y reproductivos constituyó un reto histórico tanto para el movimiento de salud de las mujeres y el movimiento gay-lésbico, como para quienes hacen teoría en el campo de los derechos humanos.

mujeres, entre ellas la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC, habían comenzado a trabajar sobre los efectos de la violencia de género en la salud femenina y acerca de la necesidad de desarrollar una cultura de tolerancia cero respecto de este fenómeno.

Un libro que nos ayudó a cambiar la forma de pensar la salud de las mujeres fue, por otra parte, "Nuestros Cuerpos Nuestras Vidas" de la Colectiva de Mujeres de Boston que llegó a Perú en español a inicios de la década de los 80. Este fue una guía fundamental para cuestionar el saber médico y apropiarnos de un conocimiento construido por mujeres con las que sentíamos gran afinidad, a pesar de ser parte de contextos culturales diferentes.

En esta línea, otro de los campos de preocupación de activistas e investigadoras en la región ha sido la recuperación de los conocimientos de las mujeres en salud, por ejemplo el de las parteras tradicionales y de las terapeutas populares que usan yerbas medicinales. Existen zonas del país donde las mujeres no acuden a los servicios de salud para la atención de los procesos de gestación y parto, sino que encuentran en las parteras tradicionales y en su atención domiciliaria una mejor comprensión de sus necesidades.

Énfasis en lo sexual y lo reproductivo

Los temas vinculados a la sexualidad y la reproducción cobraron más importancia en los últimos 20 años. Por un lado la pandemia del Sida obligó a realizar investigaciones para producir datos empíricos sobre los comportamientos y las culturas sexuales de toda la población plausible de estar expuesta. Por otra, las Conferencias de Naciones Unidas y el consenso internacional sobre los derechos reproductivos, la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres fueron el resultado de la apertura de nuevos

espacios en los que la acción coordinada del movimiento de salud de las mujeres logró capitalizar para colocar sus propuestas y demandas políticas.

La ampliación de los derechos humanos para que incluyeran los derechos sexuales y reproductivos constituyó un reto histórico tanto para el movimiento de salud de las mujeres y el movimiento gay-lésbico, como para quienes hacen teoría en el campo de los derechos humanos. Se trató de encontrar los puentes y articulaciones del enfoque de derechos con el quehacer en las políticas públicas en salud, de un lado, y por otro, la vida cotidiana y las necesidades de la gente, los intereses y demandas de las mujeres del sur y las mujeres del norte.

La sexualidad y la reproducción son centrales en la vida cotidiana de las mujeres y también son objeto de políticas nacionales e internacionales y son campos sensibles donde actúan diversos actores políticos e intereses de instituciones, por ejemplo, la Iglesia Católica en América Latina.

Las políticas de salud como control de los placeres de los cuerpos, operan restringiendo y normando la vida cotidiana de la gente y específicamente de las mujeres, quienes además deben someterse a los preceptos de ser atractivas de acuerdo a cánones de belleza imperantes. El fantasma del Sida y del embarazo no deseado vienen a actuar como nuevos controles acompañados del estigma social y censura sobre la expresión sexual.

De lo nacional a lo internacional

En los procesos de reconocimiento de derechos a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, las redes regionales e internacionales de mujeres han tenido un impacto decisivo al colocarlos en la agenda pública internacional, y este es el caso de la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, RSMLAC.

La RSMLAC cumple ya 18 años desde su fundación en el Primer Encuentro Regional Mujeres y Salud en Tenza, Colombia, realizado en 1984. Nace como un medio para unir los esfuerzos de las activistas feministas y sus organizaciones en América Latina y el Caribe. Como recuerda Olga Amparo Sánchez en su balance a 10 años de su fundación, la red nace para:

- Recuperar el cuerpo de las mujeres como un espacio para el ejercicio de la autonomía.
- Apropiarse de la sexualidad como un acto de recreación de la propia vida.
- Democratizar el conocimiento: cuestionar la medicalización del cuerpo y los procesos vitales de las mujeres.
- Exigir servicios adecuados a los intereses y necesidades de las mujeres.
- Exigir el respeto de los programas de población al derecho de las mujeres a elegir libremente el método de regulación de su fecundidad y del número de hijos/as.
- Rescatar el conocimiento y los saberes de las mujeres sobre la salud.

La RSMLAC a través de sus acciones fue dándole contenido a una propuesta estratégica que tiene entre sus objetivos principales actuales el contribuir a legitimar el concepto, la defensa y el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, los cuales sin excluir otros temas, han sido centrales en su acción por la salud de las mujeres.

Una estrategia exitosa y constante estuvo basada en su acción comunicativa constante a través de un boletín, luego revista periódica, que se propuso estar al servicio de los grupos que en la región trabajaran y se comprometieran con la salud de las mujeres.

Contribuyó a dar visibilidad a diferentes expresiones del movimiento por la salud de las mujeres de la región en tanto que sus páginas funcionaron como una tribuna abierta de opinión para que los grupos compartieran sus experiencias y reflexiones, y como un medio a través del cual los grupos se pudieran reconocer entre sí a través de sus campos específicos de interés. Los primeros boletines incluían una ficha técnica de los grupos en América Latina y el Caribe e invitaban a formar una trama de relaciones entre organizaciones en sus múltiples áreas de interés.

La otra estrategia fue la relación estrecha de la red con otras redes e iniciativas mundiales en campañas y otras acciones de *lobby* internacional. Una de ellas, constante desde 1987, ha sido la campaña por el Día internacional de Acción por la Salud de la Mujer, realizada cada 28 de mayo en coordinación con la Red Mundial de Mujeres por los Derechos Reproductivos. Los llamados a la acción durante los primeros ocho años se centraron en la morbilidad materna (con enfoques en la magnitud, subestimación y evitabilidad de la mortalidad materna, embarazo adolescente no deseado, romper el silencio sobre el aborto, acceso a aborto seguro y legal, impacto de la pobreza en la salud). A partir de la evaluación realizada en 1996, la campaña en América Latina y el Caribe se dirigió a enfatizar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, con llamados a la acción específicos tales como la calidad de atención; información y servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes; y la salud de las mujeres como derecho ciudadano. Este se refiere no solo al derecho de las mujeres a la salud sino a la legitimidad de participar en la definición de las políticas que afectan la salud y la vida de las mujeres y de la población en general.

La participación de la RSMLAC en el proceso preparatorio y seguimien-

to de los acuerdos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, CIPD (El Cairo, 1994), tuvo gran impacto en la región en tanto se constituyó en un espacio de articulación para diferentes expresiones del movimiento y de las ONG de la región para hacer *lobby* y *advocacy* por los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres. Además contribuyó con la construcción de argumentos técnicos, de interlocución e influencia política y de proyección político programática para un numeroso grupo de sus integrantes.

Después de la CIPD, la RSMLAC se propuso impulsar el seguimiento de la implementación de su Programa de Acción incluyendo el monitoreo ciudadano del mismo en cinco países de la región: Brasil, Chile, Colombia, Nicaragua y Perú, iniciativa a la que posteriormente se unieron México y Suriname. La certeza de esta necesidad estaba basada en la tendencia de nuestros gobiernos de firmar acuerdos y convenciones sin compromiso político para dar prioridad a su ejecución. Este proyecto de la red ha logrado como resultado construir un sistema de indicadores en base a ejes temáticos para producir información comparable para el seguimiento de los acuerdos de los países. Estos son:

- Violencia sexual contra las niñas.
- Responsabilidad masculina respecto de la sexualidad y reproducción.
- Participación del movimiento de mujeres en instancias de decisión referidas a políticas y programas de población y desarrollo.
- Educación y servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes.
- Calidad de atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Atención humanizada del aborto complicado realizado en condiciones inseguras.

- Prevención y atención integral para personas portadoras de VIH/SIDA.

Los ejes se eligieron en consideración a la valoración de la importancia de los temas tanto en la sociedad civil como en los gobiernos, que plantearan la necesidad de sensibilización en cuanto al abordaje político programático, que establecieran la necesidad de cambios culturales y de roles, y que abarcaran la salud y derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en todos los momentos de sus vidas.

El seguimiento de estos acuerdos no es tan fácil, aun cuando ha tenido importantes resultados y ya se cuenta con una base de datos y una metodología que ha sido creada y apropiada por las organizaciones participantes.

Entre los discursos y la práctica

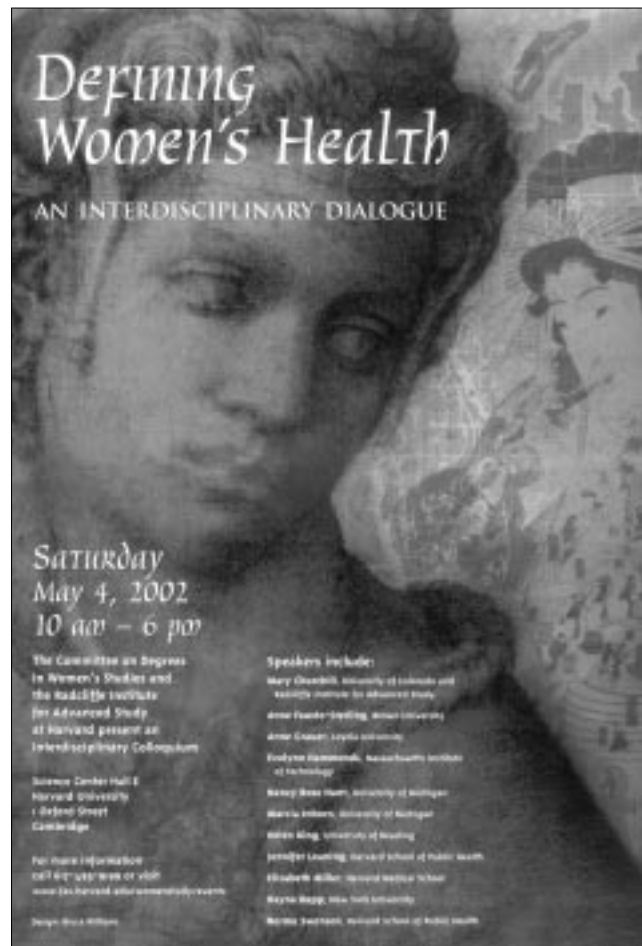
La ampliación de la comprensión de los derechos humanos en los foros internacionales no ha estado acompañada de cambios sustantivos en lo que se refiere al autoritarismo y la fragilidad de las instituciones democráticas en una buena parte de los países de la región. Esta situación hace que se viva la tensión entre los discursos democráticos y las prácticas autoritarias, por un lado, y el problema estructural de inequidad social y de género no resuelto, por otro, todo lo cual debilita las bases de la ciudadanía y la posibilidad de ejercicio de derechos.

Ante el fracaso de los sistemas de representación ha crecido la necesidad de potenciar la ciudadanía activa en la definición de políticas y en el seguimiento y control de la ejecución de esas políticas. La ciudadanía activa del movimiento de mujeres frente a asuntos polémicos como el aborto ha encontrado en la oposición de los grupos conservadores las limitaciones a su acción y propuesta política.

Todavía la participación ciudadana de las mujeres en ámbitos de decisión está restringida en general a muy pocas mujeres, líderes de ONG y, generalmente, pertenecientes al sector intelectual o a partidos políticos. Un importante contingente de mujeres se ha movilizó en situaciones de flagrante atentado contra los derechos de las mujeres, como ha sido el caso de las esterilizaciones quirúrgicas en Perú, donde se han formado y generado diferentes formas de vigilancia ciudadana de la calidad de los servicios y de la protección del derecho a decidir de las mujeres.

Lamentablemente, los temas reproductivos y sexuales son sumamente sensibles y condicionados a las posiciones personales de quienes tienen el poder en los gobiernos, y no a políticas institucionales. Se necesita estar muy alerta a los cambios de conducción que pueden variar desde políticas controlistas a políticas pronatalistas.

El camino es arduo para permitir que se escuchen las voces de las mujeres, pero también es necesario que esas voces sean formuladas autónomamente. ♦



Nota:

1. Este trabajo se presentó en el coloquio "Defining Women's Health: an Interdisciplinary Dialogue", realizado en Boston, Estados Unidos, el 4 de mayo de 2002, con la organización de Women's Studies y Radcliffe Institute for Advanced Studies, Harvard University.