

Sistematización del taller sobre Salud sexual y reproductiva de personas con discapacidad en Jujuy



CRÉDITOS

Autoras

Carolina Buceta y Constanza Leone

UNPRPD

Mariana Isasi, Jefa de Oficina

Celeste Leonardi, Oficial en Salud Sexual y Reproductiva

Sonia Ariza Navarrete, Coordinadora del Proyecto UNPRPD

Edición y diseño Accesible

Libertate

Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy

Claudia Andrea Castro, Directora Provincial de Maternidad, Infancia y Adolescencia

Ana Seimande, Responsable del Área de la Mujer de Maternidad Infancia y Adolescencia

Carola Mendoza, Referente de Salud Sexual



CONTENIDO

1. Introducción	4
2. Principales resultados y hallazgos de las dinámicas abordadas:	4
2.1. Objetivo 1: Reflexionar de forma colectiva sobre las distintas representaciones y creencias acerca de las personas con discapacidad y el ejercicio de su sexualidad.	5
2.2. Objetivo 2: Identificar cómo los diferentes modelos de abordaje de la discapacidad determinan las prácticas de atención de los equipos e impactan en el acceso a derechos.	6
2.3. Objetivo 3: Trabajar sobre el marco de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos existente como parte del paradigma de los Derechos Humanos y los lineamientos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.....	8
2.4. Objetivo 4: Reflexionar sobre el rol y las prácticas de los equipos de atención de salud desde la perspectiva del modelo social de discapacidad.	13
2.5. Objetivo 5: Generar un espacio que permita proyectar estrategias y acciones intersectoriales para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de este colectivo.....	13
2.6. Objetivo 6: Presentar y fomentar el uso de los recursos existentes para promover el acceso de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva, alguno de ellos desarrollados en el marco del proyecto.....	13
3. Algunas conclusiones	14

1. Introducción

Este documento tiene por objetivo sistematizar los principales hallazgos y desafíos de la capacitación sobre “Salud sexual y reproductiva y personas con discapacidad”, realizada el 6 de diciembre de 2024 desde UNFPA en el marco de la Alianza de Naciones Unidas por los Derechos de las Personas con Discapacidad (UNPRPD) y el Ministerio de Salud de la Provincia de Jujuy.

La experiencia se planificó con la participación activa de referentes provinciales del ámbito de la salud, la presencia del área de rehabilitación e inclusión y convocó a participar a integrantes de equipos de salud de las distintas zonas sanitarias, de diversas formaciones profesionales.

La metodología de taller fue evaluada como central para movilizar los sentidos y representaciones incorporadas y naturalizadas, para permitir que las/os participantes compartan la experiencia en el tema y aborden la construcción de ideas e iniciativas comunes.

El diseño y organización del taller se realizó en articulación con referentes de salud de la provincia de Jujuy. Para ello, se celebraron intercambios con la Dirección de Maternidad, Infancia y Adolescencia y equipos integrantes de las Área de la Mujer; Área de Salud Sexual y Reproductiva y Área de Adolescencia.

2. Principales resultados y hallazgos de las dinámicas abordadas:

El taller tuvo una alta convocatoria. Participaron 36 personas integrantes de equipos de hospitales, centros de salud, centros de rehabilitación, y profesionales que trabajaban territorialmente en escuelas de diferentes localidades de la Provincia de Jujuy.

A continuación, se describen los principales hallazgos que surgen del registro y análisis de la participación en las dinámicas y actividades realizadas en el taller.

Se organizan a partir de los objetivos planteados.

Se realizaron dinámicas de exploración. Algunas tenían la particularidad de promover la participación en el anonimato y otras, daban la posibilidad de expresarse en primera persona.

2.1. Objetivo 1: Reflexionar de forma colectiva sobre las distintas representaciones y creencias acerca de las personas con discapacidad y el ejercicio de su sexualidad.

Durante el desarrollo de esas dinámicas se pudo escuchar:

- Las personas con discapacidad también se enamoran
- Discriminación
- Satisfacción amorosa y sexual
- Limitación a la pulsión
- Diferente, reprimido, oculto, algo que no se acepta
- Negación, no puede mantener relaciones sexuales ni pensamientos sexuales
- Muchas familias evitan hablar de sexualidad con sus hijos
- Se preguntaban: ¿Qué lugar hay para el deseo y la autonomía?
- Discapacidad, sexualidad= son relaciones entrelazadas
- Deseo que aparece en todos los sujetos

En general aparecen ideas y sentimientos ligados a la lástima, lo oculto, reprimido, lo frágil, el tabú. Si bien se ve la sexualidad como libertad, no es así para las personas con discapacidad.

Aparecen también alusiones a la empatía, comprensión, ¿atención especial?, la intimidad, las dificultades de la comunicación.

Lo recurrente es el término “vivir la sexualidad”, que está en todo momento, ligada a la vez al consentimiento.

Se suele minimizar a las personas con discapacidad (PCD) en lo que pueden llegar a hacer. Esto viene de la historia porque se los encerraba, las familias no los dejaban salir, no podían tener una relación con otras personas. También pasa por el miedo de las familias a cómo se transitará la sexualidad y no se brinda herramientas.

Se plantea que es necesario trabajar con las familias ya que es común tanto en ellas, como en la sociedad, que se infantilice a las PCD.

La sexualidad aparece como necesidad básica, requiere apoyo de los familiares, contar con recursos para poder hablar sobre ellos es importante.

2.2. Objetivo 2: Identificar cómo los diferentes modelos de abordaje de la discapacidad determinan las prácticas de atención de los equipos e impactan en el acceso a derechos.

En relación a este objetivo se puede observar que los 3 modelos presentados (de prescindencia, médico y social) se encuentran presentes en la atención. Fue claro en el trabajo con los ejemplos presentados.

Ejemplo 1:

Médica: "Mmmmnnn tengo una mala noticia. Estás embarazada".

Mujer con discapacidad: "¿Mala noticia? ¿Por qué?"

Médica: Sí, porque... ¿cómo vas a hacer ahora? Vas a abortar me imagino..."

Mujer: "No, en principio quiero tenerlo. Yo lo quiero".

Médica: "Mirá, no te lo aconsejo..."

NOA

A partir del primer ejemplo pudieron identificar que se encuentran plasmados 2 modelos, el médico rehabilitador y el de prescindencia, porque la maternidad es algo que hay que descartar, hay un prejuicio que lleva a creer que una persona con discapacidad tendrá un hijo con discapacidad y que esto es malo en sí mismo.

Quienes participaron del taller pudieron reconocer que es una práctica que siempre se ve reflejada en las asesorías, poniendo en duda la capacidad de una persona con discapacidad.

Ejemplo 2:

Bueno, vamos con PAP y colpo ¿Querés que llame a tu mamá? - Dice la médica.

¿Para qué? Ella se los hizo el mes pasado, ahora me toca a mí - Responde la joven con discapacidad.

Sobre el segundo ejemplo pudieron decir que la PCD llega sola y el agente de salud está confundido. Aunque sean adultos aún se habla de “chicos” con discapacidad, creyendo que no tienen independencia de decidir sobre lo que puede sobre su propio cuerpo. Hay estereotipos muy arraigados, cuesta acompañar para que puedan tomar decisiones. El modelo médico hegemónico siempre se asienta en el diagnóstico y no en la persona.

A partir de los otros ejemplos surgieron las siguientes reflexiones:

- También se piensa siempre en la relación pene-vaginal, en el coito.
- Se ve la falta de inclusión, se muestran las barreras, de acceso, por ejemplo, y la falta de información
- Aún hay dificultad para trabajar con el concepto “sexualidad” en la discapacidad, por tal razón en algunos espacios se cambia el nombre a los talleres.
- Se hicieron como equipo algunas preguntas en dirección a ¿qué mecanismos de apoyo se necesitaría?
- Es preciso trabajar en los centros de salud porque genera impotencia cuando se necesita incorporarlos como población destinataria de los servicios.
- Circuló la información de que en la página del ministerio de salud de la provincia está el recurso para solicitar una intérprete en Lengua de Señas Argentina (LSA).
- Sin embargo, reconocen que hay que capacitarse como profesionales en lengua de señas de manera permanente.
- Se generó un intercambio interesante en relación a este tema, sobre todo tomando en cuenta, el cómo garantizar la confidencialidad y la intimidad, que muchas veces se puede ver afectada por la presencia de intérpretes.
- Se llega a la conclusión que siempre que se le pregunte a la PCD si está de acuerdo en incorporar en la consulta a una persona para facilitar la comunicación y si hay consentimiento, está bien.
- A partir de que algunas personas nombraban a las personas con discapacidad auditiva como sordo- mudos, se trabajó con la terminología ajustada al modelo social de la discapacidad.
- Se llegó a la conclusión para implementar el Modelo social es importante y de buena práctica unificar el criterio sobre el modo de nombrar y colocarlo en las historias clínicas y en los registros.

- También la incorporación de la terminología ajustada al modelo social, es indispensable para realizar comunicaciones, artículos, etc. pero que a su vez existe también la dimensión individual.
- Otra buena práctica es preguntar a la persona cómo quiere ser llamada.

2.3. Objetivo 3: Trabajar sobre el marco de los Derechos Sexuales y los Derechos Reproductivos existente como parte del paradigma de los Derechos Humanos y los lineamientos de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad.

Este objetivo se abordó a partir del debate y reflexión sobre algunas situaciones que suceden recurrentemente en el territorio, con el fin de que las puedan repensar bajo la normativa actual.

Las preguntas que se trabajaron para un conjunto de situaciones presentadas en grupos fueron: ¿Qué pasa en esta situación?, ¿Con qué barreras se encuentran las personas en la atención?, ¿Cuáles son los obstáculos que atraviesan los equipos para llevar adelante las prácticas?, ¿Qué derechos identifican?, ¿Qué intervenciones se podrían realizar para garantizar los derechos?, ¿Qué estrategias se podrían desarrollar?

Se presentan algunos resultados de este intercambio:

Situación 1: Hola, soy una mujer usuaria de silla de ruedas. Fui al centro de salud cercano con una amiga para buscar asesoramiento porque me quiero cuidar para no quedar embarazada. Cuando llegué me dieron el turno, esperé, pero no pude ingresar al consultorio porque no daba el ancho de la puerta.

- Existe barrera del espacio físico, pero hay que dar una resolución para el acceso a Métodos Anticonceptivos (MAC).
- Tiene que haber un lugar específico o propicio para la consejería.
- Si van acompañadas con la amiga, lo puede hacer, porque es una decisión de ella, pero nunca debe ser un condicionante.
- En la provincia existe el turno protegido para personas en sillas de rueda y poder colocar el DIU por ejemplo en la maternidad (donde tienen camillas regulables) se puede hacer la colocación y así mantener la privacidad.
- Por lo general las camillas están pensadas para el profesional no para el paciente.

Situación 2: Hola, soy una integrante del equipo del centro de salud. Hace dos semanas atendimos a una joven con discapacidad intelectual de 17 años que buscaba un método anticonceptivo. Hicimos una entrevista con ella, y llegamos a un acuerdo de que le colocaríamos un implante. Hace unas horas se presentó una familiar, aparentemente es su madre. Estaba muy enojada porque nos dijo que le tenemos que preguntar siempre a ella, y que su hija no puede tomar decisiones por sí sola.

- De la situación se desprende que la persona con discapacidad, sí logra entender la intervención, o al menos parecería que estaba de acuerdo de recibir este MAC.
- Como estrategia se puede capacitar a todo el personal de salud y bajar esa información a toda la familia para que puedan desde el lugar que corresponde acompañar todo el proceso.
- Lo que puede llegar a pasar es el miedo de la madre que probablemente esté impregnada del estereotipo que refuerza de que es una niña.
- Se hicieron la pregunta: ¿Qué marca que una persona comprende o no para dar el consentimiento? Se trabajó sobre algunas pautas existentes a partir de un abordaje interdisciplinario, pero también se señaló la importancia de seguir trabajando y construyendo pautas para garantizar ese reconocimiento.

- Lo que va a entender o no también está relacionado con el acompañamiento que va a tener.
- Hay que trabajar desde la convicción que la persona siempre puede entender y que está garantizada su capacidad jurídica.
- Pensar en el espacio de asesoría como un lugar de referencia, al que pueden recurrir en forma continua.

Situación 3: Hola, soy parte del equipo del centro de salud. Nos llegó un caso de una joven con discapacidad. Vino buscando una IVE, ya que está embarazada y es producto de una situación de abuso. Por lo que se conversó con ella el abusador es su padre. Su mamá pidió que además de la IVE, se pueda pensar en una ligadura de trompas. La situación se resolvió realizando ambas prácticas en el mismo momento.

Del trabajo grupal se desprendieron surgieron las siguientes reflexiones:

- Realizar consejería individual, seguir el protocolo de intervención.
- La madre al decidir no da lugar a la toma de decisión.
- Tener presente que el abusador tiene el placer en el abuso.
- Se sabe que si bien otra persona puede denunciar el abuso de una PCD hay grises.
- En este punto se trabajó sobre la ley 26.485, y el artículo 23 que enuncia que, ante una situación de violencia hacia una mujer con discapacidad, aunque sea una persona adulta, toda persona que toma conocimiento del mismo, puede efectuar la denuncia.
- Se puso en tensión que es importante que la mujer esté al tanto, pueda estar de acuerdo, para dar lugar al ejercicio de su autonomía, ya que muchas veces, se dieron casos de que se hicieron denuncias, y la mujer con discapacidad, no estaba anoticiada.
- Hay que garantizar los derechos y la protección del mismo.

Situación 4: Hola, soy una mujer sorda, acudí al centro de salud para buscar una anticoncepción de emergencia. Estaba muy nerviosa, porque salí con un chico ayer y no me cuidé. No quería que sepa nadie. Me pidieron que fuera con alguien porque no me podían atender, ya que no contaban con intérpretes. Me lo dieron por escrito, tuve que leerlo con mi hermana.

Cuando se trabajó sobre este caso, los temas que salieron fueron:

- Hay vulnerabilidad de derechos hacia la usuaria, desinterés a dar solución, se centra en la discapacidad.
- Hay que hacer la consejería, indagar por los abusos y activar los protocolos.
- Entre los obstáculos son los miedos del personal de salud y se deriva a muchas otras personas. En el caso, también hay falta de táctica y estrategia.
- Es necesario buscar un canal fluido para garantizar el acceso. Actualizarse en relación a las leyes en Salud Sexual y Reproductiva (SSyR).

Situación 5: Matías es una persona de 19 años con síndrome de Down, asiste a una consulta médica para realizarse un control periódico de salud. En el estudio de laboratorio se realiza serología de rastreo de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS). Cuando vuelve con los resultados se observa un valor Sífilis positiva.

En el trabajo en grupo, una de las integrantes del grupo se preguntaba porque la persona acudió sola a la consulta, por lo cual, dicha afirmación disparó algunos intercambios, a saber:

- No necesariamente necesita ayuda o facilitador para comprender los estudios que se les pide. Hay que ver la forma en que se explica, preguntarle cómo quiere recibir información.

- Aplicar el protocolo y pensar en hacer un ajuste para la comprensión, mensajes cortos, claros, sencillos.
- Centrarse desde los equipos, más en su trayectoria sobre SSySR.

Situación 6: Soy médica obstetra y atendí a una mujer con discapacidad visual durante su embarazo. Nunca había atendido a personas con discapacidad. En la consulta, yo no sabía cómo interactuar, cómo indicarle dónde estaban las cosas, el contenido de las órdenes o recetas. Le pedí que concurra con su pareja y me dijo que también era una persona ciega, y entonces le sugerí que concurra con la madre. Así transcurrió el embarazo, yo le daba las órdenes e indicaciones a la futura abuela. Les indiqué una cesárea para cuidar a mi paciente y todo fue bien. Tuvieron un nene saludable, pero luego a mí se me presentaba el problema de quién podría cuidar a ese bebé, pensaba si podría caerse, cómo podrían evitarlo... Hablé con la abuela acompañante, pero ella no podía hacerse responsable del cuidado del bebé. Dejé internada a la paciente más de lo indicado y hablé con el equipo de psicólogas y trabajadoras sociales del hospital para ver qué hacer.

A partir de esta situación, circuló la palabra centrada en los siguientes puntos:

- El médico se puso como actor principal y determina lo que se debe hacer. Está visibilizado que no tiene todo el conocimiento, hay que capacitar a todo el equipo de salud.
- El miedo puede pasar por la información que no se tiene por parte de los equipos.
- Pensar en que los cursos, por ejemplo de lactancia, sean diseñados de tal forma en la que se pueda incluir las medidas de accesibilidad para que pueda participar las PCD.
- Hay que pensar en que la autoridad médica no sea la única voz.

2.4. Objetivo 4: Reflexionar sobre el rol y las prácticas de los equipos de atención de salud desde la perspectiva del modelo social de discapacidad.

Este objetivo se trabajó durante todas las dinámicas, a lo largo de la jornada.

2.5. Objetivo 5: Generar un espacio que permita proyectar estrategias y acciones intersectoriales para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de este colectivo.

Este objetivo pudo cumplirse ya que durante todo el día intercambiaron recursos, pudieron conocer experiencias de otros equipos y se promovió la construcción colectiva como facilitadora de pensar espacios más inclusivos.

2.6. Objetivo 6: Presentar y fomentar el uso de los recursos existentes para promover el acceso de las personas con discapacidad a la salud sexual y reproductiva, alguno de ellos desarrollados en el marco del proyecto.

Este objetivo se desarrolló en dos niveles. Por un lado, a medida en que se trabajaban las temáticas en forma teórica o en las dinámicas, las talleristas hicieron hincapié en los materiales del proyecto como fuente de formación y actualización profesional. Y por el otro, los equipos socializaron recursos que les son de utilidad para llevar adelante sus prácticas en el territorio.

3. Algunas conclusiones

Los equipos destacaron que la formación de los equipos es central para la promoción de derechos sexuales y reproductivos de las personas con discapacidad.

De lo trabajado durante la jornada surge que hay temas que todavía están en proceso de incorporación o que los procesos de incorporación son dispares, como el uso de la terminología que se ajusta al modelo social de la discapacidad, el conocimiento de la normativa por parte de los equipos -centralmente en lo que refiere a la capacidad jurídica de las PCD-, la adecuación de información, materiales y actividades para que puedan incluir a personas con discapacidad, entre otros.

Se evalúa como positivo el interés de las áreas de salud en articular con el área de Discapacidad, Rehabilitación e Inclusión.

Se observa que el equipo provincial tomó la temática y la está potenciando. Sin embargo, las numerosas acciones que se han desarrollado en distintos niveles y en distintos territorios no logran presentarse como parte de una perspectiva articulada.

Hay muchos equipos en los territorios que han accedido a espacios de formación y han implementado acciones pero que permanecen como instancias aisladas.

Es un momento propicio para generar una estrategia que permita aunar, articular y dar coherencia a las iniciativas que en la provincia se vienen impulsando.

Para construir dicha estrategia e institucionalizar una perspectiva de abordaje puede impulsarse la construcción de un espacio tipo Mesa o Comisión que centralice la participación de referentes en el tema con los criterios que la provincia defina, por ejemplo, su pertenencia territorial, su participación en consejerías de salud sexual y reproductiva, asesorías a adolescentes. Es recomendable que el espacio busque incluir o articular con otros sectores relevantes para el cumplimiento de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) de las PCD, como las áreas de inclusión y educación. Un espacio de este tipo debería convocar a organizaciones de personas con discapacidad o referentes con discapacidad para la construcción y consulta sobre las políticas públicas que los tienen como población destinataria.

