

Derechos sexuales y reproductivos: nuestros cuerpos, nuestras vidas. Mirando a la salud con ojos de mujeres.



Tabitha Learn (La Colectiva).
Juliana Alves (El parto es nuestro).

ORGANIZAN:



PROYECTO ALIADAS



FINANCIA:



“Aliadas: Tejiendo redes de derechos y participación” es un proyecto de Alianza por la Solidaridad cuyo objetivo principal es el apoyo a la articulación de redes de mujeres migrantes en el contexto andaluz, y la creación de redes con agentes de diferentes ámbitos, generando espacios de capacitación, concienciación e incidencia para aumentar la participación y empoderamiento de las mujeres desplazadas y migrantes de Andalucía.

Dentro de los ejes de contenidos, se señaló la importancia de abordar el Derecho a la salud, de forma práctica y que permitiera acercar experiencias y vías para resolverlas y reclamar los derechos de forma colectiva. El contenido que se presenta a continuación es un resumen transcrito de las ponencias desarrolladas durante el taller.

ÍNDICE:

1) Contextualización general sobre los ciclos menstruales, capacidades y retos cíclicos (Tabitha Learn).

2) Contextualización general sobre el embarazo y parto. Derechos y violencias. (Juliana Alves):

2.1) Incorporación de la violencia obstétrica en los estudios de genero (Juliana Alves).

2.2) ¿Cómo parimos hoy? (Juliana Alves).

2.3) Violencia obstétrica (Juliana Alves).

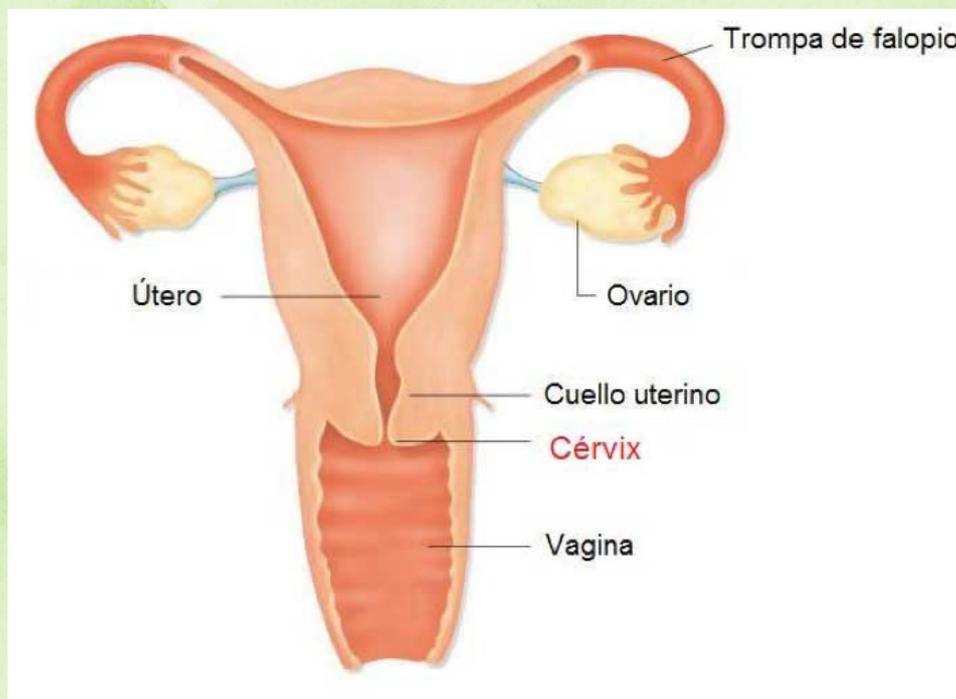
2.4) Políticas públicas (Juliana Alves).

2.5) Derechos sexuales (Tabitha Learn).



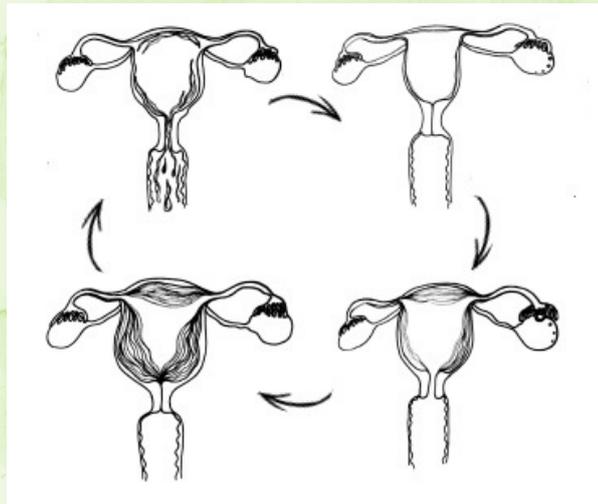
1) Contextualización general sobre los ciclos menstruales, capacidades y retos cíclicos:

El ciclo menstrual es un tema ampliamente desconocido en la actualidad, a pesar de que existen multitud de cambios en el cuerpo femenino de manera cíclica. Si lanzamos la palabra menstruación, ¿Qué palabras nos vienen a la cabeza? Las respuestas más comunes son útero, ovarios o vagina. Por tanto, la siguiente pregunta que nos planteamos es ¿Qué sabemos de nuestro ciclo uterino? Veamos detenidamente este músculo:



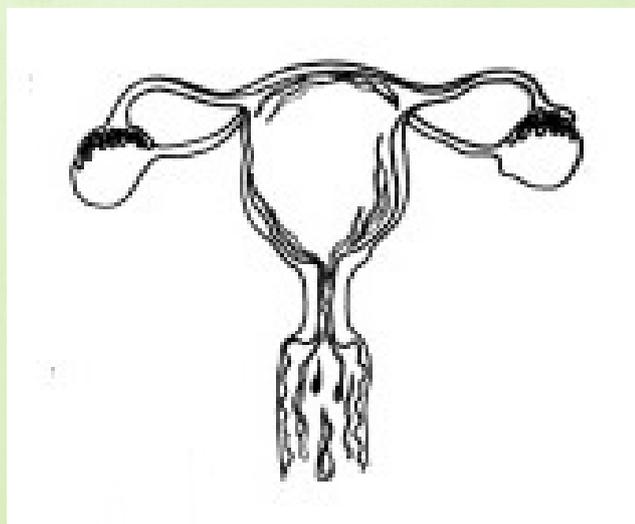
En la imagen se muestran las partes generales del útero, aunque existen otros elementos específicos de este aparato reproductor. La función principal de este es procesar los óvulos en caso de que no hayan sido fecundados (derivando en el sangrado e inicio del ciclo) o desarrollar los fetos a partir de los óvulos, adaptándose según cada momento del embarazo. Todos estos cambios se producen por las hormonas que mandan mensajes desde el cerebro al útero para que este se desarrolle, reaccionando el cuerpo de manera diferente en cada parte del ciclo.

La menstruación no se trata de sangrar durante unos días y luego dejar de sangrar. El sangrado es una de las cuatro fases del ciclo, en que la comunicación entre tu cerebro y tu sistema reproductivo varía y afecta a tu mente y a todo tu cuerpo. Tanto como el mundo no parece el mismo en invierno que en verano, tus ganas, aptitudes y necesidades no son las mismas cuando estás menstruando que cuándo estás ovulando. Entonces, ¿Qué es lo que pasa durante el ciclo?



MENSTRUACIÓN

El endometrio (la capa interior del útero) se despega y se autodigiere, reabsorbiendo algunos elementos y desechando otros en forma de sangre. El cérvix se abre para dejar salir la sangre por la vagina.



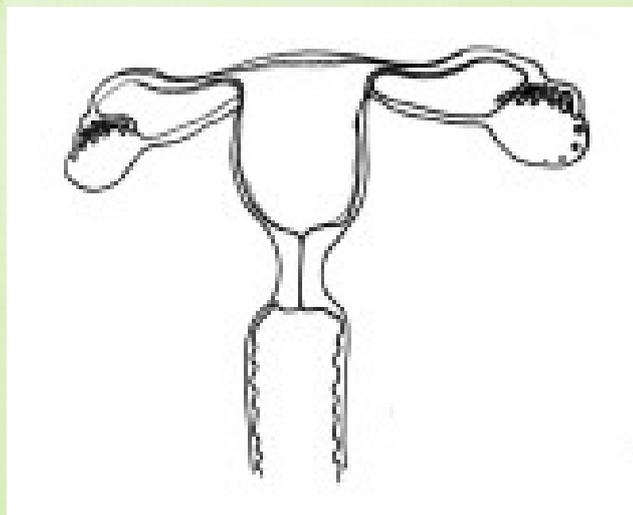
La fase menstrual es el momento en que tu energía está muy hacia adentro, y el cuerpo te pide descansar. Es la fase más reflexiva, y tienes la oportunidad de relajarte y visitar todo lo que has vivido durante este ciclo, soltando lo que ya no te sirve.



Consideramos esta fase como tu invierno, y muchas mujeres tienen ganas de estar más por casa sin demasiada interacción, aprovechando para dormir mucho y cuidarse. Tendemos a pensar que este estado tranquilo y reflexivo es peor que otros estados porque se considera menos "productivo", pero es totalmente necesario, tanto para tu salud física como tu salud mental.

FASE FOLICULAR

Los folículos se estimulan y se van madurando. Son las pre-células sexuales, algunos llegarán a madurar hasta convertir en óvulos. El endometrio empieza a crecer de nuevo.



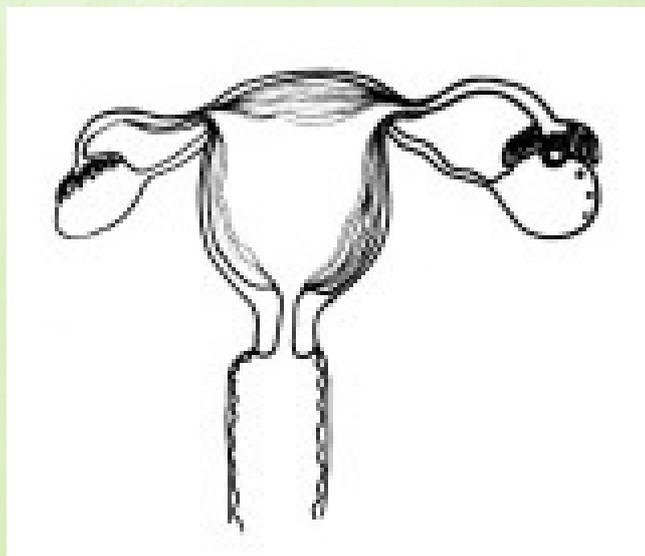
Tu fase folicular, también llamada la fase pre-ovulatoria, es la parte de tu ciclo en que tu energía se vuelve más activa. Es una fase muy dinámica, en la que tienes más facilidad de pensar de manera racional, concentrarte y sentirte motivada.



Se puede decir que estás en tu primavera, y es aquí donde la mayoría empiezan a tener más ganas de socializar. Puedes aprovechar esta energía para planificar, para estudiar y para explorar.

OVULACIÓN

Un óvulo ya maduro sale del ovario y viaja por la trompa hacia el útero. El cérvix se abre para permitir la posible entrada de espermatozoides.

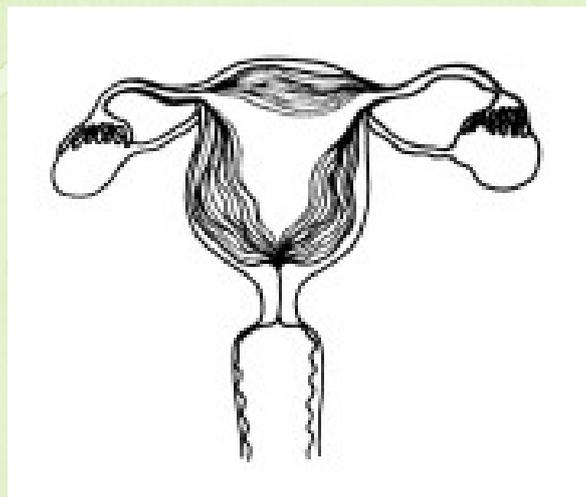


En la fase ovulatoria, tu energía está muy activa y muy hacia fuera. Es la fase expresiva, en la que tiene más empatía y capacidad de comunicar y de cuidar. Esta fase se considera tu verano, en la que la mayoría de las mujeres se encuentran con más ganas de aventura y de conocer a gente nueva.



FASE LÚTEA

El óvulo que no ha fusionado con ningún espermatozoide se desintegra. El endometrio está muy desarrollado y sigue creciendo más.



Tu fase lútea, también llamada la fase pre-menstrual, es cuando tu energía vuelve más hacia dentro. Es la fase más creativa, donde se pueden ver las cosas de diferentes perspectivas para sacar nuevas ideas.

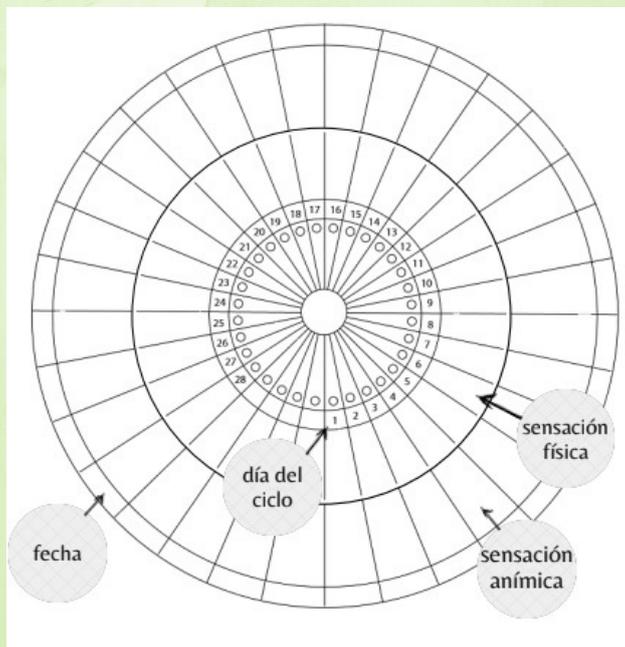
Sería tu otoño, puede conllevar menos ganas de interactuar y compartir. Con los ritmos de vida y la presión social, ralentizar es un gran desafío. Tu intuición es fuerte y puede ser el momento ideal para practicar la asertividad y elegir bien en qué poner tu energía y en qué no.



TÚ ERES ÚNICA Y TU CICLO TAMBIÉN:

Tu ciclo menstrual lleva algún patrón general gracias a los efectos de las hormonas en tu cerebro. Pero cómo vives cada fase será propio de ti, y la única manera de entender exactamente cómo te afecta es observándote.

Aporta mucho llevar un registro diario en el que anotas cómo te sientes, a nivel físico y a nivel psíquico, cada día. Si lo llevas a cabo durante varios ciclos, luego puedes comparar los diagramas y encontrar tus propios patrones.



El ciclo menstrual es estigmatizado, se tacha a la mujer de exagerada dependiendo de su momento de ovulación. Todo esto proviene de un gran desconocimiento sobre los diversos síntomas que la ovulación provoca en cada mujer.

2) Contextualización general sobre el embarazo y parto, derechos y violencias:

2.1) Incorporación de la violencia obstétrica en los estudios de género:

La violencia obstétrica puede definirse como una de las diversas violencias ejercidas hacia las mujeres. Esto se manifiesta mediante el control de sus cuerpos y de sus procesos reproductivos, ejercido por profesionales de la salud y sus instituciones. Toda esta violencia acarrea consecuencias devastadoras para las mujeres, en el ámbito físico y psicológico.

Organismos internacionales debaten la violencia hacia las mujeres desde 1994 (Convención Belem) y 1995 (Conferencia Beijing), sin que la violencia obstétrica sea mencionada. Y aunque el Estado español no la ha tipificado específicamente, la Organización Mundial de la Salud se ha denunciado esta violencia en los últimos años.



De hecho, la relatora especial sobre violencia contra la mujer, Dubravka Simonović, en 2019 ha aportado la siguiente definición: "Los Derechos Humanos de la mujer, incluyen su derecho a recibir un trato digno y respetuoso en los servicios de salud reproductiva y en la atención obstétrica, sin ser objeto de discriminación o violencia, de sexismo o de cualquier otro tipo de violencia psicológica, tortura, trato inhumano, degradante o coacción".

Algunos precedentes españoles los situamos en la Constitución española, que reconoce el derecho a la protección de la salud, la Ley 41/2002 que orienta a los pacientes a tener autonomía, o, la Ley General de Sanidad 14/1986 que reconoce el derecho a la información en términos comprensibles. Así, en 2020, el Ministerio de Igualdad se empezó a plantear la violencia obstétrica como violencia de género, introduciéndola en la Ley 2/2010 de Salud Sexual y reproductiva. En Andalucía, se creó el decreto 101/95 que aborda la no medicalización del parto o el trato al respecto.

La mayoría de las mujeres víctimas de la violencia obstétrica no hablan sobre sus experiencias. El principal obstáculo es la normalización de estas prácticas, ya que hay un contrato social donde no se cuestionan estas prácticas, aunque la mujer se sienta molesta.



Sin embargo, el panorama internacional de lucha contra la violencia obstétrica está en auge. Por lo tanto, se debería incluir en los estudios de género para ayudar al reconocimiento social y legal, disminuyendo el impacto en la salud de las mujeres.

2.2) ¿Cómo parimos hoy?

Las últimas generaciones han aprendido que lo mejor para dar a luz es ir a un hospital y dejarse guiar por los expertos, como modelo ideal y seguro.

Hasta el siglo XVI, los cuidados prestados a las madres antes y después del parto eran roles femeninos practicados en su mayoría por las parteras. Poco se sabe sobre su trabajo y los vínculos con las madres, ya que la información que nos llega actualmente es muy parcial y centrado en los partos complicados.



A partir del siglo XVI, la práctica médica empezaba a manejar con más contundencia la asistencia de los partos, trabajando especialmente en los complicados, dejando los cotidianos a las parteras (que no quedaban registrados). En mitad del siglo XIX, la medicina obstétrica se impone como autoridad del saber, produciendo una jerarquización, patriarcal y sin conocimiento de la mujer (objeto de estudio).

James Mirion Sims creó las cirugías obstétrica utilizando a mujeres negras como cobayas, donde no se incluía anestesia. Joseph Bolivar Delee creó los fórceps y la episiotomía, que tiene como objetivo sacar al bebé antes de que ocurriera alguna complicación.



A todo esto se añade el pensamiento de que las parteras obstaculizaban el progreso obstétrico, por lo que en países como España se hizo un proceso de depuración de las matronas en 1930. Nunca se prohibió el parto en casa, simplemente se procuró que desapareciera y que no hubiese una estructura diferente a los paritorios hospitalarios.



La búsqueda de la higiene del parto y la prevención de complicaciones llevó a la sistematización industrial de los partos, este método permite atender a más mujeres en menos tiempo.

A mediados de la década de los 60, el movimiento feminista empezó a debatir sobre el dominio del cuerpo femenino, pero el campo materno ha sido alejado porque la maternidad es percibida como una prisión.

Hoy en el siglo XXI, las mujeres no pueden decidir sobre lo que pasa con sus cuerpos, porque no saben diferenciar entre lo fisiológico y lo patológico. Este método ha llevado en masa a las mujeres a los paritorios, dando al cuerpo sanitario el control sobre el embarazo, parto y puerperio. Este modelo quita la autonomía a la mujer y la hace espectadora de ella misma.

Las mujeres cuenta relatos humillantes y degradantes que son normalizados pero que expresan una gran violencia: "Túmbate para que te vea mejor" "No se mueva" "Empujaré tu barriga para ayudar" "Un corte para que el niño salga más rápido".



2.3) Violencia obstétrica:

Uno de los grandes problemas de la violencia obstétrica es convencer a las mujeres de que aquello que les ha pasado no puede ser aceptable, incluso puede ser un delito. Dentro del ordenamiento jurídico se da esta violencia, pero donde prevalece el feto sobre los derechos de la mujer embarazada, derivando en no consultar a las mujeres en sus decisiones sobre cómo parir.



La violencia obstétrica se caracteriza por intervenciones durante el periodo perinatal:

- Uso de terminología muy técnica.
- Ser sometida a procedimientos sin ser consultada o sin comprenderlo.
- Ser irrespetada en las elecciones de la madre.
- No aceptar el Plan de Parto establecido por la embarazada.
- Recibir comentarios despectivos, chistes y humillaciones durante su asistencia: causando sentimientos de humillación o infantilización.

- Ser sometida a exámenes de toque vaginal innecesarios y por varios profesionales.
- Ser obligada a recibir medicamentos para aliviar el dolor o sedantes.
- Ser sometida a episiotomía rutinaria, al igual que con la anestesia.
- Ser sometida a administración innecesaria de oxitocina para acelerar el parto.
- Prohibir comer o beber agua durante el trabajo del parto.
- Dejar sola, aislada o encerrada.
- Ser sometida a la maniobra Kristeller (presionar muy fuerte el fondo del útero para acortar el parto).
- Prohibir la movilidad.
- Ser obligada a una cesárea programada.
- Ser sometida a la maniobra de Hamilton (método mecánico para inducir al parto a través de tocar el cuello del útero para romper la bolsa amniótica).
- Estar privada del contacto con el bebé en la primera hora de vida.
- Usar el cuerpo femenino como medio de enseñanza a estudiantes.

2.4) Políticas públicas:

Garantizar derechos a partos positivos, que respeten los procesos naturales de las mujeres, dependen de la construcción de políticas públicas. Políticas que promuevan experiencias que garanticen una perinatalidad con lactancia respetada y humanizada.

A continuación, vamos a detallar las condiciones ideales para el parto:



- Plan de parto como herramienta de garantía de Derechos.
- Observatorios de Violencia Obstétrica para denuncias, quejas, exposición de información, sensibilización y evaluaciones sistemáticas de las atenciones perinatales.

- Red permanente de apoyo a la perinatalidad que contenga varios servicios: Unidades de parto natural, equipo de asesoría de lactancia, equipos de asesoría posparto, unidades de orientación nutricional a los bebés durante y después de la lactancia exclusiva, red de guarderías, apoyo laboral a las madres, etc.

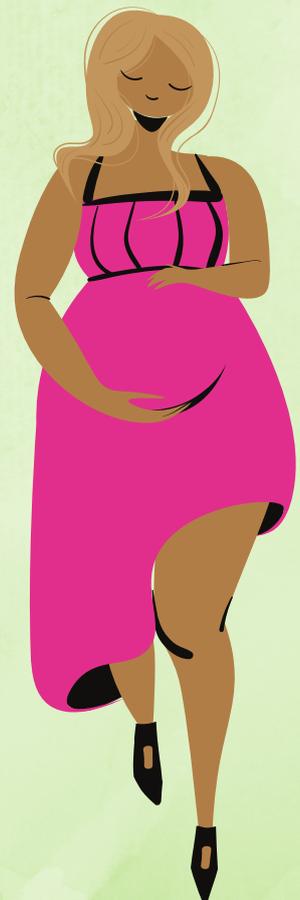
Estos son algunos ejemplos de políticas públicas que apoyan la maternidad y que transitan hacia la concepción social de redes de apoyo que apuestan por ciudades a favor de la vida. Son pequeños pasos que dan pie a una organización urbana pensada desde la perspectiva de género, facilitando la vida a las mujeres, a la maternidad y a otros cuerpos diversos. Es crucial estudiar y organizar el espacio público para que todas las personas puedan transitar con facilidad.

2.5) Derechos sexuales:

Las políticas públicas son cruciales para configurar otro tipo de ciudades que incluyan la perspectiva de género, pero estas también deben tener una base de Derechos Humanos. A continuación dejamos un resumen de aquellos derechos referentes a la sexualidad para así crear ciudades inclusivas desde el respeto de los cuerpos diversos:

1) El derecho a la libertad sexual: este abarca la posibilidad de la plena expresión del potencial sexual de los individuos. Sin embargo, esto excluye toda forma de coerción, explotación y abuso sexual en cualquier tiempo y situación de vida.

2) El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexual del cuerpo: este incluye la capacidad de tomar decisiones autónomas sobre la propia vida sexual dentro del contexto de la ética personal y social.



También están incluidas la capacidad de control y disfrute de nuestros cuerpos, libres de tortura, mutilación y violencia de cualquier tipo.

3) El derecho a la privacidad sexual: este involucra el derecho a las decisiones y conductas individuales realizadas en el ámbito de la intimidad siempre y cuando no interfieran en los derechos sexuales de otros.

4) El derecho a la equidad sexual: este derecho se refiere a la oposición a todas las formas de discriminación, independientemente del sexo, género, orientación sexual, edad, raza, clase social, religión o limitación física o emocional.

5) El derecho al placer sexual: incluyendo el autoerotismo, es fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

6) El derecho a la expresión sexual-emocional: esta va más allá del placer erótico o los actos sexuales. Todo individuo tiene derecho a expresar su sexualidad a través de la comunicación, el contacto, la expresión emocional y el amor.

7) El derecho a la libre asociación sexual: significa la posibilidad de contraer o no matrimonio, de divorciarse y de establecer otro tipo de asociaciones sexuales responsables.

8) El derecho a la toma de decisiones reproductivas libres y responsables. Esto abarca el derecho a decidir tener (o no) hijas, el número y el espacio entre cada una. Junto al derecho de acceso pleno a los métodos de regulación de la fecundidad.



9) El derecho a información basada en el conocimiento científico: implica que la información sexual debe ser generada a través de la información científica libre y ética, así como el derecho a la difusión apropiada en todos los niveles sociales.

10) El derecho a la educación sexual integral: este es un proceso que se inicia con el nacimiento y dura toda la vida y que debería involucrar a todas las instituciones sociales.

11) El derecho a la atención de la salud sexual: debe estar disponible para la prevención y el tratamiento de todos los problemas, preocupaciones y trastornos sexuales.

