



Vita

GUÍA PARA PROGRAMAS Y PROYECTOS DE
SALUD SEXUAL Y
REPRODUCTIVA EN ÁFRICA

Edita

Programa VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África
Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)
Avda. Reyes Católicos, 4. Madrid. 28040
Telf. + 34 91 583 83 16. Fax. + 34 91 583 82 89
E-mail: programa.vita@aeci.es
www.aeci.es/vita

Investigadora Principal

Julia Espinosa Fajardo
Universidad Complutense de Madrid (UCM)

Grupo de Expertos

Carlos Mediano Ortega
Federación de Asociaciones Medicus Mundi España (FAMME)

Lucía Mazarrasa Alvear

Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

Casilda Velasco Juez

Asociación Andaluza de Matronas

Visitación Cañizal

Experta en Género y Desarrollo

Nava San Miguel

Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo.
Secretaría de Estado de Cooperación Internacional

Colaboraciones

Medicus Mundi Andalucía;
AMREF Flying Doctors. Fundación Africana para la Medicina y la Investigación;
Federación Española de Planificación Familiar;
Médicos del Mundo;
Enfermeras para el Mundo

© PROGRAMA VITA. AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL 2005
Reservados todos los derechos.


Esta Guía puede ser copiada y reproducida por todas aquellas profesionales sanitarias y/o de cooperación que deben tomar decisiones y formular intervenciones sobre salud sexual y reproductiva en África. Será necesario citar el documento, el Programa VITA y la Institución que edita (AECI 2005). Cualquier comentario y sugerencia sobre la presente Guía será bien recibido en la siguiente dirección: programa.vita@aeci.es

Maquetación e Imprenta

www.baetica.com

NIPO: 502-05-025-9

Depósito Legal: xxxxxxxxxxxx



GUÍA PARA PROGRAMAS Y PROYECTOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN ÁFRICA



PRÓLOGO

La Organización Mundial de la Salud dedicó el Día Mundial de la Salud del año 2005 a la Salud de la Mujer y el Niño. Por ello, el Programa VITA, en colaboración con la Fundación para la Salud y Cooperación Internacional Carlos III y el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid, organizó unas Jornadas Técnicas de Cooperación centradas en esta temática y en las que participaron expertos sanitarios de más de 20 países africanos y unos 120 profesionales del mundo sanitario y de la cooperación procedentes de Organismos Internacionales, Administraciones públicas, ONGD, Universidades, etc.

El objetivo de estas jornadas fue alcanzar un consenso sobre la situación actual de mortalidad materna e infantil; las nuevas perspectivas de la cooperación internacional en salud sexual y reproductiva; la implicación de la mujer en las políticas públicas sanitarias, y la atención primaria de salud. Esta Guía práctica es el fruto de las aportaciones de los participantes en las cuatro mesas de trabajo desarrolladas en las jornadas.

La mejora de la salud sexual y reproductiva es una de las líneas específicas y prioritarias del nuevo Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008 y del Programa VITA¹ para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Además, esta Guía para Programas y Proyectos de Salud Sexual y Reproductiva en África responde a una de las Prioridades Horizontales de la Cooperación Española, consolidada en el Plan Director: la Equidad de Género. Ésta implica la integración transversal de la perspectiva de género, con un enfoque de Género en el Desarrollo (GED), en todas las acciones de cooperación e instrumentos de planificación. Sólo así se podrán superar los problemas derivados de las relaciones desiguales de poder entre las personas, que impiden aumentar la autonomía de las mujeres y perpetúan la pobreza.

Pretendemos dar la mayor difusión posible a esta Guía, y dotar de mayor calidad a los proyectos y programas de cooperación española en materia de salud sexual y reproductiva en el continente africano, para juntos luchar por la consecución de los Objetivos de Desarrollo de Milenio.

¹ El Programa VITA, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África, nace en enero de 2004, impulsado por la Agencia Española de Cooperación Internacional, del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación y constituye un esfuerzo para obtener la máxima coordinación y complementariedad Española para el desarrollo en el sector de la salud en África.

El Programa VITA cuenta con la participación de los Ministerios de Sanidad y Consumo, de Economía y Hacienda, de Educación y Ciencia y de Industria, Comercio y Turismo; y de las siguientes Comunidades Autónomas: Generalitat de Catalunya, Xunta de Galicia, Junta de Andalucía, Gobierno de Cantabria, Región de Murcia, Gobierno de La Rioja, Generalitat Valenciana, Gobierno de Aragón, Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, Gobierno de Canarias, Junta de Extremadura, Gobierno de Navarra, Gobierno de Illes Balears, Comunidad de Madrid y Junta de Castilla-León.

Agradecimientos

Esta Guía ha sido elaborada gracias a la colaboración de todos los participantes de las Jornadas del Día Mundial de la Salud, celebradas los días 5 y 6 de abril de 2005, profesionales sanitarios y de la cooperación procedentes de Comunidades Autónomas, Ministerios, ONGD, Fundaciones, Escuelas de Salud Pública, Asociaciones de estudiantes,...Y sobre todo gracias a los ponentes y a los participantes que se desplazaron desde África: Aderemi Adenike Adeyemi¹, Alfonso Herruzo², Alphonse Mcdonalds³, Anne Karimi Njeru⁴, Cachimo Machude Mulina⁵, Carlos Mediano⁶, Casilda Velasco⁷, Chafik Chraibi⁸, Charles Nkioka⁹, Diana Sojo¹⁰, Edna Kingazi Matasha¹¹, El Hadi Lamine Dieje¹², Elisabeth P. Makaya¹³, Elsa Jacinto, José María Nehemia¹⁴, Esmat Mansour Ibrahime¹⁵, Esperanza Ferreira de Carvalho¹⁶, Essia Ben Farhat¹⁷, Fanta Sawadogo¹⁸, Guillaume Luyeye Matondo¹⁹, Isilda María Simoes²⁰, Isselmou Ould Bouckary²¹, Joseph Benie-Bi²², Juan Garay²³, Juan Sebastian Mitogo²⁴, Lucía Mazarrasa²⁵, Menna Ould Tolba²⁶, Mercedes Juarez²⁷, Nabih Gueddana²⁸, Nejmudin Kedir Balil²⁹, Nicole Mouelle Eteki³⁰ y Pascaline Sebgo³¹. Agradecemos también la coordinación logística a Damiano Sartori³², Javier Maroto³³, Beatriz Vega y Corina Mora³⁴, Ximena Sartori, Oriana Ramirez e Isabel del Castillo³⁵.

¹ Ministerio de Salud de Nigeria

² Universidad del País Vasco

³ FNUAP

⁴ Ministerio de Salud de Kenia

⁵ Ministerio de Salud de Mozambique

⁶ Federación de Asociaciones de Medicus Mundi España

⁷ Asociación Andaluza de Matronas

⁸ Universidad de Rabat, Marruecos

⁹ UNESCO

¹⁰ Médicos del Mundo

¹¹ AMREF Tanzania

¹² Fundació Barcelona Sida 2002. Senegal

¹³ Ministerio de Salud de Gabón

¹⁴ Ministerio de Salud de Mozambique

¹⁵ Ministerio de Salud de Egipto

¹⁶ Ministerio de Salud de Santo Tomé y Príncipe

¹⁷ Ministerio de Salud de Túnez

¹⁸ Médicus Mundi Andalucía. Burkina Faso

¹⁹ Ministerio de Salud de República Democrática del Congo

²⁰ Ministerio de Salud de Angola

²¹ UNICEF Niger

²² Ministerio de Salud de Costa de Marfil

²³ DG DEV. Comisión Europea

²⁴ FERS. Guinea Ecuatorial

²⁵ Escuela Nacional de Sanidad

²⁶ Ministerio de Salud de Mauritania

²⁷ Organización Mundial de la Salud (OMS)

²⁸ Office National de Population et Famille. Túnez

²⁹ Ministerio de Salud de Etiopía

³⁰ Ministerio de Salud de Camerún

³¹ Grupo de Apoyo en Salud, Comunicación y Desarrollo de Burkina Faso (GASCODE)

³² Medicus Mundi Andalucía

³³ Fundación para Cooperación y Salud Internacional Carlos III (FCSAI)

³⁴ Gabinete de Comunicación de la AECI

³⁵ Programa VITA, de Cooperación al Desarrollo en Salud para África



ÍNDICE

Introducción.....	11
1. La salud sexual y reproductiva en el marco de la Cooperación Internacional	13
1.1. La salud sexual y reproductiva en los enfoques de desarrollo.....	14
Del enfoque del bienestar al enfoque Género en Desarrollo...	14
1.2. Compromisos internacionales	18
1.3. La política española de cooperación	22
2. La situación de la salud sexual y reproductiva. El caso de África	25
3. Estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva	33
3.1. La transversalidad del enfoque de género (“gender mainstreaming”).....	36
3.2. La atención primaria de salud (APS)	41
3.3. La educación para la salud (EPS)	44
3.4. El empoderamiento de las mujeres (“empowerment”)	49
4. Líneas de actuación. Cuatro casos prácticos	53
4.1. Complicaciones en el embarazo, el parto y el post-parto.....	54
4.2. Violencia de género	61
4.2.1. La violencia intrafamiliar	62
4.2.2. La mutilación genital femenina	65
4.3. Prácticas anticonceptivas	71
4.4. ITS. El caso del sida	76

Cuadros	81
Cuadro I. La participación de los hombres en salud sexual y reproductiva	82
Cuadro II. El trabajo con jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva	83
Cuadro III. Técnicas participativas para programas de salud sexual y reproductiva	84
Anexos	87
Anexo I. Compromisos de la comunidad internacional en materia de salud sexual y reproductiva	88
Anexo II. Estados africanos representados en las Conferencias de El Cairo y Beijing	89
Anexo III. El análisis de género en salud sexual y reproductiva	91
Anexo IV. Los principales indicadores sensibles al género en salud sexual y reproductiva	93
Glosario.....	97
Siglas y acrónimos	98
Bibliografía	99
Páginas webs de interés.....	102



INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva constituye en nuestros días una de las principales áreas de intervención en materia de cooperación para el desarrollo y salud. Así se pone de manifiesto en los principales compromisos internacionales y en el Plan Director de la Cooperación Española (2005-2008).

Desde el Programa Vita, Programa de cooperación al desarrollo en salud para África, se pretende un acercamiento práctico hacia el trabajo en esta área concreta de la salud a través de la Guía que ahora se presenta¹. En ésta se ordena el conocimiento sobre esta materia y se recogen los últimos avances relativos a programas y proyectos de salud sexual y reproductiva para orientar y capacitar a todos aquellos que deben tomar decisiones y formular intervenciones sobre salud sexual y reproductiva en África.

Partiendo de la salud sexual y reproductiva, tal y como se definió en la Plataforma de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) y como ya se asume en el mencionado Plan Director, la Guía quiere ser un instrumento útil que dibuje los campos de acción prioritarios y las estrategias específicas de promoción de la salud.

Con esta finalidad, en los dos primeros capítulos se presenta las relaciones entre género y salud sexual y reproductiva; los compromisos internacionales vigentes; y la situación actual del continente africano. Los dos últimos capítulos, por su parte, exponen las cuatro principales estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva y su aplicación en cuatro casos prácticos. Concretamente, las estrategias de transversalidad del enfoque de género, de atención primaria de salud (APS), de educación para la salud (EPS) y de empoderamiento de las mujeres se aplican al trabajo sobre complicaciones en el embarazo y el parto, violencia de género, anticoncepción y VIH/sida.

Julia Espinosa Fajardo

¹ La Guía toma como punto de partida las aportaciones realizadas por las organizaciones e instituciones que participaron en las 'Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África'. Estas Jornadas fueron organizadas por el Programa Vita y tuvieron lugar durante los días 5 y 6 de abril en el Ilustre Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

A stylized female symbol (a circle with a vertical line and a cross) is rendered in a light orange color. A hand is shown holding the vertical line of the symbol. The background is a solid orange color with a horizontal band of a lighter shade of orange.

1

■ LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
EN EL MARCO DE LA COOPERACIÓN
INTERNACIONAL

1.1

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LOS ENFOQUES DE DESARROLLO.

DEL ENFOQUE DEL BIENESTAR AL ENFOQUE GÉNERO EN DESARROLLO

Los diferentes patrones de salud de hombres y mujeres no se relacionan exclusivamente con sus diferencias biológicas, sino que en gran medida se encuentran ligados con la posición social desigual de hombres y de mujeres y la falta de derechos de éstas últimas. A pesar de que las mujeres tienen una esperanza de vida mayor que los hombres en casi todos los países del mundo, sus condiciones de vida y salud son peores en términos generales. Estos hechos se manifiestan con claridad en materia de reproducción y sexualidad.

Por otra parte, los problemas de salud relativos a reproducción y sexualidad suelen asociarse exclusivamente con las mujeres y en muchas ocasiones intentan explicarse aludiendo a sus características biológicas. Sin embargo, el trabajo en esta materia precisa de la atención a ambos sexos y del reconocimiento del componente social y cultural de la salud.

El concepto de “**salud sexual y reproductiva**” recoge este componente social y cultural de la salud haciendo hincapié en los derechos sexuales y reproductivos e, igualmente, subraya la importancia de trabajar tanto con hombres como con mujeres.

Como profundizamos en el punto siguiente, este concepto, fruto del movimiento feminista de los años 70 y 80 que reivindica con fuerza los derechos sexuales, no queda consolidado internacionalmente hasta la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994). Hasta estas fechas tampoco se incorpora dentro de los enfoques de desarrollo. Concretamente, es el enfoque Género en el Desarrollo (GED) el que incorpora verdaderamente el concepto de “salud sexual y reproductiva”. Revisemos, no obstante, las principales características del enfoque del bienestar, el enfoque Mujeres en el Desarrollo (MED) y el enfoque Género en el Desarrollo (GED) y cómo cada uno concibe los temas relacionados con reproducción y sexualidad.

Por una parte, el **enfoque del bienestar** con origen en los primeros decenios para el desarrollo de Naciones Unidas habla de salud materno-infantil y no de salud sexual y reproductiva. Las mujeres son consideradas como receptoras pasivas de los procesos de desarrollo cuyo rol fundamental en la sociedad es el de madres y cuidadoras. No existe un análisis sobre las condiciones de salud de las mujeres relativas a reproducción y sexualidad más allá de las relacionadas con sus características biológicas y la estrategia de acción se centra en el trabajo reproductivo de las mujeres.

En la década de los setenta toma fuerza el **enfoque Mujeres en el Desarrollo (MED)**. Dentro de éste se desarrollan, durante ésta década y la siguiente, tres estrategias diferentes: la estrategia de la equidad, la estrategia anti-pobreza y la estrategia de la eficiencia. Cada una de ellas presenta matices a considerar. La estrategia de la equidad persigue

lograr mayor igualdad entre hombres y mujeres; la estrategia anti-pobreza asegurar que las mujeres más pobres incrementen su productividad como mecanismo de impulsar el desarrollo; y la estrategia de la eficiencia favorecer un desarrollo más eficiente y más efectivo con la incorporación de la mujer como sujeto económico activo (Moser, 1995).

En términos generales, el enfoque (MED) hace hincapié en la importancia de las mujeres como contribuyentes activas al desarrollo, entendido como crecimiento económico, y considera que la incorporación de la mujer al sector productivo traerá consigo la igualdad entre los sexos. De este modo, el enfoque se centra “en analizar a las mujeres, sus roles y actividades de modo altamente diferenciado, si no opuesto, a los hombres” (Cirujano Campano, 2004).

Concretamente, en materia de reproducción y sexualidad, las mujeres siguen siendo consideradas de forma aislada. Las líneas de acción se dirigen hacia la visualización de los problemas sanitarios de las mujeres así como la implementación de políticas y programas de salud dirigidos concretamente a ellas. La capacidad de embarazarse de las mujeres y su rol reproductivo recibe especial atención comprendiéndolos sin tener presente el papel de los hombres en todo este proceso. El crecimiento económico pasa por una atención específica a la salud de las mujeres que haga hincapié en sus problemas específicos y diferenciales. Para ello, se consideran necesarias la definición y la defensa de los “derechos de las mujeres” que desde el enfoque del bienestar eran igualados a los derechos de la familia.

Por su parte, el **enfoque de Género en el Desarrollo (GED)**, impulsado durante los ochenta, se consolida internacionalmente en la Conferencia de Beijing (1995) como enfoque de trabajo en materia de desarrollo e igualdad entre hombres y mujeres. El enfoque GED supone un giro radical y la asunción del concepto de “salud sexual y reproductiva”. La gran aportación de este enfoque es la del concepto de género que “hace referencia a los roles, responsabilidades y oportunidades asignados al hecho de ser hombre y ser mujer y a las relaciones socioculturales entre mujeres y hombres y niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones están socialmente construidos y se aprenden a través del proceso de socialización. Son aspectos específicos de cada cultura y cambian a lo largo del tiempo, entre otras razones, como resultado de la acción política” (AECI, 2004: 15).

La desigualdad entre hombres y mujeres, que se manifiesta en el papel subordinado de la mujer en la sociedad, explica los malos indicadores de salud existentes en relación con la reproducción y la sexualidad de la mujer.

Por otra parte, los temas de reproducción y sexualidad no son sólo una cuestión de mujeres. El papel de los hombres en este área, en cuanto a su disposición y ejercicio de sus responsabilidades, es fundamental para llegar a relaciones de igualdad que posibiliten un goce equitativo del derecho a la salud. A pesar de que las mujeres son las que sufren de una manera desigual las carencias y la exclusión de los recursos sociales, económicos y políticos, las estrategias para lograr cambios sostenibles deben tener en cuenta a los hombres, potenciado su

responsabilidad y revisando las relaciones de poder existentes entre ambos sexos. Se reivindican los “derechos sexuales y reproductivos” de hombres y mujeres.

La estrategia de acción del GED, por tanto, opta por involucrar a ambos géneros y considerar sus relaciones desiguales para diseñar e implementar las políticas y programas.

En general, los tres enfoques presentados se han venido utilizando a lo largo de las últimas décadas si bien ha predominado uno u otro en función del concepto de desarrollo vigente. Actualmente, el enfoque GED responde mejor a la comprensión del desarrollo centrado en las personas y, como hemos indicado, es el único que integra el concepto de “salud sexual y reproductiva”.

Tabla 1. Enfoques de desarrollo y su concepción de la salud en materia de reproducción y sexualidad.

Enfoques	Concepción de la salud en materia de reproducción y sexualidad	Estrategia de acción
Enfoque del bienestar 1950-1970.	El término usado es el de salud materno-infantil.	El trabajo se dirige a las mujeres como madres y cuidadoras.
Enfoque Mujeres en el Desarrollo (MED) De 1970 en adelante.	Se incorpora la dimensión de la salud sexual junto a la reproductiva. Sin embargo, se ligan exclusivamente a salud y derechos de las mujeres.	Se centra en el rol reproductivo de las mujeres como bien económico. Se distinguen tres estrategias: <ul style="list-style-type: none"> > Estrategia de la equidad. > Estrategia anti-pobreza. > Estrategia de la eficiencia.
Enfoque Género en el Desarrollo (GED) Desde mediados de los 80.	La salud sexual y reproductiva se relaciona con las desigualdades de género existentes. Se asume el concepto tal y como se definió en la Conferencia de El Cairo.	Se dirige a la implicación de hombres y mujeres en las políticas y programas a través de dos estrategias: <ul style="list-style-type: none"> > Transversalidad (mainstreaming de género). > Empoderamiento (“empowerment”).

Fuente: Elaboración propia.



Para saber más

- > AECI (2004) Guía práctica para la integración de la igualdad entre mujeres y hombres en los proyectos de la Cooperación Española. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores.
- > ANTO LÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII –ENS y FNUAP.
- > CIRUJANO CAMPANO, P. (2004) La igualdad de género en el ámbito de la Cooperación Internacional para el Desarrollo. El caso español. Madrid. UNED (tesis inédita).
- > DE LA CRUZ, Carmen (1998) Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo. Vitoria. Emakunde y Secretaría General de Acción Exterior, Dirección de Cooperación al Desarrollo. Disponible en <http://www.emakunde.es>
- > LÓPEZ MÉNDEZ, Irene y SIERRA LEGUINA, Beatriz (2001) Integrando el análisis de género en el desarrollo. Madrid. IUUC.
- > MARCH, C.; SMYTH, I.; MUKHOPADHYAY, M. (1999) A Guide to Gender Analysis Frameworks. Oxford. Oxfam.
- > MOSER, C. (1995) Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica y capacitación. Lima, Perú. Flora Tristán Ediciones.
- > SOJO, D., SIERRA, B. y LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible en: www.medicosdelmundo.org



Recuerda

- > Las diferencias en los patrones de salud de hombres y mujeres no se explican sólo por sus diferencias biológicas sino que es preciso considerar las desigualdades sociales, políticas, económicas, y culturales existentes entre ambos sexos.
- > En cuanto a los enfoques de desarrollo, el **enfoque del bienestar** se centra en la salud de la mujer como madre vinculándola estrechamente a la salud de los hijos y las hijas.
- > Es necesario trabajar en materia de reproducción y sexualidad tanto con mujeres como con hombres.
- > El enfoque **Mujeres en el Desarrollo (MED)**, si bien incorpora la dimensión de la salud sexual, centra su trabajo en las mujeres de modo exclusivo.
- > El concepto de “**salud sexual y reproductiva**”, asumido internacionalmente desde la Conferencia de El Cairo (1994), recoge el componente social de la salud, poniendo énfasis en el ejercicio de derechos sexuales y reproductivos, e impulsa el trabajo con ambos sexos.
- > El enfoque **Género en el Desarrollo (GED)** es el único que integra el concepto de “salud sexual y reproductiva”. Subraya la importancia de trabajar con mujeres y hombres para disminuir las desigualdades en los patrones de salud de ambos sexos que se asocian tanto a cuestiones biológicas como sociales, culturales, económicas y políticas.

1.2 COMPROMISOS INTERNACIONALES

Desde mediados del siglo XX la salud es reconocida como uno de los derechos fundamentales del ser humano y condición clave para una vida digna dentro de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (1948). También en la Declaración se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil y en su artículo 25.2 se señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

Por su parte, la **Constitución de la Organización Mundial de la Salud** (1948) incluye entre las funciones de la organización “promover la salud y la asistencia materna e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente” (Artículo 2.1).

En relación con la atención a la maternidad, la **Organización Internacional del Trabajo** aprueba en 1952 el “Convenio relativo a la protección de la maternidad” que es ratificado por España y algunos países africanos².

Casi tres décadas después, la **Conferencia de Alma Ata** (1978) enfatizó la relación vital que existe entre salud y desarrollo y comprometió a las naciones y organismos participantes a trabajar bajo el planteamiento integral de Atención primaria de salud (APS) para alcanzar la “Salud para todos en el año

2000”. Este planteamiento integral recoge entre sus mínimos “la asistencia materna e infantil, incluyendo la planificación familiar” como trabajo en el área de la salud materna e infantil (Declaración de Alma Ata, VII.C).

Un año después, en 1979, la **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer** (CEDAW), fruto del trabajo de años realizado por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, recoge una posición similar en su artículo 10 en el que impulsa el “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”.

Sin embargo, no es hasta la **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas** (El Cairo, 1994) cuando se pone el acento definitivo en el concepto de salud sexual y reproductiva y en la importancia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

El término usado ya no es el de salud materna e infantil sino que se opta por trabajar con el concepto de salud sexual y reproductiva. Se entiende que al concepto de salud materna, relacionado exclusivamente con la mortalidad y morbilidad materna, debe incorporarse el reconocimiento de que las muertes y enfermedades maternas son violaciones de los derechos de las mujeres y se vinculan directamente con su estatus social, su independencia económica, su posición política y, en definitiva, con la falta de igualdad entre hombres y mujeres.

² Este convenio (C103) es revisado en el año 2000 con un nuevo convenio (C183). El convenio de 1952 fue firmado por Ghana, Guinea Ecuatorial y Jamahiriya Árabe Libia.

El concepto de **salud reproductiva** queda definido, en estos momentos, como “un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia” (FNUAP, 2004). Desde esta visión, el término salud reproductiva presenta una concepción holística de la salud en relación con la sexualidad y la reproducción.

Mínimos de la Salud Reproductiva
> Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
> Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
> Cuidados de salud para los y las recién nacidas.
> Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
> Información y tratamiento para las infecciones, incluidas las infecciones de transmisión sexual.
> Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
> Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
> Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable. Especial énfasis en la población juvenil
> Participación de la mujer en la dirección, planificación, toma de decisiones, etc. en los servicios de salud sexual y reproductiva.
> Servicios de educación y atención en materia de violencia de género

Fuente: Elaboración propia a partir de Médicos del Mundo (1999).

Por otro lado, se establece como objetivo de la **salud sexual** “el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual” (FNUAP, 2004).

La Conferencia de El Cairo enfatiza la importancia de la salud sexual y reproductiva así como de los derechos sexuales y reproductivos como punto clave en la lucha contra la pobreza. Lejos de un paradigma centrado en el crecimiento demográfico y la planificación familiar, El Cairo propone un paradigma basado en los derechos en el que el bienestar de las personas es la clave. La salud sexual y reproductiva es entendida como un derecho humano más dentro del derecho general a la salud. Se trata tanto de mejorar la salud como de promover el reconocimiento de los derechos de hombres y mujeres bajo un paradigma de igualdad. Si bien se refieren también a la salud materna, lo hacen con una visión más amplia de la sexualidad y la reproducción.

En la misma línea, un año más tarde, la “Plataforma para la Acción” adoptada en la **IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas** (1995, Beijing) insiste en que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia” y reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”.

Mínimos en Derechos Sexuales y Reproductivos	
Derechos Reproductivos	Derechos Sexuales
<ul style="list-style-type: none"> > Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos e hijas. > Tener la información, educación y medios para ello. > Tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia. > Tener acceso a servicios de atención primaria de calidad. > Contar con medidas de protección a la maternidad. 	<ul style="list-style-type: none"> > Decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad. > El derecho a ejercer la sexualidad sin riesgos, libre de discriminación, coerción o violencia relativas a la sexualidad. > El derecho al placer físico y emocional. > El derecho a la libre orientación sexual. > El derecho a la información sobre la sexualidad. > Todo ello en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo, compartiendo responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias. > El derecho a tener acceso a servicios sanitarios.

Fuente: Elaboración propia a partir de Médicos del Mundo (1999).

Por otra parte, en 1996 la **Unión Europea** y todos sus estados miembros adoptan formalmente el “Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo”. A partir de este momento, la política de la Unión en salud sexual y reproductiva se enmarca en los principios de El Cairo como pone de manifiesto el “Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo” (2003). La Unión promueve “un enfoque holístico y el reconocimiento de la salud y de los derechos en materia de reproducción y sexualidad, (...) incluida una maternidad exenta de riesgos y el acceso universal a una gama completa de cuidados y servicios seguros y fiables en materia de salud reproductiva y sexual” (Artículo 1.2).

El **Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD)**, de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico, continúa con la línea abierta por El Cairo. Así, entiende que “la salud sexual y reproductiva es un componente esencial del bienestar humano” y propone el desarrollo de políticas que reconozcan las relaciones existentes entre la igualdad y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos (CAD, 1998).

Por su parte, los **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**, acordados en la **Cumbre del Milenio** por la ONU (2000), recogen en dos de sus objetivos aspectos fundamentales para la mejora de la salud reproductiva a nivel global: la reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres. En esta dirección, según los últimos informes al respecto, se obser-

va que los indicadores de ambos objetivos retroceden.

Pero, ¿qué ha ocurrido en los últimos años? ¿Cuáles son las **actuales perspectivas en materia de salud sexual y reproductiva**? Desde El Cairo el consenso global alcanzado sobre salud y derechos sexuales y reproductivos vive momentos difíciles puesto que el cumplimiento de los compromisos no sigue el ritmo deseado.

Las conferencias **El Cairo +5** (1999) y **El Cairo +10** (2004), aunque supusieron una revisión y nueva ratificación sobre los compromisos alcanzados en 1994, han dejado al descubierto los riesgos a los que está enfrentada la agenda contemporánea en materia de salud sexual y reproductiva.

En la misma dirección, la conferencia de **Beijing + 10** (2005) concluyó que la falta de derechos en materia de salud sexual y reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres en todas partes del

mundo y la cada vez mayor incidencia de VIH/Sida entre las mujeres reflejan que “en muchos aspectos la igualdad no es una realidad para la mujer”³ y que queda aún mucho camino por recorrer.

En líneas generales, pese a todas estas dificultades los compromisos de El Cairo y Beijing se han vuelto a ratificar y es el momento de que se cumplan estos compromisos asumidos por casi todos los países del mundo, entre ellos España y gran número de países africanos⁴.

³ Declaración durante la Conferencia de Beijing +10 de Carolyn Hannan, Directora de la División para el Adelanto de la Mujer (ONU).

⁴ Los Estados africanos que estuvieron representados en las Conferencias de El Cairo y Beijing aparecen recogidos en el Anexo II.

Recuerda

- Desde la Conferencia de El Cairo (1994), se trabaja con el concepto de **salud sexual y reproductiva** que pone especial énfasis en el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos por parte de las mujeres y hombres.
- El concepto de salud sexual y reproductiva, a diferencia del de salud materno-infantil, introduce una **visión holística** sobre la salud en relación con la reproducción y la sexualidad.
- Trabajar salud sexual y reproductiva implica impulsar los mínimos de salud reproductiva y los mínimos de derechos sexuales y derechos reproductivos promoviendo la igualdad entre hombres y mujeres.



Para saber más

- > CAD (1998) Directrices y guía de conceptos del CAD sobre la igualdad entre mujeres y hombres. Madrid. SECIPI-Ministerio de Asuntos Exteriores.
- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2002) "Los obstáculos que afronta el Plan de Acción de El Cairo". Disponible en <http://www.fpf.org/>
- > FNUAP (2004) Estado de la población mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en <http://www.unfpa.org/>
- > MÉDICOS DEL MUNDO (1999) Primer Taller sobre Género, Salud Reproductiva y Cooperación. Madrid. MÉDICOS DEL MUNDO.
- > SOJO, D., SIERRA, B. y LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible en <http://www.medicosdelmundo.org>
- > Reglamento (CE) N° 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.
- > WAISMAN, V. (2000) Derechos reproductivos 2000: Hacia adelante. Centro Legal de Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Disponible en <http://www.crlp.org>
- > Beijing + 10 <http://www.un.org/spanish/events/beijing10/>
- > FNUAP <http://www.FNUAP.org/>
- > OMS <http://www.who.int/es/index.html>
- > Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>

1.3

LA POLÍTICA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN

“Los españoles son iguales ante la ley, sin que pueda prevalecer discriminación alguna por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión o cualquier otra condición o circunstancia personal o social”

Artículo 14, Constitución Española

La declaración de no discriminación por razón de sexo, presente en la Constitución Española, supone el primer referente de

la orientación del Estado Español hacia la igualdad. Dentro de la cooperación española, esta orientación se evidencia en la defensa de la igualdad entre hombres y mujeres como principio articulador y en la integración social de la mujer como prioridad sectorial (Ley de Cooperación Internacional 23/1998).

En materia de salud sexual y reproductiva, esta orientación hacia la igualdad de género se manifiesta en el **Plan Director de la Cooperación Española (2005-2008)** desde donde se reconoce entre las líneas estratégicas y actuaciones prioritarias “la mejora de la salud sexual y reproductiva y la reducción de la mortalidad materna”.

Concretamente, la política española de cooperación sigue las líneas marcadas por la Conferencia de El Cairo al tiempo que se acoge a los Objetivos de Desarrollo del Milenio de Naciones Unidas.

Por una parte, de acuerdo con los compromisos alcanzados en El Cairo, reconoce como guía de sus políticas el “respeto y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres (...) contemplando todo el ciclo de vida sexual de las personas.”

Por otra, en relación con el objetivo 5 de los ODM, establece las siguientes actuaciones prioritarias en relación con la salud materna:

- Mejora de la atención ginecológica de las mujeres, reconociendo sus necesidades sanitarias a lo largo del ciclo de su vida.
- Educación sexual y campañas de información y sensibilización, tanto para mujeres como para hombres, sobre planificación familiar, facilitando información y acceso a métodos de planificación.
- Actividades para promover la participación y co-responsabilidad de los hombres en la salud sexual y reproductiva, paternidad, planificación familiar, salud prenatal, materna e infantil, prevención de infecciones de transmisión sexual y educación.
- Servicios de control pre-natal y atención neonatal y post-natal.
- Atención básica a las madres por personal cualificado y acceso a estructuras sanitarias con alto nivel resolutivo.

- Mejora de la accesibilidad de las instalaciones sanitarias para las mujeres.

- Atención ginecológica para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual y otras complicaciones derivadas del embarazo.

- Apoyo a los Programas de lucha contra la Mutilación Genital Femenina.

En cuanto al **Programa VITA**, Programa de Cooperación al Desarrollo en Salud para África, consolidado en el nuevo Plan Director de la Cooperación Española, y en sintonía con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, recoge la necesidad de trabajar para reducir la mortalidad materna. Una de sus cuatro líneas prioritarias es Salud materno-infantil, orientándose hacia:

- Promoción de la atención sanitaria durante el embarazo y el parto.
- Aumento de la capacitación de las parteras tradicionales y personal sanitario.
- Desarrollo de la prevención y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.
- Incentivo del buen uso de los servicios de salud y planificación familiar.

Asimismo, y en concordancia con el nuevo Plan Director, el Programa VITA continuará su labor de coordinación de los proyectos de Salud Sexual y Reproductiva de la Cooperación Española en África, promoviendo la formación de profesionales sanitarios y de la cooperación y en la difusión de buenas prácticas a la hora de trabajar en este sector, complementando otras acciones de Organismos Internacionales, como UNIFEM y FNUAP.



Recuerda

- > Los **compromisos de El Cairo** y los **Objetivos de Desarrollo del Milenio** constituyen el eje de la política de cooperación española en salud sexual y reproductiva.



Para saber más

- > Programa Vita y a Plan Director disponibles en la página de la AECI: <http://www.aeci.es/vita>

2.

LA SITUACIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. EL CASO DE ÁFRICA

Tal y como ponen en evidencia los compromisos internacionales y a pesar de lo mucho que queda por avanzar, la salud sexual y reproductiva sigue constituyendo un eje fundamental en la lucha contra la pobreza. Entre los principales problemas en materia de salud sexual y reproductiva se encuentran:

- **La mortalidad y morbilidad materna.**
- **La violencia de género.**
- **Las infecciones de transmisión sexual. El VIH/Sida.**

La mortalidad y morbilidad materna

Las complicaciones obstétricas son la principal causa de muerte entre las mujeres en edad fértil en los países en desarrollo y supone un 18% de la carga de enfermedad global. Además, a pesar del progreso económico en algunos países, la mortalidad materna se ha mantenido desde hace diez años en los mismos niveles (FNUAP, 2004).

Así, aunque la medición de la **mortalidad materna** es compleja y no muestra totalmente la magnitud del problema, los datos más recientes señalan que, en el año 2000, 529.000 mujeres fallecieron durante el embarazo o en el plazo de 42 días tras el parto por cualquier causa derivada o agravada con el embarazo. Cada minuto, muere una mujer por complicaciones durante el embarazo, el parto y el post-parto, lo que significa que 1400 madres mueren al día y más de medio millón mueren todos los años.

El mayor número de estas muertes se encuentra dividido de manera similar entre Asia (253.000) y África (251.000) ocurriendo

sólo el 4% y el 1% de éstas, respectivamente, en América Latina y El Caribe y en los países desarrollados.

Si se considera la tasa de mortalidad materna, recogida en los Informes de Desarrollo Humano del PNUD para gran cantidad de países, a nivel mundial ésta era en el 2000 de 400 fallecimientos por cada 100.000 nacidos vivos. Esta tasa revela también cómo a pesar de que en Asia y África haya un número similar de fallecimientos por causas asociadas con el embarazo, es el continente africano quien experimenta en mayor medida la mortalidad materna. Mientras que en Asia la ratio es de 330, en África asciende a 830 (OMS y otros, 2004).

Ambos datos sobre mortalidad materna ponen de manifiesto que existe una tendencia desde mediados de los noventa al año 2000 a mantenerse en cifras similares viéndose raramente variado el número de fallecidas por causas relacionadas con el embarazo, el parto y el post-parto.

Por otra parte, considerando la proporción de partos asistidos por personal cualificado como un indicador indirecto de la mortalidad materna, entre 1995 y 2002 el porcentaje de partos asistidos en el mundo se situó en el 58%. África Subsahariana sólo alcanza a asistir al 42% de los partos (PNUD, 2004).

Las **causas de la mortalidad materna** son constantes en todo el mundo y se vinculan a la feminización de la pobreza y el valor secundario otorgado socialmente a las mujeres. Alrededor del 80% se deben directamente a complicaciones obstétricas: hemorragias, sepsis, complicaciones

en el aborto, pre-eclampsia y eclampsia y partos obstruidos. El otro 20% tiene causas indirectas, generalmente relacionadas con la anemia, la malaria, la hepatitis y el aumento del sida. (FNUAP, 2004) No obstante, existe una amplia distancia entre los datos de mortalidad materna según la región del mundo donde nos encontremos. En este sentido, la posibilidad de acceso a servicios sanitarios atendidos por personal cualificado hace que las mujeres raramente fallezcan a causa de complicaciones en el embarazo, en el parto o en el post-parto.

El coste de estos servicios y tratamientos es, según la OCDE, de 3 dólares por persona y año en los países de bajos ingresos. Ejemplos del bajo coste de una buena salud materna son China, Cuba y Sri Lanka que, a pesar de sus bajos ingresos, "han reducido la mortalidad materna mediante medidas destinadas a dar mayor acceso a la atención primaria de salud, reforzar los sistemas de salud y mejorar la calidad de la atención en salud" (FMI y otros, 2000:15).

El **aborto inseguro** es otra de las causas de la mortalidad materna y constituye un problema de salud pública. Según los compromisos alcanzados en El Cairo, las mujeres han de contar con el acceso a servicios de calidad para el tratamiento de las complicaciones durante el aborto aunque éste no debe usarse en ningún caso como método anticonceptivo.

La medición de interrupciones del embarazo es compleja por el carácter ilegal de esta práctica en numerosos países. Esto provoca que exista un infraregistro del número de abortos especialmente de aquellos que se realizan fuera de la legalidad.

Según el FNUAP, anualmente se producen 45 millones de abortos de los cuales 19 son realizados por personal no cualificado y en condiciones no higiénicas. Alrededor de 70.000 mujeres mueren al año como resultado de prácticas inseguras de abortos, lo cual representa el 13% de las muertes relacionadas con el embarazo, el parto y el post-parto.

El aborto puede deberse a embarazos no deseados, complicaciones en el embarazo, el escaso espacio de tiempo entre embarazos, la posible transmisión de ITS incluido el VIH/Sida, embarazos peligrosos en mujeres demasiados jóvenes o mayores.

Por otra parte, todos estos factores que redundan en la mortalidad de las madres hacen que **las enfermedades y lesiones durante el embarazo y el parto** sean la segunda causa, por orden de importancia después del VIH/Sida, de años perdidos de vida saludable entre las mujeres en edad fértil en los países en desarrollo; esto representa casi 31 millones de "años de vida ajustados por la discapacidad (AVAD)"⁵ que se pierden cada año (FNUAP, 2004).

Igualmente, el riesgo de enfermedad o muerte materna contribuye a un aumento de la **mortalidad neonatal e infantil**. La mortalidad de los niños puede derivar de una salud materna pobre y de un inadecuado cuidado durante el embarazo, el parto y

⁵ Un AVAD se define como "un año de vida sana perdido" y se calcula como "la suma de los años de vida perdidos por mortalidad prematura (APP) en la población y los años perdidos por discapacidad (APD) como consecuencia de los casos incidentes de ese problema de salud" (OMS, 2004).



el período inmediatamente posterior al parto. Las infecciones, la asfixia y los daños en el niño durante el parto explican la mayor parte de la mortalidad neonatal; los nacimientos con bajo peso, las complicaciones y las malformaciones congénitas también contribuyen.

A escala mundial la mortalidad infantil ha venido disminuyendo en las últimas tres décadas. Según datos del PNUD, mientras que en 1970 la mortalidad infantil era de 96 fallecimientos por cada mil nacimientos, en el año 2002 ésta se redujo a 56. Si bien este descenso de la mortalidad infantil ha sido general en todo el planeta, la intensidad del mismo ha sido diferente según la región. En este sentido, las regiones que han experimentado una mayor reducción en la mortalidad infantil han sido Europa, América y el Sudeste asiático. Entre los más rezagados se encuentran África y el Mediterráneo oriental.

En cuanto al continente africano, aunque presenta los datos más duros de mortalidad y morbilidad materna, éstos varían según la región. El continente refleja a este respecto una doble realidad. “El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto y sus complicaciones en África es de 1 por cada 19 casos, en Asia de 1/132, en Latinoamérica de 1/188 y en los países más desarrollados sólo de 1/2976” (Mazarrasa y Montero, 2004: 215) Ahora bien, en el continente africano los datos difieren en gran medida si nos centramos en el Norte de África o si consideramos el África al Sur del Sáhara. La distancia entre ambas regiones de África en su desarrollo económico y social se plasma en unos indicadores diferenciadores en el ámbito de la mortalidad.

El Norte de África, ubicado por el PNUD dentro de los Estados Árabes, presenta unos indicadores de mortalidad materna muy por debajo de los de África Subsahariana. Así, en el año 2000, 4.600 mujeres en el Norte de África y 247.000 en África Subsahariana fallecieron a causa del embarazo o el parto. La ratio de mortalidad materna en los países del Norte de África era de 130 fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos; en los países subsaharianos esta ratio subía hasta 920 fallecidas (OMS y otros, 2004).

Mientras que en Túnez, en el año 2000, la tasa de mortalidad materna era de 120 fallecidas por cada cien mil nacidos vivos y en Marruecos de 220, en países subsaharianos como Ghana y Burkina Faso se alzaban las 540 y 1000 fallecidas respectivamente (PNUD, 2004).

Estos datos se relacionan, entre otros aspectos, con un bajo porcentaje de asistencia en el parto por parte de personal cualificado. Entre 1995 y 2002 este porcentaje se situó en el Norte de África en el 67% y en África Subsahariana en el 42% (PNUD, 2004).

En cuanto al aborto, en muchos países se destinan un gran porcentaje de camas hospitalarias para la atención a mujeres que requieren un tratamiento de emergencia post-aborto. En África Subsahariana el 50% de los ingresos hospitalarios en ginecología se relacionan con complicaciones en el aborto (FNUAP, 2004).

Los datos de mortalidad infantil dibujan de igual modo una división entre el Norte y el Sur del continente. En el Norte de África se ha observado desde los años setenta un importante descenso de la mortalidad

infantil reduciéndose en casi un 65% al pasar de 128 a 48 fallecidos por cada mil nacimientos. En África Subsahariana, sin embargo, la reducción ha sido sólo de un 21% descendiendo, de 139 a 108 fallecidos, y se observa un retroceso en la última década por la incidencia del VIH/Sida. Según la OMS, en el África Subsahariana, el VIH/Sida fue la causa principal de aproximadamente el 8% de las defunciones de los menores de cinco años durante el 2001 (OMS, 2004).

La violencia de género

La violencia de género, por otra parte, influye en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. La violencia de género se apoya en un orden social constituido en base a la desigualdad entre hombres y mujeres y es una práctica social con consecuencias trágicas para la vida sexual y reproductiva de las mujeres (Mazarrasa, 2005).

Violencia de género:

“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada.”

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres, Naciones Unidas.

La violencia puede ser la causa de un embarazo no deseado, el castigo por quedar

embarazada, el origen de disfunciones sexuales y abortos espontáneos, entre otras cuestiones. Entre las manifestaciones más claras de la violencia hacia las mujeres y las niñas se encuentran la violencia sexual, el tráfico sexual, la preferencia por los hijos varones, la discriminación o trato descuidado de las hijas, el matrimonio precoz, el levirato⁶, el aborto del feto femenino y el infanticidio femenino. Por su parte, la **mutación genital femenina (MGF)**, consistente en la extirpación parcial o total de los órganos genitales femeninos, es posiblemente una de las violaciones sistemáticas más extendidas de los derechos humanos de mujeres y niñas.

En el mundo, entre 130 millones de niñas y mujeres han sido mutiladas genitualmente y dos millones más se añaden a esta cifra cada año (OMS, 2000). Practicada en más de 28 países africanos, Egipto, Etiopía, Kenia, Nigeria, Somalia y Sudán representan el 75 por ciento de todos los casos. En Djibuti y en Somalia, el 98 por ciento de las niñas sufren mutilaciones de algún tipo. En el caso de Kenia, un estudio realizado en 1998 mostraba que el 38 por ciento de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad la habían sufrido (OMS, 2000).

⁶ Institución de la ley mosaica que obliga a la mujer que queda viuda a contraer matrimonio con el hermano de su esposo.

Las infecciones de transmisión sexual. El VIH/Sida.

En todo el mundo se producen alrededor de 340 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS) cada año, incluyendo sífilis, gonorrea, chlamydia y tricomoniasis, entre la población de 15 a 49 años. Aunque la mayor parte de ellas cuentan con tratamiento, la falta de acceso a los servicios sanitarios adecuados dificulta su diagnóstico y seguimiento. Entre 60 y 80 millones de personas padecen infertilidad a raíz de la ausencia de tratamiento ante una ITS.

Por otra parte, en las mujeres el riesgo de contraer ITS es mayor que en los hombres y la posibilidad de detección mucho menor. Mientras que sólo el 10% de los hombres no presentan síntomas cuando padecen una ITS, este porcentaje alcanza el 70% en el caso de las mujeres. La falta de un diagnóstico y tratamiento en mujeres embarazadas aumenta el riesgo de transmisión al feto y aumenta el riesgo de un parto prematuro, un nacimiento con bajo peso o la ceguera en el neonato.

Entre las ITS destaca la pandemia del sida. Si bien puede transmitirse por otras vías, de los cinco millones de casos nuevos de infectados de VIH al año en torno al 75% de los casos se producen por relaciones sexuales de riesgo. Se trata por tanto de una enfermedad en clara relación con la salud sexual y reproductiva (FNUAP, 2004). Según datos de ONUSIDA, en el 2004 vivían con VIH 39,4 millones de personas y la epidemia está afectando a un número cada vez mayor de mujeres y niñas. En todo el

mundo, algo menos de la mitad de todas las personas que viven con el VIH son mujeres. Las mujeres y las niñas representan una proporción al alza de las personas que viven con el VIH, en comparación con las cifras correspondientes a cinco años antes (ONUSIDA, 2004). Esto no solamente pone en peligro la salud de la mujer, sino que aumenta el riesgo de transmisión del VIH de la madre al niño.

Por otro lado, la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la infección por el VIH no se debe simplemente a la carencia de información, sino también a la feminización de la pobreza y a la falta de emancipación generalizada de las mujeres. La mayor parte de las mujeres de todo el mundo se infectan por el VIH por no disponer de métodos de protección y como consecuencia del comportamiento de alto riesgo de su pareja, sobre el cual tienen poco o ningún control. La situación apremiante de las mujeres y las niñas frente al sida destaca la necesidad de poner en práctica estrategias que aborden la interacción entre sida y desigualdad en función del género así como estrategias que combatan la fuerte estigmatización que sufren las mujeres infectadas.

África Subsahariana sigue siendo con mucho la región más afectada, con 25,4 millones de personas viviendo con el VIH. Algo menos de las dos terceras partes (64%) de todas las personas que viven con el VIH corresponden a África Subsahariana, así como más de las tres cuartas partes (76%) de todas las mujeres que viven con el VIH. Por su parte, en **África del Norte** el número de personas afectadas por la epidemia del VIH se encuentra alrededor de 540.000 (ONUSIDA, 2004).



Recuerda

- > La **salud sexual y reproductiva** es un eje de trabajo fundamental en la lucha contra la pobreza.
- > Las **complicaciones durante el embarazo, el parto y el post-parto** constituyen la principal causa de muerte y la segunda causa de pérdida de años de vida saludable, tras el VIH/Sida, de las mujeres en edad fértil. Sus causas son constantes y se asocian a la feminización de la pobreza y al valor secundario otorgado socialmente a las mujeres.
- > La **violencia de género**, con base en la desigualdad existente entre hombres y mujeres, afecta directamente a la salud sexual y reproductiva.
- > El riesgo de padecer una **infección de transmisión sexual** (ITS), entre ellas el VIH/Sida, es mayor en mujeres que en hombres. La infección se explica en gran medida por prácticas sexuales de riesgo sobre las cuales las mujeres tienen poco poder de decisión.



Para saber más

- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2004) "Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva". Disponible en <http://www.fpfe.org/>
- > FMI, OCDE, ONU y BM (2000) Un mundo mejor para todos. Consecución de los objetivos de desarrollo internacional. Madrid. FMI, OCDE, ONU y BM.
- > FNUAP (2004) Estado de la población mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en <http://www.unfpa.org/>
- > MAZARRASA ALVEAR, L. (2005) "Violencia de género: Un problema de salud pública". Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad.
- > MAZARRASA ALVEAR, L. y MONTERO COROMINAS, M.J. (2004) "La cooperación internacional española en el ámbito de la salud" en Gaceta Sanitaria, vol. 18. Madrid. SESPAS.
- > OMS (2004) Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia. Disponible en <http://www.who.int/en/>
- > OMS, (2000) "Female Genital Mutilation", en <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html>
- > ONUSIDA (2004) Situación de la pandemia del sida. Madrid. Disponible en <http://www.unaids.org>
- > PNUD(2004) Informe sobre Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. Disponible en <http://www.undp.org/>
- > WHO, UNICEF and UNFPA (2003) Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Disponible en <http://www.who.int>
- > FNUAP <http://www.FNUAP.org/>
- > OMS <http://www.who.int/en/>
- > ONUSIDA <http://www.unaids.org>
- > PNUD <http://www.undp.org/>

A large, stylized graphic of a female symbol (a circle with a vertical line and a cross) is positioned in the background. The symbol is rendered in a light orange color and is partially obscured by a horizontal band of a slightly darker orange shade. The number '3' is placed over the lower part of the symbol.

3

ESTRATEGIAS DE PROMOCIÓN
DE LA SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA

La promoción de la salud sexual y reproductiva constituye, como hemos visto, una cuestión fundamental para la mejora de la salud integral de las personas y, especialmente, de las mujeres. Las limitaciones para su promoción, sin embargo, son numerosas y de diferente tipo dependiendo de los rasgos socioeconómicos y culturales de cada país. Entre las principales limitaciones destacan la invisibilidad de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus causas; la escasez de recursos; la poca cobertura sanitaria; la dificultad de acceso a los servicios por parte de las mujeres; la limitada información y participación de la población; y el escaso poder de las mujeres en la toma de decisiones en los diferentes ámbitos de participación social, política y económica y en el ejercicio de los derechos sobre su salud.

Sólo si atendemos a estas limitaciones de forma conjunta, podemos potenciar una mejora integral de la salud sexual y reproductiva de la población. Para ello hemos de recurrir a **cuatro estrategias de acción, complementarias entre sí**, que han de implementarse al mismo tiempo. Cada una de las estrategias, aunque trabajan las seis limitaciones señaladas, ponen su énfasis en unas limitaciones concretas (Ver Gráfico 1).

Estas cuatro estrategias de intervención, según las limitaciones a las que hacen frente, son:

1. Transversalidad del enfoque de género (“gender mainstreaming”): Estrategia adoptada internacionalmente en la Conferencia de Beijing de Naciones Unidas

(1995) que busca la incorporación de la perspectiva de igualdad de género a las políticas de salud en todos los niveles. De este modo, a partir del análisis de género persigue hacer visibles los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva y sus causas. Ha de atravesar la atención primaria de salud y la educación para la salud al tiempo que es complementaria al empoderamiento.

2. Atención primaria de salud (APS): Estrategia desarrollada con fuerza desde la Conferencia de Alma Ata (1978). Sus características más importantes son la salud entendida desde un enfoque multidisciplinar, equitativo y participativo. En el caso de la salud sexual y reproductiva nos vamos a centrar en 2 aspectos: la cobertura y acceso a servicios sanitarios de primer nivel y la educación para la salud, que por su importancia le vamos a dar en este documento rango de estrategia. Esta estrategia debe estar matizada por la transversalidad del enfoque de género y es complementaria al empoderamiento.

3. Educación para la salud (EPS): Estrategia impulsada también desde la Conferencia de Alma Ata como parte de la APS y pieza clave en la promoción de la salud. Se dirige a mejorar la información y participación de la población para desarrollar su capacidad de controlar y tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva. Se encuentra íntimamente vinculada a la estrategia del empoderamiento y también ha de incorporar la transversalidad del enfoque de género.

4. Empoderamiento de las mujeres (“empowerment”): Establecida, al igual que la transversalidad, en la Conferencia de Beijing como estrategia de desarrollo internacional, el empoderamiento busca incrementar el poder de las mujeres en la

toma de decisiones sobre su salud y sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos. En una intervención de carácter integral, se complementa con la transversalidad del enfoque de género, la APS y la EPS.

Gráfico 1. Limitaciones y estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva.



Fuente: Elaboración propia a partir de esquema de A. Llacer, L. Mazarrasa .et al R.I.S.G-ISCIII.



Recuerda

- > Las limitaciones, que presenta la promoción de la salud sexual y reproductiva, precisan de una **actuación integral** que recoja las cuatro estrategias señaladas: transversalidad del enfoque de género, atención primaria de salud, educación para la salud y empoderamiento.
 - > La invisibilidad de los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva y sus causas.
 - > La atención primaria de salud en el difícil acceso y poca cobertura de los servicios sanitarios de primer nivel.
 - > La educación para la salud en la limitada información y participación de la población.
 - > Y el empoderamiento de las mujeres en el escaso poder de las mismas en la toma de decisiones.
- > Cada una de estas estrategias, si bien trabajan todas las limitaciones indicadas, se centran específicamente en algunas **limitaciones en concreto**:
 - > La transversalidad del enfoque de género en la



Para saber más

- > AECI (2004) Guía práctica para la integración de la igualdad entre mujeres y hombres en los proyectos de la Cooperación Española. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores.
 - (Eds.) Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid. Minerva Ediciones.
- > ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII –ENS y FNUAP.
 - > WHO (2001) Transforming Health Systems: gender and rights in reproductive health manual. Disponible en <http://www.who.int/reproductive-health/gender/modules.html>
- > MAZARRASA ALVEAR, L. (2001) "Estrategias de promoción de la salud" en MIQUEO, C. y otras
 - > OMS <http://www.who.int/en/>

3.1 LA TRANSVERSALIDAD DEL ENFOQUE DE GÉNERO ("GENDER MAINSTREAMING")

Los problemas de salud sexual y reproductiva que afectan a las mujeres con frecuencia se hacen invisibles. Difícilmente se detectan y, cuando se hace, reciben una atención es-

casa y poco especializada. Por una parte, la posición de subordinación de las mujeres en la sociedad provoca que en muchas ocasiones sus problemas sanitarios sean considerados no prioritarios o secundarios y no se analicen sus causas. Por otra parte, el rol de cuidadoras otorgado socialmente a las mujeres trae consigo que centren su preocupación en la salud de la familia mientras que apenas atienden a sus propias necesidades sanitarias. Todo esto trae consigo un infrarregistro de los problemas sani-

tarios de las mujeres en esta área así como un cuidado y tratamiento poco adecuado, lo que pone de manifiesto que la salud de la mujer aún no es reconocida de facto como un derecho humano fundamental.

La **transversalidad del enfoque de género**, como estrategia de promoción de la salud, persigue situar el estudio de la desigualdad de género en el centro de todas las decisiones políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva para dar luz sobre los deficientes indicadores que en esta materia presenta gran parte de las mujeres, sobre todo en África. Específicamente, se centra en la introducción del análisis de género⁷ en las propuestas de programas y proyectos para la visualización de los problemas asociados con la salud sexual y reproductiva y sus causas. También, trabaja la sensibilización y formación en temas de género de los gestores y beneficiarias/os de los programas como pieza clave para la sostenibilidad de las intervenciones.

El análisis de género: instrumento clave en la transversalidad del enfoque de género

El análisis de género consiste en la **identificación** de las estructuras y procesos (legislación, instituciones sociales y políticas, prácticas de socialización, prácticas y políticas de empleo) que pueden perpetuar los patrones de desigualdad de las mujeres respecto a los hombres **con el fin de valorar** si las necesidades y prioridades de mujeres y hombres se reflejan de modo adecuado en la política o programa concreto y si existen oportunidades para reducir o evitar los desequilibrios de género.

Fuente: Sojo y otras. (2002: 131)

⁷ En el Anexo III, se encuentran los pasos fundamentales para el desarrollo de un análisis de género.

Como estrategia general, la transversalidad de género, aprobada por Naciones Unidas en la Conferencia de Beijing (1995), implica "una política activa y visible de integración de la perspectiva de género en todas las políticas y programas" para lo cual "antes de que se adopten las decisiones, debe hacerse un análisis de los efectos sobre las mujeres y los hombres, respectivamente" (López Méndez, 2000: 72 y 73). Por otra parte, supone desplazar "la atención de las políticas de igualdad hacia políticas cotidianas y a las actividades de los actores involucrados de ordinario en los procesos políticos en juego" (Instituto de la Mujer, 2001: 26).

En este sentido, la transversalidad constituye una estrategia a desarrollar desde la identificación y durante todo el ciclo del programa. Han de analizarse los diferentes efectos que tienen sobre hombres y mujeres determinadas conductas y actitudes antes de comenzar a diseñar e implementar el programa y a lo largo de toda su vida teniendo siempre presente la importancia de todos los actores.

Concretamente, en programas de **salud sexual y reproductiva**, tienen que considerarse desde el inicio los efectos negativos que las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres provocan sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres, principalmente. Así, se debe observar cómo la atención tardía a muchas de las complicaciones en el embarazo se relaciona con la poca preocupación que generan éstas tanto en la mujer que la padece como en su círculo familiar y social; y cómo la transmisión de VIH/Sida se debe a prácticas de riesgo sobre las cuales las mujeres apenas

tienen poder de decisión, entre otros ejemplos. Sólo haciendo visibles las causas de estas realidades y potenciando la igualdad de género, puede desarrollarse un programa eficaz y que tenga resultados sostenibles.

Sin embargo, esta tarea no es fácil y para un cambio efectivo de enfoque que considere y actúe sobre estas desigualdades de género, son necesarios tanto una clara voluntad política como un método de diseño de programas y proyectos sensible al género.

Con frecuencia, si bien existen unos claros compromisos en relación con las desigualdades de género y la salud sexual y reproductiva, estos raras veces llegan a llevarse a la práctica. La introducción de la perspectiva de género en el ciclo del proyecto⁸ es crucial para un verdadero desarrollo de la transversalidad. Las siguientes cinco **herramientas**, que se pueden utilizar a lo largo de la gestión del ciclo del proyecto tanto en salud sexual y reproductiva como en otras áreas, impulsan la incorporación de las cuestiones de género en los programas y proyectos:

1. **Datos desagregados por sexo**, en la primera fase de identificación y diagnóstico de necesidades.
2. **Análisis y planificación con perspectiva de género**⁹, en las fases de diseño e implementación.
3. **Indicadores sensibles al género**¹⁰, fundamentalmente para la implementación y evaluación.
4. **Actividades concretas dirigidas a la igualdad de género**, en la fase de implementación.

5. Sensibilización y formación en género, desde la primera a la última fase.

Ahora bien, el uso de estas herramientas ha de ir acompañado de suficientes recursos humanos especializados, suficientes recursos económicos y una adecuada información. Además, se han de considerar los intereses de los implicados y los valores sociales y concepciones de los mismos siempre impulsando la igualdad entre mujeres y hombres (Ver Gráfico 2).

Por último, es fundamental contar a lo largo de todo el proceso con la participación activa de mujeres y hombres y, como se ha indicado, formar al personal de gestión en materia de género. La invisibilidad de los problemas de salud sexual y reproductiva de las mujeres y sus causas precisa para ser superada del reconocimiento de su existencia por parte de ambos sexos y el desarrollo de un cuerpo de gestores que sean conscientes de las causas de esta situación de desigualdad.

⁸ La gestión del ciclo del proyecto define las distintas fases de vida de un proyecto con procedimientos de toma de decisión y actividades de gestión bien definidas. Las principales fases de un proyecto son: la identificación, la formulación o diseño, la ejecución o implementación, el seguimiento y la evaluación.

⁹ La planificación con perspectiva de género implica considerar las conclusiones obtenidas tras el "análisis de género" en el planteamiento del objetivo general y específico del proyecto, en los resultados y en las actividades a realizar. Para profundizar sobre planificación con perspectiva de género se puede consultar Sojo, D., Sierra, B. y López, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible en: www.medicosdelmundo.org

¹⁰ En el Anexo IV. se recogen los principales indicadores sensibles al género en materia de salud sexual y reproductiva.

Gráfico 2. Gestión del ciclo del proyecto sensible al género.



Fuente: Adaptación de M. Juárez (2005)



Puntos para trabajar la transversalidad del enfoque de género en salud sexual y reproductiva

1. **Análisis de los diferentes patrones de salud sexual y reproductiva** en hombres y mujeres considerando tanto los factores biológicos (la fecundidad) como los económicos, sociales y culturales (la decisión sobre el número de hijos, por ejemplo).
2. **Desagregación por sexo** de todos los datos necesarios. Por ejemplo, mujeres y hombres que presentan infecciones de transmisión sexual (ITS); mujeres y hombres que están informados sobre métodos anticonceptivos seguros.
3. Profundización, a través del **análisis de género**, en la relación entre la desigualdad de género y los peores indicadores de salud que presenta el patrón femenino frente al masculino. Así, los partos a edades tempranas que generan grandes problemas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres se apoyan en el hecho de que muchas mujeres no son independientes ni social ni económicamente y son identificadas únicamente como madres.

Igualmente, el escaso desarrollo de servicios de atención al embarazo, el parto y el post-parto que tiene graves consecuencias sobre la salud de las mujeres pone de manifiesto que ésta es concebida como algo secundario.

4. **Sensibilización de la comunidad** en contenidos de género en relación con salud y formación específica en perspectiva de género dirigida a los/as encargados/as de la gestión de los diferentes programas y proyectos. Enfatizar en cómo una relación igualitaria entre hombres y mujeres mejora los indicadores de salud sexual y reproductiva.
5. **Integración plena de las mujeres** durante todo el proceso sin olvidar la importancia de la participación de los hombres. Debe impulsarse la participación de la población involucrando con fuerza a las mujeres excluidas habitualmente de los espacios de decisión y a los hombres como co-responsables de la salud sexual y reproductiva de la comunidad.

6. Diseño del programa o proyecto partiendo de que ningún proceso político es neutral respecto al género y, por lo tanto, es fundamental tener presente el análisis de género. El análisis de género pone de manifiesto que los diferentes patrones de salud sexual y reproductiva en hombres y mujeres se explican por las desigualdades de género existentes y esto ha de plasmarse en el diseño del programa, en sus objetivos, resultados y actividades, al igual que en la identificación. El diseño ha de dirigirse a romper las desigualdades culturales que provocan la poca asistencia a la mujer embarazada, la violencia contra la mujer y el desigual conocimiento y uso de métodos anticonceptivos seguros, entre otros aspectos.

7. Elaboración y utilización de indicadores sensibles al género para el seguimiento y la evaluación de los programas y proyectos. Por ejemplo, población con acceso a servicios de salud por sexo; porcentaje de mujeres y hombres en órganos de decisión.

8. Apoyo presupuestario y existencia de **personal con especialización** en perspectiva de género.

9. Impulso a la igualdad entre hombres y mujeres a través de la comunicación con los interesados y a partir de sus concepciones sociales y culturales.



Recuerda

- > La transversalidad del enfoque de género persigue, mediante el **análisis de género**, la incorporación de la perspectiva de igualdad de género a las políticas de salud en todos los niveles y programas para hacer visibles las causas de los malos indicadores de la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Igualmente, promueve la sensibilización en cuestiones de género.
- > Estas características hacen que se convierta en la **primera estrategia a desarrollar** y que deba estar presente a lo largo de toda la vida del programa o proyecto.
- > Una verdadera implementación de la transversalidad precisa de la incorporación de las cuestiones de género a través de **cinco herramientas** a lo largo de toda la gestión del ciclo del proyecto: datos desagregados por sexo; análisis y planificación de género; indicadores sensibles al género; actividades concretas dirigidas a la igualdad de género, y sensibilización y formación en género.
- > Igualmente, necesita **recursos** y contar con la **participación activa** de la población beneficiaria si quiere ser un programa eficaz y con efectos permanentes en el tiempo.



Para saber más

- > ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII -ENS y FNUAP.
- > COMISIÓN EUROPEA (1996) "Incorporando la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres en todas las políticas y actividades comunitarias". Comunicación de la Comisión COM (96) 67 final.
- > INSTITUTO DE LA MUJER (2001) Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de "buenas prácticas". Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming (EG-S-MS). Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- > JUÁREZ, M. (2005) "Health policies: Do women count?" en "Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África". Abril 2005. Madrid. Programa Vita. Disponible en: <http://www.aeci.es/vita>

> LÓPEZ MÉNDEZ, Irene (2000) "Empoderamiento y mainstreaming: Estrategias para la igualdad entre los géneros" en Revista Española de Desarrollo y Cooperación, nº 6. Madrid. IUDC.

> LÓPEZ MÉNDEZ, Irene y SIERRA LEGUINA, Beatriz (2001) Integrando el análisis de género en el desarrollo. Madrid. IUDC.

> SOJO, D., SIERRA, B. y LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible en: www.medicosdelmundo.org

> WHO (2001) Transforming Health Systems: gender and rights in reproductive health manual. Disponible en <http://www.who.int/reproductive-health/gender/modules.htm>

3.2 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS)

De los casi 130 millones de partos anuales que se registran en todo el mundo, más de 60 millones no reciben asistencia sanitaria. Concretamente, en África del Norte el 33% de los partos cuentan con esta asistencia y en África Subsahariana la cifra asciende al 58% (2004, PNUD). Por otra parte, más de 350 millones de parejas en el mundo, una de cada tres, no tienen acceso a una completa información y servicios de salud sexual y reproductiva; y un tercio de las mujeres en edad reproductiva de los países en desarrollo no tiene acceso a métodos anticonceptivos seguros. (Federación de Planificación Familiar de España, 2004).

La atención primaria de salud (APS) constituye en nuestros días una estrategia fundamental para hacer frente a la poca cobertura y al difícil acceso a servicios sanitarios de primer nivel. Para ello, se apoya en los principios de multisectorialidad, equidad, participación y fomento de la salud. Como se expuso, ha de encontrarse matizada por la transversalidad del enfoque de género, incluye la educación para la salud y es complementaria al empoderamiento de las mujeres.

En términos generales, el Programa de Acción de El Cairo así como las tendencias en la mortalidad materna y neonatal y el impacto del VIH/Sida han orientado las acciones en APS hacia servicios de **salud sexual y reproductiva** que comprenden la problemática de un modo más holístico que los tradicionales servicios de salud materna centrados, principalmente, en la atención prenatal, el parto seguro y la atención postnatal. Sin embargo, no siempre existe esta concepción dentro de las políticas de APS. En este sentido, "los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva, como parte de la atención primaria de salud, han de ser integrales, accesibles tanto financiera como geográficamente, ofrecidos con privacidad, confidencialidad y con debido respeto por la dignidad y el confort de la persona" (Federación de Planificación Familiar de España, 2004).

Las acciones en materia de salud sexual y reproductiva integradas dentro de la APS han de recoger las **líneas propias** de esta estrategia de acción. Así, esta estrategia se caracteriza por apoyarse en la práctica, la evidencia científica, las necesidades manifestadas por la población y las condiciones sociales y económicas del país. De igual modo, la APS conforma dentro del sistema sanitario el primer elemento de atención

sanitaria continuada y promueve los servicios preventivos, curativos y rehabilitadores y que, por consiguiente, supone el contacto inicial con la asistencia sanitaria de gran importancia para la salud sexual y reproductiva.

Por otra parte, la estrategia de APS se caracteriza por una concepción integral, horizontal de las diferentes problemáticas en salud. La APS incorpora a todos los agentes que trabajan en salud; debe formar parte de las estrategias nacionales que abarcan otros componentes con los cuales se interrelaciona, como la atención hospitalaria; se relaciona de forma participativa tanto con la comunidad como con el personal de salud; y asume componentes preventivos, de promoción de la salud y asistenciales.

Específicamente, en el **campo de la salud sexual y reproductiva** tiene que existir una intención, tanto política como comunitaria, de desarrollar el componente de salud sexual y reproductiva en la APS.

Una vez que se cumple este requisito, una correcta APS se basa en un diagnóstico profundo de la zona de aplicación que analice tanto la situación de la salud sexual y reproductiva como los comportamientos y factores socioculturales, entre ellos el género, que influyen en ésta. A partir de este diagnóstico, la APS ofrece personal competente, servicios y material de calidad así como metodologías apropiadas y accesibles económica, social y culturalmente. Todo este proceso ha de desarrollarse considerando las desigualdades entre hombres y mujeres y potenciando la igualdad de género.

La APS y la desigualdad de género

En su definición la atención primaria de salud presenta una concepción holística de la salud que considera los diferentes factores socioculturales influyentes. Sin embargo, actualmente existe una tendencia a nivel internacional a contemplar la APS con una visión reduccionista, que solamente se fija en los aspectos sanitarios de la estrategia.

Por lo tanto, se hace más urgente que la APS vuelva a considerar los aspectos sociales y culturales que afectan a la salud, entre ellos la desigualdad de género. En esta dirección, la APS ha de ser una estrategia sensible al género y reconocer los diferentes roles de género¹¹; la necesidad de la participación plena de hombres y mujeres en el control de recursos y en la toma de decisiones; la importancia similar del conocimiento, valores y experiencias de hombres y mujeres.

¹¹ Los roles de género se definen como los papeles que son otorgados socialmente a hombres y mujeres que se relacionan con los deberes, los derechos y la posición de poder de ambos sexos dentro de una sociedad concreta.

Paralelamente, la APS apuesta por el uso de metodologías participativas para una mayor apropiación de los servicios por parte de la población beneficiaria. En concreto, la APS ha de fomentar la participación real de las mujeres en todos los procesos de gestión y toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, desde el diseño a la evaluación de las intervenciones. Del mismo modo, debe impulsarse la participación del varón en esta materia en cuanto se ve afectado por las problemáticas existentes y su papel es importante en la toma de decisiones. En todo caso, hay que priorizar el trabajo hacia la población más vulnerable entre los que se encuentran los y las ado-

lescentes. Todo esto sin olvidar el papel clave de la formación del personal sanitario, los líderes comunitarios y la comunidad en general para la visualización de los problemas en salud sexual y reproductiva y para dar una respuesta adecuada.

El seguimiento y la evaluación de los procesos de la APS son de gran importancia para un buen aprovechamiento de los recursos, una respuesta pertinente a las necesidades de la población y un aprendizaje de la propia intervención.

En general, la estrategia de la APS se define por impulsar el establecimiento de una amplia red de servicios de salud sexual y reproductiva de primer nivel que responda y cubra la mayor parte de las necesidades sanitarias tanto de hombres como de mujeres al tiempo que mejore el acceso a los mismos. En tanto que puede implicar cambios en el ámbito sociocultural debe ser contemplada como una **estrategia a largo plazo** que precisa una adecuada identificación, diseño y evaluación.



Puntos para trabajar la estrategia de APS en salud sexual y reproductiva

- 1. Estudio socio-antropológico** de la zona que permita la enumeración de las diferentes problemáticas en materia de salud sexual y reproductiva y el análisis de estas problemáticas y de los diversos factores influyentes en relación con el género. Entre los principales factores influyentes han de considerarse los diferentes roles y responsabilidades de hombres y mujeres, las normas culturales asociadas a la fertilidad, los valores sociales relacionados con la maternidad y aquellos asociados a la juventud.
- Apoyo a la creación de un **consejo de salud comunitario** con participación de las mujeres y hombres para abordar los problemas de salud sexual y reproductiva.
- Diseño de intervención**, conforme a las estrategias nacionales y a la realidad sociocultural, que cuente con recursos humanos y económicos adecuados y suficientes así como que utilice metodología apropiada a hombres y mujeres. Se han de considerar las desigualdades de género y facilitar el acceso de las mujeres a los servicios así como a un correcto diagnóstico.
- Desarrollo de **servicios integrales** que respeten la confidencialidad de las personas, hombres y mujeres, y sus derechos a decidir libremente sobre su vida sexual y reproductiva, prestando particular atención a las y los jóvenes.
- Favorecer el **acceso a servicios** de calidad, preventivos y curativos, en materia de salud sexual y reproductiva a mujeres y hombres.
- Incorporar estos **servicios a la planificación** sanitaria de la zona.
- Utilización de **tecnologías participativas** para involucrar en mayor medida a los diferentes beneficiarias/os e impulsar unos servicios más adecuados a sus necesidades.
- Actividades dirigidas al aumento de la **participación** de las mujeres y de los hombres en el ejercicio de sus derechos y responsabilidades en salud sexual y reproductiva. Necesidad de considerar a mujeres y varones de modo relacional y no de forma aislada.
- Formación específica** a personal sanitario, a líderes comunitarios y a la comunidad en general.
- Establecimiento de un **sistema de seguimiento y evaluación** para el aprendizaje y la mejora de la intervención a largo plazo.



Recuerda

- > La estrategia de Atención Primaria en Salud trata de dar respuesta a la **poca cobertura y el difícil acceso** a los servicios sanitarios de primer nivel.
- > Constituye la segunda estrategia a desarrollar después de la transversalidad del enfoque de género y se encuentra totalmente ligada a ésta. Hay que promover una estrategia de **APS sensible al género**.
- > La APS impulsa el establecimiento de una red de servicios de salud sexual y reproductiva que responda a las **necesidades de hombres y mujeres** y se adecue a sus **valores, condiciones socio-económicas y factores socioculturales**.
- > Un componente crucial dentro de la APS es la **participación** de la población mediante el uso de técnicas participativas que favorezcan la adecuación de los servicios a sus necesidades.



Para saber más

- > ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII –ENS y FNUAP.
- > SANTACRUZ VARELA, F. (2002) "La Atención Primaria de Salud. Viejo compromiso y nuevos retos". Costa Rica. OPS/OMS.
- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2004) "Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva". Disponible en <http://www.fpfe.org/>
- > FPFE <http://www.fpfe.org/>

3.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS)

La escasa información sobre salud sexual y reproductiva así como la poca participación de la población en esta materia son otras de las limitaciones señaladas al comienzo de este capítulo. **La educación para la salud (EPS)** es la estrategia principal para conseguir que la población cuente con formación e información y desarrolle su capacidad de control y toma de decisiones sobre la salud sexual y reproductiva de modo comunitario e individual.

La EPS es la tercera estrategia de las presentadas, ha de estar atravesada por la perspectiva de género, forma parte de la atención primaria de salud y es complementaria a la estrategia del empoderamiento de las mujeres. Derivada de la "estrategia de salud para todos", que marcó el carácter de la APS y fue impulsada en la Conferencia de Alma Ata (1978), la educación para la salud sexual y reproductiva parte también de una concepción integral de la salud que considera los factores socio-culturales poniendo especialmente énfasis en las cuestiones de género. Concretamente, esta propuesta de educación integral incluye todos aquellos aspectos relativos a reproducción, sexualidad y

afectividad para que las personas, hombres y mujeres, adquieran una auténtica autonomía y responsabilidad sobre sus decisiones vitales, entre ellas las relativas al ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

A grandes líneas, la EPS "debe ocuparse de proporcionar información elaborada, crítica y accesible sobre la situación de la salud (...). Esta información incluirá:

- a. La identificación de los determinantes de salud y los factores de riesgo, ya sean ambientales o relacionados con prácticas de riesgo.
- b. Las posibilidades de protección, ya sean ambientales o personales.
- c. Las posibilidades de prevención primaria, secundaria o terciaria.

Todo ello junto con información sobre los servicios y programas sanitarios y sociales disponibles para la protección y la prevención" (Mazarrasa, 2003: 399)

Aplicando este esquema al área específica de la **salud sexual y reproductiva**, para implementar la estrategia de educación para la salud pueden desarrollarse cuatro tipos de actividades diferentes: actividades relativas a la comprensión de riesgos para la salud; actividades relacionadas con la protección de la salud; actividades dirigidas a reforzar las conductas voluntarias; y actividades para impulsar la mejora del sistema de cuidados (Ver Gráfico 3).

Por una parte, han de desarrollarse **actividades relacionadas con la comprensión**

Gráfico 3. Actividades de educación para la salud en salud sexual y reproductiva



Fuente: Adaptación de L. Mazarrasa (2003).

de riesgos para la salud con la finalidad de dejar al descubierto los riesgos que determinados comportamientos, asociados con el género, tienen para la salud. En este sentido, las actividades pueden dirigirse a resaltar las consecuencias negativas que tienen sobre la salud, tanto las relaciones sexuales de riesgo, como la violencia contra las mujeres y el descuido de la salud de las mujeres.

El trabajo con este tipo de actividades debe enfocarse a toda la población y no sólo a aquella población afectada por la problemática en cuestión. El objetivo es crear cambios dentro de la sociedad en su conjunto que retroalimenten las transformaciones en las conductas individuales. Así, estas actividades educativas deben orientarse a las personas y grupos específicos afectados, a

su grupo familiar y social más próximo, a las redes sociales de la comunidad (asociaciones, colectivos organizados, etc.), al personal sanitario del programa y a los responsables y gestores de las políticas en este área.

Por otra parte, **las actividades relacionadas con la protección de la salud** informan sobre los factores ambientales que afectan a la salud sexual y reproductiva. Estas actividades se orientan a educar, por ejemplo, sobre la importancia del uso de anticonceptivos para evitar un embarazo no deseado, sobre la relevancia del seguimiento durante el embarazo, y sobre la necesidad de relaciones igualitarias entre hombres y mujeres para prevenir la violencia de género.

En cuanto a **las actividades dirigidas a reforzar conductas voluntarias**, éstas se enfocan a modificar las condiciones de vida y las restricciones sociales que dificultan la libre elección entre las opciones posibles. Su objetivo es impulsar estilos de vida saludables y se centran en promover el desarrollo de habilidades personales y sociales como expresarse, negociar, consensuar, saber escuchar, entre otras. En salud sexual y reproductiva, es importante desarrollar actividades que promuevan la igualdad entre los géneros en la toma de decisiones sobre el número de hijos, el uso de métodos anticonceptivos y las prácticas sexuales. Igualmente, estas actividades han de combatir el aislamiento y marginación de las mujeres en relación con los servicios sanitarios o las diferentes organizaciones sociales.

Por último, **las actividades relativas a la mejora del sistema de cuidados** deben

enfocarse fundamentalmente al sector formal, los servicios sanitarios y sociales, pero también al sector informal, los servicios de cuidados usualmente desarrollados por las mujeres. En el sector formal, las actividades han de potenciar que las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva de la comunidad se plasmen en los servicios sanitarios y que existan, dentro de éstos, servicios de información adecuados. En el sector informal, las actividades deben impulsar la mejora de los cuidados a las mujeres embarazadas o víctimas de violencia de género, entre otras, y el auto-cuidado así como la co-responsabilidad familiar.

Todas estas actividades, sin embargo, no deben plantearse como actividades cerradas sino que han de estar abiertas al aprendizaje. “La educación para la salud no puede estar predeterminada hacia un modelo de salud o de estilo de vida” (Mazarrasa, 2003: 402) La educación para la salud es un proceso participativo en el que la comunidad tiene un papel fundamental y en el que sus experiencias y conocimientos son clave para el aprendizaje. El uso de una metodología participativa y activa, basada en el intercambio de ideas y en el trabajo personal, favorece la educación en salud sexual y reproductiva y la creación de un modelo de salud adecuado a las necesidades de la población. Por ello, es preciso entender que los formadores que se utilicen en este campo deben ser personas que cuenten con la confianza de la población y conozcan profundamente sus realidades y contextos sociales, y que la función de la cooperación externa es, siempre que pueda, facilitar esos procesos y capacitar a esos formadores locales.

La EPS promueve, de este modo, la participación, el diálogo, la autoestima, la implicación y cohesión del grupo, el desarrollo de un espíritu crítico, entre otros aspectos, como puntos de partida para introducir cambios en la forma de vivir la reproducción y la sexualidad y orientarla hacia prácticas saludables.

Una de las herramientas fundamentales que se pueden utilizar para ello es la “educación entre iguales”. Se trata de insistir en el carácter bidireccional de la EPS: la información no va en un único sentido, sino que es el propio grupo de iguales el que intercambia la información sobre salud sexual y reproductiva.

La educación entre iguales

La educación entre iguales o entre pares se basa en un modelo horizontal de comunicación, diferente del clásico modelo jerárquico o vertical, que enfatiza la necesidad de implicar a las comunidades en todo el proceso educativo. Su finalidad es la transmisión de información a un grupo determinado a través de personas de un mismo sexo, edad, condición socio-económica y características culturales.

La ventaja de esta herramienta es que permite acceder a colectivos vulnerables, que además presentan múltiples barreras para la comunicación fluida, y difundir entre ellos mensajes preventivos culturalmente adaptados a sus necesidades para promover comportamientos saludables que disminuyan esta vulnerabilidad.

En salud sexual y reproductiva es una herramienta fundamental para el trabajo con adolescentes y jóvenes.

Fuente: Adaptación de L. Mazarrasa (2005b).



Puntos para trabajar EPS en salud sexual y reproductiva

1. Conocimiento del **entorno social y cultural** donde se vaya a trabajar.
2. Proporcionar **información accesible, culturalmente aceptable y no sexista** sobre salud sexual y reproductiva tanto a hombres como a mujeres. La búsqueda de documentos y experiencias previas, que sean propias del país donde se trabaja o que se puedan adaptar a su realidad, debería ser uno de los primeros elementos a tener en cuenta.
3. Creación de un ambiente adecuado para la **participación igualitaria** de hombres y mujeres con el fin de incorporar sus experiencias y conocimientos al proceso de aprendizaje sobre salud sexual y reproductiva.
4. Desarrollo de actividades relativas a la **comprensión de riesgos** para la salud que pongan de manifiesto

los comportamientos en materia de reproducción y sexualidad que traen consigo efectos negativos para la salud especialmente de las mujeres. Concretamente, trabajo en este tipo de actividades con el número más amplio posible de grupos sociales: los directamente afectados, su grupo familiar y social más cercano, las organizaciones sociales, el equipo sanitario, el cuerpo político y gestor. Contar con una proporción equilibrada de hombres y mujeres.

5. Implementación de actividades relacionadas con la **protección de la salud** que subrayen los factores ambientales que afectan a la salud sexual y reproductiva.

6. Realización de actividades dirigidas a reforzar las **conductas voluntarias** que refuercen la igualdad de género y la integración. Por ejemplo, actividades que promuevan el trato equitativo en los servicios sanitarios.



Puntos para trabajar EPS en salud sexual y reproductiva

- 7. Ejecución de actividades para impulsar la **mejora del sistema de cuidados** en salud sexual y reproductiva. Específicamente, estas actividades deben fortalecer el sistema sanitario formal de cuidados así como promover una mayor co-responsabilidad familiar y calidad del cuidado.
- 8. Uso de **metodología participativa** en todas las actividades desarrolladas.
- 9. Apoyo a la **“educación entre iguales”** como instrumento fundamental en salud sexual y reproductiva para potenciar la participación y el aprendizaje.



Recuerda

- > Como estrategia de promoción de la salud, forma parte de la estrategia de atención primaria de salud, integra la perspectiva de género y es complementaria al empoderamiento de las mujeres.
- > Concretamente, la educación para la salud se dirige a la **comunidad en su conjunto y a los grupos específicos**. Puesto que quiere provocar cambios en los estilos de vida y en los comportamientos relativos a la reproducción y la sexualidad, ha de dirigir su trabajo tanto al cambio social como individual.
- > Considera el **proceso de aprendizaje** como un proceso **abierto** donde la comunidad adapta la información recibida de acuerdo a su experiencia y conocimiento.
- > Se apoya en **metodología participativa** y una de sus herramientas de trabajo es la “educación entre iguales” que permite acceder a grupos aislados y vulnerables con propuestas en salud sexual y reproductiva adaptadas culturalmente.



Para saber más

- > ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII –ENS y FNUAP.
- > ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (2003) Manual para la Formación de Educadores de Iguales en la Prevención de la Infección del VIH/Sida con Población Inmigrante. Madrid. Instituto de Salud Carlos III.
- > MAZARRASA, M. (2005b) “La educación entre iguales. Una estrategia de promoción de la salud para la prevención del VIH/Sida” en “Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África”. Abril 2005. Madrid. Programa Vita. Disponible en <http://www.aeci.es/vita>
- > MAZARRAZA ALVEAR, L. (2003) “Educación para la salud. Concepto actual en el marco de la promoción de la salud. Ámbitos de Aplicación” en Mazarrasa Alvear, L.; Sánchez Moreno, A.; Germán Bes, C.; y otros Biblioteca Enfermería Profesional. Salud pública y enfermería comunitaria I. Madrid. McGraw-Hill e Interamericana.
- > REYES, W.G.; ABALO, J.G.; y PRENDES LABRADA, M. (1999) “¿Cómo hacer más efectiva la educación para la salud en la atención primaria?” en Revista Cubana de Medicina General Integral, nº 15(2).
- > FPFE <http://www.fpfe.org/>

3.4

EL EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES (“EMPOWERMENT”)

El ya mencionado rol subordinado de las mujeres en la mayor parte de las sociedades actuales trae consigo que las mujeres apenas cuenten con poder en la toma de decisiones en los diferentes espacios de participación. Desde decisiones del ámbito más personal a otras de carácter social, económico y político, las mujeres se encuentran en gran medida condicionadas por las reglas sociales que dan mayor poder a los hombres. Este hecho tiene, sin duda, claros efectos sobre el disfrute de su salud sexual y reproductiva. Valgan de ejemplos el escaso poder de las mujeres para decidir sobre el número de hijos que desean tener y la violencia de género, manifestación del poder de los hombres sobre las mujeres.

La **estrategia del empoderamiento de las mujeres** (“empowerment”) se dirige a fomentar “la capacidad de la mujer de incrementar su auto-confianza en la vida e influir en la dirección del cambio” (López, 2000: 62). No persigue conseguir la dominación de las mujeres en detrimento de los hombres, sino la equidad en el poder de transformar la realidad social más inmediata. El método para ello es elevar el control de las mujeres sobre recursos materiales y no materiales (Moser, 1991).

La estrategia de empoderamiento impulsa que las mujeres cuenten con recursos personales que les permitan tomar decisiones sobre las cuestiones vitales más inmediatas y posicionarse dentro de los espacios de poder. Es

¿Qué es el empoderamiento de las mujeres?

Un proceso mediante el cual las mujeres, individual y colectivamente, toman conciencia sobre las relaciones de poder que operan en sus vidas y ganan la autoconfianza y la fuerza necesarias para cambiar las desigualdades de género en el hogar, la comunidad y los niveles nacional, regional e internacional. Una definición completa incluye los componentes:

- > **Cognitivo:** Se refiere a la comprensión por parte de las mujeres de las condiciones y causas de su subordinación en los niveles micro y macro.
- > **Económico:** Requiere que las mujeres tengan acceso a y control sobre los recursos productivos de forma que se asegure un cierto grado de autonomía financiera.
- > **Política:** Implica que las mujeres tengan la capacidad para analizar, organizar y movilizar el cambio social.
- > **Psicológica:** Incluye la creencia en que las mujeres pueden actuar en los niveles personales y sociales para influir en sus realidades individuales y en las sociedades en las que viven.

Fuente: López Méndez y Sierra Leguina (2001: 34 y 35)

fundamental, por consiguiente, incrementar la participación de la mujer tanto en los espacios familiares como en espacios comunitarios y políticos e impulsar su nivel educativo.

En este sentido, la estrategia del empoderamiento de las mujeres mantiene fuertes lazos con la educación para la salud que se orienta a través de la participación y la información hacia el empoderamiento de toda la población, no sólo de las mujeres, para el desarrollo de hábitos de vida saludables en la vida personal y comunitaria. Igual vínculo tiene con la transversalidad del enfoque

de género en tanto que, aunque de modo complementario, persigue también la igualdad entre hombres y mujeres.

Dentro del área de **salud sexual y reproductiva**, el empoderamiento se basa en el trabajo con mujeres para aumentar su poder de decisión en las diferentes dimensiones señaladas. Para alcanzar este objetivo es necesario incrementar el acceso y control de las mujeres sobre los recursos familiares, económicos y sociales, políticos, educativos, y temporales (ver Gráfico 3). Los métodos fundamentales para impulsar este incremento son la educación para la salud y el apoyo a la creación de organizaciones y redes de asociaciones de mujeres especializadas en esta temática.

En cuanto al acceso y control sobre los recursos familiares, ha de potenciarse que las mujeres puedan decidir sobre su vida sexual y reproductiva, sobre el número de hijos, el

tipo de relación sexual y el uso de métodos anticonceptivos, entre otros aspectos. Respecto a los recursos económicos y sociales, el trabajo ha de centrarse en hacer accesibles a las mujeres los programas y servicios de salud sexual y reproductiva y en considerar sus necesidades para su mejora. En relación con los recursos políticos, la acción debe orientarse hacia la participación activa de las mujeres en las políticas y programas de salud sexual y reproductiva así como en asociaciones.

Por otra parte, debe potenciarse el acceso y control de los recursos educativos mediante formación dirigida específicamente a mujeres e involucrándolas en todo el proceso educativo. Por último, en cuanto a los recursos temporales, los servicios y programas de salud sexual y reproductiva han de potenciar que las mujeres destinen parte de su tiempo a su propio cuidado y al disfrute de su propia sexualidad.

Gráfico 4. Relaciones entre acceso y control de recursos y poder en la toma de decisiones.



Fuente: Elaboración propia



Puntos para trabajar salud sexual y reproductiva bajo la estrategia del empoderamiento de las mujeres

- Análisis de la salud sexual y reproductiva** de las mujeres identificando la sexualidad como inherente a la mujer.
- Utilización de **técnicas participativas** que favorezcan un proceso de abajo hacia arriba (down-top): promover la participación de las mujeres en la toma de decisiones que afecten a su vida de tal modo que tenga un eco efectivo en los programas y proyectos de desarrollo.
- Implicación de los **hombres** en el proceso de cambio. Es importante discernir las posibles implicaciones del empoderamiento para mujeres y hombres y los posibles efectos sobre sus actitudes y actuaciones. Los hombres deben considerarse co-responsables en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.
- Fortalecimiento de la **autoestima de la mujer** mediante el desarrollo de capacidades y habilidades en el ámbito individual, familiar y comunitario que mejoren la salud sexual y reproductiva en conjunto.
- Ampliar el concepto del "rol reproductivo" de las mujeres introduciendo su derecho a una salud sexual y reproductiva plena. Las mujeres, además de madres, son también **sujetos con derechos** (derecho a la sexualidad sin riesgos, derecho a decidir sobre su maternidad, elegir pareja, el número de hijos, entre otros).
- Desarrollo de **talleres participativos** para la definición de las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva por parte de las mujeres.
- Diseño de programas centrados en la **cobertura de necesidades** y en la eliminación de barreras manifestadas por las mujeres en esta materia.
- Creación de **espacios y oportunidades** en los servicios y programas de salud sexual y reproductiva para que las mujeres analicen su situación personal.
- Realización de **actividades** para promover en las mujeres su **acceso y control** sobre los recursos: familiares, económicos, políticos y temporales, entre otros.
- Fortalecimiento de las **asociaciones de mujeres** que trabajen salud sexual y reproductiva a escala local a través de su vinculación con otras regionales, nacionales e internacionales.



Recuerda

- La estrategia del empoderamiento de las mujeres constituye la cuarta y última estrategia a desarrollar y está profundamente vinculada a la educación para la salud así como a la transversalidad del enfoque de género, presente en todas las estrategias de promoción de la salud.
- A través de la participación y la formación de las mujeres, el empoderamiento de las mujeres persigue incrementar sus recursos personales (familiares, económicos, políticos, etc.) para aumentar su **poder de decisión** sobre cuestiones de reproducción y sexualidad.



Para saber más

- > AECI (2004) Guía práctica para la integración de la igualdad entre mujeres y hombres en los proyectos de la Cooperación Española. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores.
- > ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII -ENS y FNUAP.
- > ELLSBERG, M.C. (1998) El camino hacia la igualdad: Una guía práctica para la evaluación de proyectos para el empoderamiento de las mujeres. Managua, Nicaragua. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Asdi.
- > LÓPEZ MÉNDEZ, Irene (2000) "Empoderamiento y mainstreaming: Estrategias para la igualdad entre los géneros" en Revista Española de Desarrollo y Cooperación, nº 6. Madrid. IUDC.
- > LÓPEZ MÉNDEZ, Irene y SIERRA LEGUINA, Beatriz (2001) Integrando el análisis de género en el desarrollo. Madrid. IUDC.
- > SOJO, D., SIERRA, B. y LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible en: www.medicosdelmundo.org

4

LÍNEAS DE ACTUACIÓN. CUATRO CASOS PRÁCTICOS

Una vez presentadas las cuatro estrategias para hacer frente a las principales limitaciones en materia de salud sexual y reproductiva, entramos en su aplicación práctica en cuatro casos seleccionados por su relevancia actual y su importancia en el continente africano. Estos casos prácticos pretenden servir de guía para el desarrollo de programas y proyectos en esta área así como consolidar las nociones de transversalidad del enfoque de género, atención primaria de salud, educación para la salud y empoderamiento de las mujeres como un conjunto de estrategias complementarias de promoción de la salud sexual y reproductiva.

4.1 COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO, EL PARTO Y EL POST-PARTO

“Una mujer africana tiene 500 veces más probabilidades de morir por causas relacionadas con su embarazo que una mujer escandinava”

(Federación de Planificación Familiar de España, 2000: 31).

Las complicaciones derivadas del embarazo y el parto, como se expuso, son la segunda causa de años perdidos de vida saludable entre las mujeres en edad fértil en los países en desarrollo al tiempo que provocan cada año medio millón de muertes.

Esta alta morbilidad y mortalidad materna se encuentra asociada a la escasez de servicios sanitarios y a su difícil acceso, al deficiente nivel de calidad en la atención, a

un tardío y poco adecuado tratamiento, y a los bajos porcentajes de partos asistidos por personal cualificado. Si se unen a todos estos factores las deficientes condiciones sociales y de salud de las mujeres, los riesgos se incrementan considerablemente. En este sentido, la alta morbilidad y mortalidad materna no sólo responde a cuestiones de pobreza y a la situación general de los sistemas de salud sino también al papel que la mujer ocupa en estas sociedades.

Por otra parte, no hay que olvidar que un 13% de las muertes relacionadas con el embarazo y el parto se deben a prácticas inseguras de abortos que también conllevan un alto coste para la salud de la mujer. La práctica del aborto en malas condiciones puede traer consigo infecciones, hemorragias, infertilidad y dolores crónicos, además de la muerte.

En relación con la morbilidad y mortalidad materna se producen diversos **procesos paralelos** (Ver Gráfico 4). Por una parte, la invisibilidad de este problema sanitario que, según UNICEF, es el menos atendido del mundo al ser considerado un “problema de mujeres”. Por otra, la ya señalada falta de servicios sanitarios adecuados y accesibles económica, social, geográfica y culturalmente pese a que la mayor parte de las complicaciones son prevenibles con una tecnología sencilla si se trata a tiempo y con personal cualificado. De modo paralelo, el limitado control y capacidad de decisión de las mujeres sobre su salud sexual y reproductiva, que en muchas ocasiones es considerado secundario por las propias mujeres más volcadas en la atención a la familia y la comunidad que en el cuidado de su propia salud. Por último, sin que esto le reste importancia, los deficientes indicado-

res de salud general de las mujeres relacionados con su invisibilidad y su falta de poder,

que son frutos de su posición subordinada dentro de la sociedad (Antolín, 1997).

Gráfico 4. Causas de las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna



Fuente: Elaboración propia

En este contexto, las intervenciones han de impulsar la visualización de las complicaciones durante el embarazo, el parto y el post-parto y sus causas; el aumento de los recursos; la mejora del acceso y de la calidad de los servicios comunitarios de base; la movilización de las comunidades y de las mujeres; entre otros aspectos. Veamos cuáles son los elementos que debe contener un programa centrado en morbilidad y mortalidad materna considerando el conjunto de estrategias de promoción de la salud.

Transversalidad del enfoque de género

Tal y como se recoge en el capítulo anterior, la transversalidad implica integrar las cues-

iones de género en todas las políticas y programas de salud sexual y reproductiva al tiempo que considerar el género como categoría de análisis a tener presente a la hora de identificar, diseñar, implementar y evaluar programas dirigidos a reducir las complicaciones en el embarazo, el parto y el post-parto. Su finalidad es hacer visible la magnitud de este problema haciendo partícipes a las mujeres y a los hombres y analizando cuáles son sus causas y los posibles modos de atenuar sus consecuencias. Aplicar la estrategia de transversalidad en un programa sobre complicaciones obstétricas supone:

1. Formar e implicar al grupo de trabajo y a los beneficiarios/as en el análisis de género.

2. Impulsar un estudio sobre la relación entre el papel subordinado de las mujeres y las complicaciones durante el embarazo, el parto y el post-parto. Por ejemplo, la relación entre la dificultad de las mujeres para acceder a los servicios sanitarios, por derivar los escasos recursos para problemas de salud de los hombres o por su exclusión de esta esfera de servicios, y estas complicaciones sanitarias.
3. Sensibilizar a toda la comunidad sobre la relación entre desigualdad de género y los malos indicadores de morbilidad y mortalidad materna al igual que sobre la importancia de sus actitudes para la mejora de la salud materna.
4. Potenciar una participación activa de las mujeres y de los hombres en el programa. Se ha de promover la co-responsabilidad de los hombres mediante medidas específicas que pongan de manifiesto que el embarazo no es exclusivamente una cuestión de las mujeres sino que los hombres son igualmente responsables de su desarrollo.
5. Involucrar a las mujeres en todo el programa, desde el diseño a la evaluación. Han de considerarse las necesidades de las mujeres en materia de salud sexual y reproductiva como parte básica del programa para su mayor pertinencia.
6. Insertar, a lo largo de todo el desarrollo del programa, el análisis de género de las causas de la morbilidad y mortalidad materna como pieza clave para comprender mejor el problema y afrontar soluciones de mayor eficacia.
7. Desarrollar y utilizar indicadores sensibles al género tales como¹²:
 - > Índice de riesgo reproductivo.
 - > Principales causas de mortalidad materna.
 - > Principales enfermedades sufridas por hombres y mujeres en edad fértil.
 - > Proporción de las mujeres en edad fértil (15-49 años) que sufren anemia.
 - > Niveles de nutrición familiar y distribución de alimentos, diferenciando por sexo y edad.
 - > Porcentaje de mujeres con acceso a servicios sanitarios, por edad.
 - > Porcentaje de mujeres que forman parte de la plantilla sanitaria.
 - > Porcentaje de mujeres embarazadas con control sanitario durante el embarazo y con asistencia sanitaria ante complicaciones.
 - > Porcentaje de partos atendidos por personal cualificado.
 - > Acceso a servicios post-parto por cada 100 partos.
 - > Número registrado de casos de interrupción voluntaria del embarazo.

¹² Pueden revisar estos y otros indicadores en el Anexo IV. Los principales indicadores sensibles al género en salud sexual y reproductiva.

- > Indicador de fecundidad femenina juvenil: Número de nacimientos de madres menores de 20 años, dividido por el total de mujeres entre 14 y 19 años, por 1.000.
- > Número de embarazos y espaciamiento entre partos.
- > Indicador de co-responsabilidad familiar: Participación del padre en las tareas de trabajo más duras. Por ejemplo, en la búsqueda del agua.
- > Cargas familiares y laborales de la mujer en el puerperio: cuidado de hijos, de otros familiares, trabajo remunerado y no remunerado.
- > Participación de las mujeres en las instituciones y en las organizaciones políticas que trabajan salud sexual y reproductiva.
- > Políticas de protección a la maternidad y porcentaje de mujeres protegidas por sector de actividad (asalariadas por cuenta ajena, por sectores laborales). Porcentaje de mujeres desprotegidas por sector de la actividad (trabajadoras por cuenta propia, por sectores laborales).

En muchas ocasiones, los datos sobre estos indicadores no estarán disponibles y será necesario construir un sistema de registro así como adaptar los indicadores a la realidad concreta del contexto africano.

8. Promover la inclusión del concepto de desigualdad de género en cada una de

las tradiciones culturales haciendo hincapié en los efectos nocivos que tiene para la salud determinadas prácticas sociales derivadas de esta desigualdad. Por ejemplo, mostrar las complicaciones que para la salud materna que trae consigo el embarazo temprano o el poco tiempo entre un embarazo y otro.

9. Promover políticas de protección a la maternidad y de co-responsabilidad paterna en el cuidado.

Atención primaria de salud

La estrategia de atención primaria de salud, por su parte, persigue incrementar los servicios sanitarios de calidad, especialmente servicios preventivos y curativos, y facilitar su accesibilidad. El enfoque para ello es horizontal: considera todos los agentes implicados en la problemática y sus diferentes perspectivas, adecua la metodología a los usuarios y potencia la participación. Dentro de un programa sobre prevención y atención a las complicaciones del embarazo y el parto, atravesado por la perspectiva de género, la estrategia de APS implica:

1. Estudio socio antropológico de la zona que recoja las causas ya analizadas de las complicaciones en el embarazo, el parto y el post-parto, además del nº de centros / habitantes, nº de personal / habitantes, matronas /habitante,...
2. Implementar los servicios necesarios en la zona (maternidades, centros de salud, personal y material disponible), su calidad y su accesibilidad.

3. Creación/apoyo del consejo comunitario de salud e incorporación en su agenda de los problemas de embarazo, parto y post-parto.
4. Proporcionar servicios accesibles de atención obstétrica de urgencia para tratar los partos con complicaciones.
5. Diseñar servicios que protejan los derechos de las mujeres. Los servicios han de promover su derecho a decidir sobre su salud sexual y reproductiva, su derecho a tener información de calidad, su derecho a elegir pareja y su derecho a no sufrir violencia, entre otros.
6. Proporcionar servicios de atención durante el embarazo, el parto y el post-parto a las mujeres en edad de procrear, sin importar su estado civil.
7. Intensificar la supervisión y capacitación del personal y utilizar sistemas que premien la buena calidad de la atención de la salud con perspectiva de género.
8. Mejorar la formación del personal más cercano a la población: mujeres y hombres líderes, parteras tradicionales, enfermeros y enfermeras de base, matronas.
9. Proporcionar un personal adecuado en número y cualificación.

Educación para la salud

En cuanto a la estrategia de educación para la salud, ésta persigue crear cambios en las actitudes y hábitos de vida de la sociedad en su conjunto en relación con la sexualidad

y la reproducción. Como vimos, supone un paso fundamental para aumentar la información y participación de la población y, de este modo, contribuir al aumento de su control sobre la salud sexual y reproductiva. Dentro de la estrategia de APS, abre las puertas para poder desarrollar la estrategia de empoderamiento de las mujeres. En un programa de salud sexual y reproductiva, la estrategia de EPS puede desarrollarse a través de las siguientes líneas:

1. Formación de formadores en salud sexual y reproductiva.
2. Utilización de una metodología participativa para el desarrollo de las diferentes actividades educativas con el fin integrar a la población en el proceso de aprendizaje como parte activa.
3. Información sobre cambios, riesgos y enfermedades que pueden ir asociados al embarazo, al parto y el post-parto.
4. Sensibilización sobre las complicaciones en el embarazo, sus causas y su tratamiento dirigida a toda la comunidad, hombres y mujeres.
5. Incorporación de las experiencias y conocimientos de hombres y mujeres en el proceso de aprendizaje sobre complicaciones en el embarazo, parto y post-parto. El aprendizaje debe considerarse un proceso abierto.
6. Información también sobre el cuidado durante el embarazo y la preparación y las condiciones para el parto.
7. Educación sobre la relevancia de relacio-

nes igualitarias para la prevención de las complicaciones en el embarazo, el parto y el post-parto. Actividades de carácter co-educativo que favorezcan el desarrollo de actitudes igualitarias.

8. Educación en la co-responsabilidad y en los cuidados señalando el papel cuidador del padre durante el embarazo, parto y post-parto así como el disfrute a una paternidad responsable.
9. Desarrollo de actividades específicamente para los grupos más vulnerables y aislados utilizando la "educación entre iguales". Por ejemplo, trabajo con mujeres jóvenes sobre la importancia del autocuidado y con jóvenes varones sobre la responsabilidad en el ejercicio de la sexualidad, como forma de autocuidado y cuidado de las mujeres (preservativos, métodos de anticoncepción, etc.)

Empoderamiento de las mujeres

En cuanto a la estrategia del empoderamiento de las mujeres, ésta busca incrementar el grado de poder de las mujeres sobre su vida sexual y reproductiva. En la búsqueda de este objetivo, en un programa de atención a las complicaciones obstétricas el trabajo se dirige a empoderar a las mujeres para que cuiden su salud antes, durante y después del embarazo. Igualmente, persigue empoderar a las mujeres para que formen parte activa de las políticas, programas y proyectos relacionados con esta materia. La estrategia del empoderamiento, que deriva de las estrategias de transversalidad, APS y EPS, se aplica siguiendo estas pautas:

1. Información a las mujeres sobre los cambios que se pueden realizar para vivir el embarazo de forma saludable y sobre los posibles riesgos y enfermedades que se pueden sufrir durante el embarazo y el parto.
2. Trabajo en el aumento de la autoestima de las propias mujeres en fase de embarazo, parto y post-parto.
3. Identificación de la importancia de los cuidados durante el embarazo, el parto y el post-parto.
4. Impulso del autocuidado y de la negociación del cuidado con los hombres y otros familiares.
5. Insistencia en la relevancia del cuidado de la salud de la mujer más allá del embarazo y el parto de cara a otros posibles partos y, sobre todo, al disfrute de una vida saludable.
6. Determinación y expresión de las necesidades de las mujeres antes, durante y después del embarazo: necesidades económicas, sociales, afectivas, entre otras.
7. Favorecer que las mujeres decidan su asistencia al control del embarazo y la asistencia de personal cualificado en el parto.
8. Implicación de las mujeres como gestoras de programas de prevención de complicaciones obstétricas.
9. Implicación de las mujeres en el diseño de las políticas de protección a la maternidad y co-responsabilidad paterna.



Recuerda

- > Un programa integral sobre **complicaciones en el embarazo y el parto** debe trabajar las cuatro estrategias de promoción de la salud: transversalidad del enfoque de género, APS, EPS y empoderamiento de las mujeres.
- > A través de la **transversalidad del enfoque de género**, se involucra a las mujeres como parte activa del proyecto así como se potencia la co-responsabilidad de los hombres. Y, sobre todo, se integra el análisis de género de las complicaciones obstétricas en todas las fases del programa.
- > A través de la **atención primaria en salud**, se desarrollan servicios que respondan a las necesidades de las mujeres en esta materia, que sean accesibles y de calidad.
- > En cuanto la estrategia de **educación para la salud**, se promueve de modo participativo un aprendizaje sobre los riesgos que pueden producirse durante el embarazo y el parto así como las formas de protección y prevención. Del mismo modo, se opta por la coeducación.
- > Por último, un programa integral de atención a las complicaciones obstétricas ha de orientar su acción también a fortalecer las capacidades y habilidades de las mujeres antes, durante y después del embarazo para que se conformen como partes activas del desarrollo propio y de la comunidad. Esto significa que precisa aplicar la estrategia del **empoderamiento** de las mujeres.
- > Desde todas ellas es muy importante promover políticas de protección a la maternidad y co-responsabilidad paterna.



Para saber más

- > DE BRUYN, M. (2003) La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos humanos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. Durham, EE.UU. IPAS.
- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2000) Las mujeres en los países en desarrollo. Cuadernos Salud y derechos sexuales y reproductivos, nº1. Madrid. FPFE.
- > FNUAP (2004) Estado de la población mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en <http://www.unfpa.org/>
- > LOZANO, Itziar (1994) Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia. Madrid. Fórum de Política Feminista.
- > PAI, FCI y IPPF (2005) Informe Especial. La CIPD diez años después. ¿Dónde estamos ahora? en Countdown 2015. Salud y derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Population Action Internacional, Family Care Internacional y Federación Internacional de Planificación de la Familia.
- > PAI (2001) Informe de PAI de 2001. Mundos diferentes. Salud y riesgos sexuales y reproductivos. Disponible en: <http://www.populationaction.org/>
- > WHO (2004) Beyond the Numbers. Reviewing maternal death and complications to make pregnancy safer. Disponible en <http://www.who.int>
- > WHO, UNICEF and UNFPA (2003) Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Disponible en <http://www.who.int>
- > COUNTDOWN 2015, <http://www.countdown2015.org>
- > FNUAP <http://www.FNUAP.org/>
- > OMS, <http://www.who.int/en/>
- > POPULATION ACTION INTERNATIONAL <http://www.populationaction.org/>

4.2 VIOLENCIA DE GÉNERO

En gran parte del planeta, la violencia contra las mujeres se encuentra aún legitimada por la sumisión que se asume socialmente han de tener las mujeres respecto a los hombres. La violencia de género se manifiesta tanto en agresiones físicas y psicológicas en la vida diaria (violencia intrafamiliar, acoso en el trabajo) como en otras asociadas a prácticas tradicionales (mutilación genital femenina, matrimonio precoz, trato descuidado a las hijas e infanticidio femenino). Igualmente, esta violencia se ejerce en todas las esferas tanto en la familia, como

en la comunidad como por parte del Estado (Ver Tabla 2). Todos estos actos de violencia encuentran su legitimación en los valores culturales basados en unas relaciones desiguales de género.

Aunque la comunidad y el Estado ejercen violencia de género, no obstante, la mayor parte de esta violencia se concentra en el espacio doméstico. Son los propios familiares, padres, madres, compañeros o esposos, los principales agresores y responsables de las graves consecuencias que tiene su violencia sobre la salud física, mental y emocional de las mujeres. Veamos cómo poder trabajar dos casos concretos de este tipo de violencia: la violencia intrafamiliar y la mutilación genital femenina (MGF).

Tabla 2. Tipos de violencia de género según el actor que la ejerce.

Familia	Comunidad	Estado
> Violencia intrafamiliar.	> Violación.	> Mal trato en los servicios públicos, entre otros en los servicios sanitarios.
> Infanticidio femenino.	> Abuso sexual.	> Violencia perpetrada o permitida por el Estado donde quiera que ocurra (comisarías, policía, establecimientos militares, instituciones, etc.)
> Trato descuidado a las hijas.	> Acoso, intimidación sexual en el trabajo.	
> Abuso sexual de niñas.	> Tráfico sexual de mujeres.	
> Mutilación genital femenina.	> Prostitución forzada.	
> Matrimonio precoz.		
> Violencia relacionada con la dote.		
> Violencia marital.		
> Violación.		
> Violencia y explotación.		

Fuente: L. Mazarrasa (2005).

4.2.1 LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

Como se acaba de exponer, es en el ámbito familiar donde se producen la mayor parte de agresiones hacia las mujeres. La familia es considerada como un todo armónico donde la violencia se justifica aludiendo a la distribución socialmente fijada del poder familiar. De este modo, se entiende la violencia del esposo o compañero hacia su mujer y ciertos tipos de agresiones del padre hacia la hija como manifestación del mayor poder que tiene un sexo sobre otro. Las agresiones de las madres hacia las hijas responden, sin embargo, a una distribución del poder generacional al igual que aquellas que ejercen los padres sobre los hijos varones. Centrémonos en la violencia ejercida por los hombres hacia las mujeres al ser ellos los que con mayor frecuencia agreden y ellas las principales víctimas de este tipo de violencia.

Transversalidad del enfoque de género

La introducción de la transversalidad del enfoque de género en un programa o proyecto de violencia intrafamiliar se caracteriza por visibilizar la problemática y por considerar sistemáticamente las desigualdades sociales existentes entre hombres y mujeres desde la identificación hasta la evaluación como causas explicativas de esta clase de violencia. Varias son las acciones posibles a realizar en esta dirección:

1. Hacer visible los problemas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres re-

lacionados con la violencia intrafamiliar mostrando su naturaleza, las raíces de donde parten y sus consecuencias físicas, psicológicas y sociales.

2. Integrar de forma permanente el análisis de género en el estudio de la violencia familiar señalando cuáles son los factores que incrementan el riesgo de ejercer y sufrir este tipo de violencia.
3. Sensibilizar a toda la comunidad, a través del consejo de salud comunitario, sobre los efectos perversos que tiene la violencia intrafamiliar sobre la salud sexual y reproductiva especialmente de la mujer pero también del hombre.
4. Formar, específicamente, a los encargados del programa y/o incluir a personal experto en la materia.
5. Integrar a las mujeres en todas las fases del programa para introducir sus aprendizajes al tiempo que introducir a los hombres como aliados. Trabajar con mujeres y hombres en el diseño, implementación y evaluación del programa. Se trata de romper con concepciones culturales que tanto mujeres como hombres justifiquen la violencia intrafamiliar.
6. Elaborar, ejecutar y evaluar el programa considerando las causas de la violencia, sus efectos sobre las mujeres y el rol asumido por los hombres que maltratan.

¹³ Todos estos indicadores se encuentran recogidos en el Anexo IV. Los principales indicadores sensibles al género en salud sexual y reproductiva.

7. Diseñar un conjunto de indicadores que sirvan para medir la violencia de género. A continuación se exponen algunos indicadores¹³ que pueden ser de utilidad. No obstante, estos pueden ser difíciles de conseguir y es aconsejable adecuarlos al contexto africano e instaurar un sistema de registro.

- > Existencia de asociaciones de apoyo a las víctimas de la violencia de género.
- > Inclusión de la sensibilización y prevención de malos tratos en el proceso educativo.
- > Asistencia, física y/o psicológica, a las víctimas de la violencia de género desde los servicios sanitarios.
- > Indicador de violencia sexual ejercida contra las personas.
- > Indicador de daños psicológicos.
- > Indicador de morbilidad asociada al malestar de las mujeres.
- > Indicador de suicidios y tentativas de suicidios de mujeres.
- > Indicador de lesiones no fatales incluidos daños psicológicos y sociales y muertes por violencia intrafamiliar.
- > Indicador de sanciones legales a la violencia contra las mujeres.
- > Número de víctimas de la violencia por cada 100 personas, por sexo.

8. Impulsar la investigación en materia de violencia intrafamiliar y género.

Atención primaria de salud

El trabajo desde la estrategia de atención primaria de salud se centra en proporcionar servicios y acceso a las mujeres que sufren violencia intrafamiliar. La perspectiva es prevenir el maltrato y proponer soluciones tanto a las mujeres maltratadas como a sus agresores. Realizar un programa o proyecto sobre violencia intrafamiliar apoyándose en esta estrategia supone:

1. Diagnóstico socio antropológico para conocer la situación que propicia la violencia intrafamiliar.
2. Desarrollo del problema a través del consejo de salud comunitario y establecimiento sistemas de prevención, detección precoz e identificación de la violencia de género.
3. Desarrollar, de acuerdo a la realidad sociocultural de la zona de trabajo, servicios de atención a las mujeres víctimas de la violencia haciendo frente a los valores culturales que sitúan a las mujeres en un espacio secundario.
4. Instaurar servicios de atención constante y programada que les hagan sentirse capaces de salir del círculo de la violencia. Para ello es fundamental, la sensibilización previa de la comunidad con el problema de la violencia intrafamiliar e impulsar un compromiso político local contra este tipo de violencia. Estos temas se trabajan a través de la estrategia de la transversalidad y a través de la educación para la salud.
5. Trabajar especialmente con el importante papel que desempeñan los profesionales sanitarios:

- > Formar y sensibilizar a los y las profesionales.
 - > Potenciar una actitud abierta por parte del personal profesional, que transmita sensación de seguridad y apoyo y asegure la preservación de la intimidad. El profesional nunca debe juzgar ni criticar a las víctimas de violencia de género sino escuchar activamente y mostrar empatía hacia los problemas de violencia contra la mujer.
 - > Fomentar el respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el personal sanitario.
6. Incorporar un sistema de registro.
 7. Establecer con los indicadores previos un sistema de evaluación y seguimiento del programa para asegurar el buen funcionamiento del mismo y hacer las adaptaciones necesarias.

Educación para la salud

A través de la estrategia de educación para la salud, la principal tarea es concienciar a la comunidad en general sobre las consecuencias negativas de la violencia intrafamiliar en la salud sexual y reproductiva y potenciar el desarrollo de habilidades y capacidades que contribuya a la reducción de este tipo de violencia. En esta línea, los puntos principales a tener en cuenta son:

1. Desarrollar actividades de sensibilización sobre la violencia intrafamiliar en toda la comunidad.

2. Informar sobre los riesgos que para la salud sexual y reproductiva, de mujeres y hombres, tiene la violencia intrafamiliar.
3. Impulsar actividades de educación para la salud dirigidas a mujeres y a hombres que les permitan identificar las causas y las consecuencias que provoca la violencia en la salud y las relaciones de poder existentes entre hombres y mujeres en el ámbito familiar y social.
4. Favorecer el intercambio de experiencias y conocimientos sobre violencia intrafamiliar durante todo el proceso de aprendizaje y orientar hacia relaciones no agresivas e igualitarias.
5. Desarrollar programas de prevención dirigidos a hombres y mujeres. El maltratador perpetúa el orden social que lo tiene atrapado como agresor.
6. Teniendo en cuenta las características socioculturales de la zona de trabajo (por ejemplo, religiones o costumbres heredadas), potenciar aquellas actitudes que favorezcan la equidad de género.
7. Trabajo con varones para la prevención de la violencia. Educación en la afectividad y la expresión de sentimientos.
8. Utilizar para la población más vulnerable la herramienta de "educación entre iguales". Por ejemplo, desarrollar tareas formativas sobre violencia intrafamiliar en grupos de mujeres, por edades.
9. Desarrollar programas de "tolerancia cero" a la violencia en la comunidad.

Empoderamiento de las mujeres

La estrategia del empoderamiento de las mujeres es fundamental para la reducción de la violencia intrafamiliar puesto que en gran medida ésta se relaciona con el escaso poder y la baja autoestima de las mujeres. Apoyándose en gran medida en la EPS, el empoderamiento busca desarrollar capacidades en las mujeres en concreto que les permitan hacer frente a la violencia intrafamiliar. Entre las líneas a desarrollar se encuentran:

1. Trabajar de modo participativo con mujeres en general y con mujeres en situaciones de riesgo. Estudiando qué grupos tienen más riesgo de sufrir agresiones familiares, pueden realizarse actividades específicas con estos grupos.
2. A las mujeres víctimas de la violencia proporcionar asistencia, favoreciendo la formación de grupo de autoayuda tanto en zonas rurales como en zonas urbanas.
3. Creación de espacios específicos para el intercambio de ideas y experiencias de las mujeres víctimas de la violencia.
4. Desarrollar la capacidad crítica de las mujeres para cuestionar la posición de subordinación y pasividad asignada socialmente.
5. Mejorar y aumentar la autoestima, el desarrollo personal, la salud mental, las relaciones sociales, el autocuidado, las redes sociales de apoyo y la autonomía.

6. Proporcionar alternativas de recursos sociales, policiales, psicológicos que le pueden servir de ayuda.
7. Potenciar sus capacidades para que puedan participar activamente en la toma de decisiones políticas.
8. Impulsar redes de apoyo entre asociaciones y grupos de mujeres que trabajen violencia intrafamiliar.

4.2.2

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Aunque la mutilación genital femenina o ablación está penada por la comunidad internacional, como se señaló con anterioridad, cada año la padecen dos millones más de niñas en el mundo y es practicada de forma generalizada en muchos países africanos.

Constituye, hoy por hoy, una de las violaciones más flagrantes de los derechos humanos y es reflejo de un orden social jerárquico que establece el poder de los hombres sobre las mujeres en tanto que la MGF supone un mecanismo de control sobre la sexualidad de las mujeres desde su edad más temprana. No obstante, es también una de los problemas de salud que más difícil resulta trabajar en tanto que se enfrenta a "tradiciones culturales" arraigadas profundamente en las sociedades donde la MGF se practica. Por este motivo, aparte de considerar las líneas señaladas al hablar de violencia intrafamiliar se han de valorar otras posibles acciones en un programa integral de reducción de la MGF.

Transversalidad del enfoque de género

La transversalidad en un programa para la eliminación de la MGF trae consigo el reconocimiento de las estructuras sociales existentes y los tipos de relaciones que éstas soportan. La transversalidad muestra las causas sociales que impulsan la MGF mediante la presentación de un sistemático análisis de género de los factores que favorecen el desarrollo de este tipo de prácticas. Aplicar la estrategia de la transversalidad, además de los aspectos señalados al referirnos a la violencia intrafamiliar, significa:

1. Analizar los condicionantes de género que favorecen que se practique la MGF mediante un estudio de la zona concreta.
2. Sensibilizar al personal del equipo sobre la MGF así como a la comunidad en su conjunto.
3. Integrar a hombres y mujeres analizando el papel que cada uno tiene en la MGF. La violencia, en este caso, suele provenir en muchas ocasiones de otras mujeres.
4. Considerando las dificultades sociales y culturales que existen de cara a la eliminación de la MGF, diseñar, ejecutar y evaluar el programa o proyecto concreto teniendo en cuenta los diferentes roles de género y cómo estos condicionarán el éxito de la intervención.
5. Negociación para introducir la MGF como problemática sanitaria de prioridad en agendas políticas locales, regionales y nacionales.

Atención primaria de salud

A través de la estrategia de APS, el programa ha de proporcionar servicios accesibles de atención a las complicaciones que genera la MGF sobre la salud de las mujeres a lo largo de toda su vida (hemorragias, infecciones pélvicas, problemas en el parto, etc.). En ningún caso, ha de apoyarse la medicalización de la MGF. Es decir, debe estar prohibido el establecimiento de servicios sanitarios para realizar la mutilación. En esta línea, pueden señalarse algunos aspectos a tener presentes en un programa o proyecto de este tipo:

1. Análisis socio-antropológico para comprender las raíces y consecuencias sociales de la MGF, para introducir el debate en la población y para adaptar la intervención.
2. Formación al personal sanitario sobre las posibles consecuencias y secuelas de la MGF para su atención y cuidado.
3. Apertura del debate sobre la MGF en el consejo de salud comunitario.
4. Establecimiento de servicios sanitarios para el tratamiento de las secuelas físicas y psicológicas de la MGF.

Educación para la salud

El trabajo más importante, quizá, se encuentre en el caso de un programa contra la MGF en la educación para la salud. El principal problema a resolver es un problema de costumbres nocivas donde la estrategia EPS enfatiza su trabajo. En este sentido, desde la EPS pueden introducirse las siguientes líneas de actuación:

1. Informar a la población a través de campañas sobre las consecuencias negativas de la MGF para la salud y para los derechos de las mujeres. Es fundamental en este aspecto tener presentes, si existe, la experiencia y apoyo de redes locales del país que trabajen contra la MGF.
2. Relacionar la MGF con otros temas de salud como la maternidad, las infecciones de transmisión sexual o el VIH/Sida.
3. Proporcionar una información veraz y no sexista en la que se defienda la sexualidad como inherente a las mujeres.
4. Abrir el debate a la población y generar actitudes críticas insistiendo en los efectos negativos que la MGF tiene sobre la salud sexual y reproductiva tanto de hombres como de mujeres.
5. Intercambiar conocimiento y experiencias de hombres y de mujeres sin olvidar que, si bien la mujer es quien padece la mutilación, ambos sexos son parte activa en la mutilación. Casi siempre la MGF es realizada por la madre o alguna mujer.
6. Centrarse en educar a grupos de población determinados: trabajadores sanitarios, líderes comunitarios, policías, políticos, parteras tradicionales, mujeres y hombres. Puede trabajarse con los grupos más vulnerables a través de "educación entre iguales". La educación entre iguales en grupos de jóvenes puede contribuir a una mejor comprensión de sus efectos negativos para la salud y a una actitud contraria hacia la MGF ya desde esta etapa.

7. Hacer cómplices a los hombres en esta cuestión que es vista como "de mujeres". Se trata de enfocar la MGF como un problema de salud pública.

Empoderamiento de las mujeres

Por otra parte, la estrategia del empoderamiento de las mujeres es también pieza clave para la eliminación de la MGF. Aunque la MGF no es exclusivamente un "asunto de mujeres", es crucial que las mujeres adquieran poder en este campo sin que esto suponga no hacerse cómplices de los hombres para este proceso de cambio. ¿Cuáles serían las principales líneas de actuación a desarrollar?

1. Informar sobre MGF a las mujeres y, especialmente, a las mujeres jóvenes.
2. Promover la reflexión e impulsar una actitud crítica hacia la mutilación genital femenina de modo permanente para que las mujeres desarrollen un espíritu crítico.
3. Impulsar el desarrollo de su autoestima y su visualización como seres sexuales.
4. Involucrar a las mujeres en las campañas de eliminación de la MGF y formar líderes.
5. Apoyar las redes de mujeres que trabajen en esta misma dirección e invitar a otras redes a intercambiar opiniones sobre MGF.
6. Impulsar la participación de las mujeres en políticas y programas para la eliminación de MGF a nivel nacional y local.

DOS PROYECTOS DE LUCHA CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO. LAS LECCIONES APRENDIDAS DE MEDICUS MUNDI Y AMREF-FLYING DOCTORS.

Son pocos los proyectos que trabajan directamente en contra de la violencia de género en África, sin embargo las experiencias de Medicus Mundi y AMREF-Flying Doctors en Burkina Faso y en Tanzania, respectivamente, nos muestran cómo es posible trabajar y lograr resultados positivos en esta área.

El proyecto de Medicus Mundi de lucha contra la MGF trabaja, junto con el Comité de Lucha contra la Práctica de la Escisión (CNLPE), en las regiones de Goulmu y Yatenga, Burkina Faso. Esta organización emplea dinámicas como el teatro, los talleres de radio y los debates con animación de monitores sobre el tema de la MGF. El objetivo general es sensibilizar sobre el terreno donde la MGF es un hecho practicado y aceptado por las comunidades. Medicus Mundi y el CNLPE también han elaborado materiales de sensibilización dirigidas especialmente a zonas de difícil acceso.

Una de las claves del éxito de la sensibilización a través de representaciones teatrales es que es llevada a cabo por miembros de agrupaciones locales muy cercanos a la comunidad, en su propia lengua y utilizando elementos de la cultura tradicional como la música y las máscaras artesanales.

Algunas lecciones aprendidas de este proyecto son:

- > Las actividades que se desarrollan en el marco del proyecto están previstas en los planes de acción de los Comités Provinciales de Lucha contra la MGF. Es decir, se enmarcan dentro de la acción nacional al respecto.
- > La representación teatral es un vehículo eficaz en la transmisión de mensajes y más aún cuando los intérpretes son miembros de la comunidad y partícipes de la realidad social que se representa.

El Proyecto Jijenge! (iHazte a ti misma! en Swahili) de AMREF-Flying Doctors tiene como objetivo general capacitar y difundir iniciativas que permitan mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres en la zona del Lago Victoria, Tanzania, incidiendo en la sensibilización contra la violencia de género.

Se trabaja en tres niveles, comunidades, centros de salud y sociedad civil, con actividades de formación, sensibilización, movilización y difusión de los derechos de las mujeres. Jijenge! lleva a cabo el desarrollo de actividades de promoción de los derechos sexuales y reproductivos a través de talleres de teatro, música y campañas. Otra de las iniciativas principales es la formación de líderes y promotores comunitarios, haciendo énfasis en el potencial multiplicador de consorcios y organizaciones que demanden políticas favorables a los derechos de las mujeres.

Algunas lecciones aprendidas del programa Jijenge! son las siguientes:

- > La promoción de los derechos de las mujeres por parte de miembros influyentes de la comunidad es fundamental. Sienta las bases para la formulación de las leyes comunitarias contra la violencia de género y para el cambio de tradiciones perjudiciales para la salud de las mujeres como la MGF.
- > Se debe sensibilizar a los proveedores de servicios sanitarios, sociales y legales sobre la violencia de género y entregarles herramientas para emprender acciones contra ella.
- > Los resultados de mayor impacto se obtienen cuando se trabaja de manera paralela y complementaria en los tres ámbitos de intervención: comunidades, red de centros de salud, y sociedad civil.

A pesar de lo novedoso de estos proyectos en ambos casos ya se han alcanzado resultados tangibles. En las regiones de trabajo del proyecto de Medicus Mundi, ya se puede hablar abiertamente de la problemática que supone la práctica de la MGF. Los miembros de las comunidades están dispuestos a debatir sobre la violencia de género y a intervenir sobre ella. Este hecho resultaba impensable hace veinte años.

En cuanto al proyecto Jijenge!, a cinco años de su inicio los miembros de las comunidades están abiertos a debatir sobre los derechos de las mujeres, específicamente sobre la violencia de género, y a intervenir contra ella. Los casos de violencia de género en la zona de influencia son informados y registrados: cada trimestre 350 mujeres reciben tratamiento médico en un centro de salud y 250 mujeres piden apoyo y consejo a los promotores comunitarios y voluntarios formados por el proyecto.

Fuente: AMREF--Flying Doctors y Medicus Mundi Andalucía



Recuerda

- > Un programa, tanto de reducción de la **violencia intrafamiliar** como de la mutilación genital femenina, debe contemplar para dar una respuesta integral las cuatro estrategias planteadas: transversalidad del enfoque de género, APS, EPS y empoderamiento de las mujeres.
- > Mediante la estrategia de la **transversalidad**, se persigue integrar la perspectiva de género en todas las políticas y acciones relacionadas con la violencia contra las mujeres. En un programa concreto, la tarea consiste en centrar la desigualdad de género como componente explicativo clave para la comprensión y combate de este tipo de violencia. En esta línea, el análisis de género debe estar presente a lo largo de todo el programa.
- > En relación con la **APS**, el trabajo se basa en proporcionar servicios de atención a las consecuencias que sobre la salud física y mental de las mujeres tiene la violencia. Es especialmente relevante formar a los especialistas para que sepan dar una atención adecuada.
- > A través de la **educación para la salud** se desarrolla el trabajo más importante de sensibilización de la población sobre la necesidad de cambiar los comportamientos violentos.
- > El **empoderamiento** de las mujeres es fundamental para trabajar su dañada autoestima y potenciar su papel social y político en las comunidades así como para promover la desaparición de esta práctica y apoyar a otras mujeres que ya la han sufrido.



Para saber más

- > DE BRUYN, M. (2003) La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos humanos de la mujer y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. Durham, EE.UU. IPAS.
- > LOZANO, Itziar (1994) Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia. Madrid. Fórum de Política Feminista.
- > MAZARRASA ALVEAR, L. (2005) "Violencia de género: Un problema de salud pública". Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad.
- > MAZARRASA ALVEAR, L., BOTELLA CAÑAMARES, N. y ACNUR (1999) "Prácticas tradicionales perjudiciales para la salud: Informe del ACNUR" en Suplementos de OFRIM. Madrid. OFRIM.
- > OMS, (2000) "Female Genital Mutilation", en <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html>
- > SOJO, D., SIERRA, B. y LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible en: www.medicosdelmundo.org
- > VELASCO JUEZ, C. (2005) "Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas" en Matronas Profesión. Madrid.
- > VELASCO JUEZ, C. (2002) "La mutilación genital femenina" en Martín, A., Velasco, C. y García, F. Las mujeres en el África subsahariana. Barcelona. Ediciones del Bronce.
- > OMS, <http://www.who.int/en/>
- > UNIFEM, <http://www.unifem.org/>

4.3 PRÁCTICAS ANTICONCEPTIVAS

“El derecho de las mujeres a decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas y el intervalo entre los nacimientos, así como el tener acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer esos derechos, es un derecho humano fundamental”

(FEPEF, 2000: 28)

En términos generales, las mujeres continúan siendo las mayores usuarias de métodos modernos de anticoncepción¹⁴ mientras que la asunción de responsabilidad por parte de los hombres en la prevención de embarazos no deseados es todavía muy reducida. Concretamente, “la píldora y el dispositivo intrauterino (DIU) son los métodos modernos más utilizados en los países más avanzados de África” (Federación de Planificación Familiar de España, 2000: 29).

Aunque la mayoría de los países han aumentado el uso y acceso a métodos anticonceptivos en los últimos años, un tercio de las mujeres en edad fértil en los países en desarrollo aún carecen de métodos modernos de anticoncepción. Paralelamente, la mayoría de las personas que usan métodos anticonceptivos no cuentan con información suficiente sobre su uso ni sobre el método que más se ajusta a sus necesidades y los sistemas de seguimiento y vigilancia con los que cuentan son aún muy limitados.

En este sentido, el principio número 8 del Programa de Acción de la CIPD reconoce

que: “todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo”.

A grandes rasgos, se puede distinguir entre anticoncepción, relacionada con el derecho de hombres y mujeres a prevenir embarazos e ITS dentro de unas relaciones sexuales responsables, y planificación familiar, vinculada a las decisiones familiares sobre el número de hijos y el espacio temporal entre sus nacimientos. La anticoncepción, por tanto, implica una perspectiva más general desde la cual se puede trabajar prevención de embarazos e ITS aunque no haya conformada una unidad familiar.

Transversalidad del enfoque de género

Dentro de un programa de anticoncepción o, específicamente, de planificación familiar la transversalidad del enfoque de género trata de hacer visible el diferente acceso y control de métodos anticonceptivos por parte de hombres y mujeres y analizar cuáles son las causas y consecuencias que tiene sobre la salud sexual y reproductiva de ambos. Implica, por tanto, analizar el acceso de hombres y mujeres a información y a métodos anticonceptivos seguros; su capacidad para decidir sobre el uso de los mismos; y las necesidades específicas de

¹⁴ Los métodos anticonceptivos modernos son la píldora anticonceptiva, las inyecciones, el dispositivo intrauterino, las tabletas vaginales, los espermicidas, los diafragmas y las esterilizaciones masculinas y femeninas.

cada uno de los sexos en relación con esta materia. La finalidad es conseguir que las decisiones relativas a anticoncepción sean consensuadas entre ambos sexos para lo cual es fundamental impulsar relaciones personales equitativas. Los principales puntos a revisar para comprobar si un programa de anticoncepción ha introducido la perspectiva de género son:

1. Análisis y profundización en las causas de las diferencias existentes entre hombres y mujeres en el acceso y decisión de uso de métodos anticonceptivos.
2. Estudio de las necesidades de hombres y mujeres en relación con los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, la necesidad de un trabajo específico dirigido a los hombres sobre el uso del preservativo.
3. Información dirigida a los gestores y a la comunidad en general sobre las consecuencias que tiene para la salud un desigual acceso de hombres y mujeres a métodos anticonceptivos y la falta de equidad a la hora de decidir usarlos. Debe hacerse hincapié en los efectos negativos de las relaciones sexuales de riesgo rompiendo con posibles mitos culturales asociados a la masculinidad.
4. Diseño del programa teniendo en cuenta la importancia de la igualdad de género en el acceso y la capacidad de uso de anticonceptivos de cara a una sexualidad y reproducción sana.
5. Hacer partícipes tanto a hombres como a mujeres en este tipo de programas. Con frecuencia, este tipo de programas se dirige a las mujeres como principales

beneficiarias. Si bien son ellas las que tradicionalmente han contado con menos recursos y poder de decisión sobre uso de métodos anticonceptivos, no hay que olvidar la co-responsabilidad de los hombres en esta materia.

6. Seguimiento y evaluación del programa conforme estos indicadores sensibles al género y otros que puedan idearse para el caso concreto¹⁵:
 - > Tasa de uso anticonceptivos en hombres y mujeres.
 - > Acceso y asistencia a servicios de información sobre anticoncepción según sexo y edad.
 - > Indicador de inclusión de la educación sobre anticoncepción en el proceso educativo dirigida a jóvenes, mujeres y hombres.
 - > Grado de conocimiento de las diferentes técnicas anticonceptivas, por sexo.
 - > Número ideal de hijos expresado por hombres y mujeres sobre el número total de hijos.

¹⁵ Los indicadores sensibles al género se encuentran recogidos en el Anexo IV. Los principales indicadores sensibles al género en salud sexual y reproductiva.

Atención primaria de salud

El trabajo a realizar desde la estrategia de APS es el de hacer accesibles, tanto a hombres como a mujeres, métodos anticonceptivos seguros y servicios de información. La atención primaria en salud entiende los problemas derivados de esta falta de acceso de un modo integral considerando todos los factores socio-culturales que influyen e impulsando la participación de la población. Veamos cuáles son los rasgos generales que han de estar presentes en un programa de anticoncepción que integre la APS:

1. Estudio socio-antropológico de la zona para recoger las causas que dificultan el acceso y uso de métodos anticonceptivos haciendo especial hincapié en las nociones culturales de maternidad, paternidad, familia y sexualidad y visibilizando los estereotipos y restricciones de la sexualidad femenina.
2. Creación de un consejo de salud comunitario con participación de las mujeres y hombres en el que se trate la anticoncepción y el derecho al disfrute de la sexualidad de hombres y mujeres.
3. Diseño de un programa, de acuerdo a las políticas nacionales y la realidad sociocultural, que favorezca el acceso a métodos anticonceptivos y servicios de asesoramiento e información. Proporcionar anticoncepción de emergencia.
4. Formación específica dirigida al personal sanitario para que informen de un modo adecuado.
5. Desarrollo de servicios integrales que respeten confidencialidad de las personas,

hombres y mujeres, y sus derechos a decidir sobre métodos anticonceptivos, poniendo especial atención en eliminar las barreras de acceso de las y los jóvenes.

6. Creación de servicios específicos para la anticoncepción en adolescentes que promuevan un uso real por parte del grupo diana.
7. Integración de estos servicios dentro de la planificación sanitaria de la región.
8. Desarrollo de metodologías participativas que involucren a hombres y mujeres en el desarrollo del programa.

Educación para la salud

La educación para la salud, por otra parte, contribuye a crear hábitos de vida saludable. En un programa de anticoncepción, su función se dirige a fomentar relaciones sexuales responsables y sanas a través de la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres. A continuación se destacan las líneas de actuación de mayor interés:

1. Creación de un espacio adecuado, mediante uso de metodología participativa, para el intercambio de experiencias y conocimientos de hombres y mujeres sobre anticoncepción para proporcionar información sobre métodos seguros.
2. Valorar de igual modo las aportaciones de hombres y mujeres a lo largo de todo el proceso de aprendizaje.
3. Realización de actividades para que comprendan los riesgos de no usar métodos

anticonceptivos teniendo presentes sus concepciones culturales sobre sexualidad y reproducción. Por ejemplo, campañas dirigidas a toda la comunidad sobre la necesidad del uso de anticonceptivos modernos para prevenir embarazos no deseados.

4. Ejecución de actividades que promuevan la protección frente al embarazo o posibles ITS y el desarrollo de habilidades personales y sociales. Es importante, por ejemplo, romper con las tres "I" de los jóvenes que se creen infértiles, inmunes e inmortales y potenciar actitudes que les ayuden a protegerse.
5. Desarrollo de actividades que fomenten el autocuidado en las mujeres y el cuidado a los demás en los hombres. La mujer debe protegerse pero también el hombre es responsable de evitar el embarazo o la transmisión de ITS.
6. Utilización de la herramienta de "educación entre iguales" especialmente en el trabajo con jóvenes y adolescentes puesto que inician su vida sexual pero carecen de información fiable sobre anticoncepción.
7. Enfocar todas las actividades incidiendo tanto en los aspectos más biológicos de la sexualidad y la reproducción como en aquellos relacionados con la afectividad y la igualdad entre hombres y mujeres.

Empoderamiento de las mujeres

El empoderamiento de las mujeres constituye una estrategia fundamental dentro de un programa de anticoncepción o de planificación familiar. Puesto que promueve la

adquisición de poder por parte de las mujeres tanto para sus decisiones más personales como para aquellas más comunitarias o sociales, el empoderamiento facilita que las mujeres tomen partido en su propia protección frente al embarazo no deseado, las ITS y el VIH/Sida. Así, el empoderamiento contribuye a que se reduzcan las consecuencias del no uso de métodos anticonceptivos. Para ello, esta estrategia centra su trabajo en:

1. Uso de técnicas participativas que involucren a las mujeres como agentes fundamentales en la protección.
2. Desarrollo de habilidades y capacidades individuales, familiares y comunitarias. Por ejemplo, desarrollo de la habilidad de negociación del uso de anticonceptivos en sus relaciones sexuales.
3. Identificación del rol reproductor de las mujeres pero también de su derecho a una sexualidad sana y satisfactoria.
4. Diseño del programa teniendo presentes las necesidades y barreras manifestadas por las mujeres en esta materia.
5. Creación de espacios y oportunidades para que las mujeres analicen su situación personal en relación con la anticoncepción y abran puertas a posibles soluciones.
6. Fortalecimiento de las asociaciones de mujeres que trabajen anticoncepción y establecimiento de redes con otras asociaciones similares de la región, el país y otros países.
7. Participar en las políticas que faciliten el acceso universal a la anticoncepción segura.



Recuerda

- > Un programa de **anticoncepción o de planificación familiar** precisa de un enfoque integral que trabaje las cuatro estrategias de promoción de la salud: transversalidad del enfoque de género, APS, EPS y empoderamiento de las mujeres.
- > Con la estrategia de **transversalidad** se consigue analizar las causas del diferente acceso y decisión sobre el uso de anticonceptivos por parte de hombres y mujeres y diseñar el programa, sus objetivos, resultados y actividades, teniendo en cuenta esta desigualdad de género.
- > Por su parte, a través de la estrategia de **atención primaria de salud** se provee a la población, hom-

bres y mujeres, de servicios de asesoramiento e información así como de métodos anticonceptivos seguros.

- > En cuanto a la estrategia de **EPS**, ésta favorece el desarrollo de relaciones sexuales saludables, afectivas e igualitarias.
- > El **empoderamiento** contribuye a desarrollar habilidades y capacidades de las mujeres para su propia protección frente a embarazos e ITS y para aumentar su poder dentro de organismos e instituciones que trabajen con anticoncepción.



Para saber más

- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2004) "Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva". Disponible en <http://www.fpfe.org/>
- > FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2000) Las mujeres en los países en desarrollo. Cuadernos Salud y derechos sexuales y reproductivos, nº1. Madrid. FPFE.
- > FNUAP (2004) Estado de la población mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en <http://www.unfpa.org/>
- > GREENE, M. E.; RASEKH, Z.; AMEN K.; CHAYA, N.; y DYE, J. (2002) En esta generación: Políticas de salud sexual y reproductiva para un mundo joven. Washington, EE.UU. Population Action International.
- > LOZANO, Itziar (1994) Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia. Madrid. Fórum de Política Feminista.
- > SOJO, D., SIERRA, B. y LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible en: www.medicosdelmundo.org
- > WAISMAN, V. (2000) Derechos reproductivos 2000: Hacia adelante. Centro Legal de Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Disponible en <http://www.crlp.org>
- > FNUAP, <http://www.FNUAP.org/>
- > FPFE, <http://www.fpfe.org/>
- > IPPF (FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR), <http://www.ippfwhr.org>

4.7 LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

EL CASO DEL VIH/Sida

Como ya mencionamos, cada año se detectan alrededor de 340 millones de nuevos casos de infecciones de transmisión sexual (ITS). Concretamente, la pandemia del VIH/Sida, cuya transmisión se produce el 75% de las veces por prácticas sexuales de riesgo, está teniendo un fuerte impacto sobre la salud de numerosas mujeres y hombres en el continente africano, especialmente en el África Subsahariana.

En líneas generales, las mujeres y las niñas son más vulnerables a contraer ITS y, específicamente el VIH/Sida, tanto por causas biológicas como por causas psico-sociales. La posibilidad de transmisión sexual del VIH/Sida de hombre a mujer es hasta 12 veces mayor que de mujer a hombre por los siguientes factores biológicos:

- > El semen tiene más capacidad infectante que el flujo vaginal.
- > En el coito vaginal las mujeres exponen una superficie mucosa que resulta más frágil y con mayores posibilidades de diminutas roturas que la del hombre.
- > Las ITS, algunas de las cuales son muy frecuentes en mujeres y que permanecen sin tratar mucho tiempo tales como las lesiones en cérvix, incrementan el riesgo de infección (Instituto de la Mujer, 2002a: 45).

En cuanto a las causas psico-sociales, la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas a la infección del VIH se explica por la carencia de información y, sobre todo, por su falta de emancipación. Las mujeres que asumen los roles tradicionales de género tienen mayor riesgo de infectarse al tiempo que presentan mayor resistencia a practicar sexo seguro. Asumen su papel subordinado respecto al hombre y establecen relaciones sexuales con varones que, por razones culturales, no practican sexo seguro ni con parejas esporádicas ni con parejas estables. Aparte de estos factores, su escaso control sobre los medios de prevención, su aislamiento social y su dependencia afectiva y económica influyen en un mayor riesgo de contraer el VIH (Instituto de la Mujer, 2002a: 49).

Al riesgo de contraer el VIH hay que unir la estigmatización social que sufren numerosas mujeres cuando se encuentran infectadas. Una estigmatización que responde a unas estructuras culturales y sociales que sitúan a la mujer en un segundo plano. Así, en muchas ocasiones, el escaso valor otorgado a las mujeres conlleva la marginación familiar y social y su escasa autonomía económica provoca que queden totalmente desamparadas.

Se precisa, por tanto, de unos programas y proyectos que no sólo actúen sobre las causas biológicas del VIH/Sida sino que sean conscientes de cómo el orden de género influye en su transmisión y en sus efectos. Veamos varios modelos de intervención conforme las diferentes estrategias presentadas.

Transversalidad del enfoque de género

“Estaremos haciendo “mainstreaming” de género cuando estemos influyendo en las políticas y técnicas para que al planificar y desarrollar un programa de prevención y seguimiento del VIH/Sida se tenga en cuenta el género para detectar necesidades de atención en función del sexo, para incidir en los condicionamientos socio-culturales sujetos al género que influyen en el mayor o menor riesgo de infección o vulnerabilidad de mujeres y varones y preparando medidas para cambiar esos condicionantes que dificultan la prevención” (Instituto de la Mujer, 2002b: 34). Por tanto, para aplicar la transversalidad del enfoque de género en un programa de prevención y/o seguimiento del VIH/Sida ha de impulsarse:

1. El desarrollo de una conciencia de la relación entre género y VIH/Sida dentro de la institución u organización concreta donde se elabore el programa.
2. La diferenciación de las necesidades de hombres y mujeres, haciendo hincapié en la población adolescente y juvenil, tanto en tareas de prevención como en tareas de seguimiento.
3. El establecimiento de sistemas de análisis de género de la transmisión y la vivencia del VIH/Sida para la determinación de los aspectos sociales y culturales que generen diferentes patrones según género.
4. Diseño de objetivos, resultados y actividades que traigan consigo un cambio en relación con las influencias y consecuencias asociadas al género.

5. Utilización de indicadores que midan el impacto del programa sobre los patrones de género para el monitoreo y la evaluación del programa. Entre otros pueden utilizarse¹⁶:

- > Tasa de variación en el número de infectados por VIH/Sida registrados, por sexo.
- > Proporción de casos de virus de inmunodeficiencia humana en adultos, por sexo.
- > Proporción de casos de VIH en embarazadas de 15 a 24 años de edad.
- > Porcentaje de hombres y de mujeres que usan el preservativo durante toda la relación sexual, por edad.

Atención primaria de salud

Desde el enfoque de la atención primaria de salud, el VIH/Sida ha de trabajarse de modo integral analizando las causas sociales e involucrando a la población para lo cual se precisa tanto de una metodología adecuada así como de recursos suficientes. Señalemos algunos puntos que pueden orientar las intervenciones concretas de prevención y/o seguimiento:

1. Estudio socio-antropológico del VIH/Sida en la región concreta revisando si existe estigma hacia las personas enfermas y portadoras de VIH y si se viene incrementando el número de mujeres infectadas.

¹⁶ Más información sobre indicadores sensibles al género se encuentra recogida en el Anexo IV. Los principales indicadores sensibles al género en salud sexual y reproductiva.

2. Realizar tareas de formación y especialización sobre VIH/Sida con enfoque de género para el personal sanitario que permita unos cuidados sanitarios de calidad.
3. Asegurar la accesibilidad a los servicios de información e impulsar el establecimiento de redes sanitarias para el correcto seguimiento y cuidado de los infectados e infectadas por el VIH.
4. Asegurar el acceso a un diagnóstico y tratamiento adecuados.
5. Facilitar el acceso a preservativos así como potenciar su uso.
6. Participación de hombres y mujeres en todas las fases del programa para integrar sus conocimientos.
7. Establecer una relación entre el personal sanitario y la persona infectada o enferma que produzca efectos de cambio de actitud en relación con su autocuidado y la protección a su/s pareja/s.
8. Transmitir información personalizada y confidencial sobre la cadena epidemiológica de transmisión.

Educación para la salud

En cuanto a la EPS, ésta se orienta a promover tanto la protección a través de prácticas saludables como la integración de las personas infectadas por el VIH/Sida. En un programa de prevención y/o seguimiento pueden desarrollarse las siguientes actividades.

1. Trabajar a escala comunitaria el VIH/Sida, sus modos de transmisión, los métodos de prevención y las consecuencias de la infección combatiendo el estigma e impulsando la integración social de los infectados y, especialmente, de las infectadas puesto que éstas sufren mayor marginación.
2. Sensibilizar sobre posibles prácticas sexuales de riesgo e informar sobre prácticas de “sexo seguro” desde la adolescencia.
3. Proporcionar medios para el “pacto de sexo seguro” cuyas dificultades residen en la sujeción a los roles tradicionales de género. Impulsar la negociación del preservativo por parte de las mujeres.
4. Informar a hombres y mujeres sobre la mayor vulnerabilidad, física y social, de las mujeres al virus.
5. Escuchar a la población y hacerle participar de modo activo en todo el proceso de aprendizaje impulsando el desarrollo de habilidades y de una actitud crítica en relación con el VIH/Sida y su transmisión.
6. Ejecución de actividades que promuevan el sistema de cuidados. Por ejemplo, informar sobre cómo cuidar a una persona enferma de VIH/Sida y que este cuidado sea asumido igualitariamente también por los hombres.
7. Actividades específicas de “educación entre iguales” entre los grupos más vulnerables.

Empoderamiento de las mujeres

Un programa de prevención y/o seguimiento del VIH/Sida necesita para ser efectivo modificar las actitudes asociadas a los diferentes roles de género. El papel subordinado de la mujer, como se ha indicado, constituye uno de los factores explicativos de la transmisión y de los efectos diferenciados del VIH/Sida en hombres y mujeres. La modificación de esta situación se apoya en el trabajo en dos frentes: empoderar a las mujeres en su relación con su propio cuerpo y empoderar a las mujeres para que estén presentes en la elaboración de políticas y en los programas de prevención y atención. Se trata, pues, de potenciar tanto el desarrollo de la autoestima de las mujeres como su papel dentro de las organizaciones políticas, en los servicios sanitarios y en las ONG. Paralelamente, la participación de los hombres en el cambio, su aceptación de la modificación en las relaciones de poder es crucial para el éxito de todo el proceso.

La implementación de la estrategia de empoderamiento en un programa o proyecto concreto ha de potenciar:

1. La información sobre la transmisión del VIH/Sida y las prácticas de riesgo haciendo hincapié en la mayor vulnerabilidad de las mujeres.
2. Crítica a los estereotipos sexuales por los que asumen comportamientos no deseados que pueden suponer un riesgo para la salud sexual y reproductiva.
3. El derecho de las mujeres a decidir sobre su sexualidad y a expresar sus propias decisiones desde la adolescencia.
4. La negociación del uso del preservativo.
5. La formación de mujeres en materia de VIH/Sida.
6. La lucha contra la estigmatización de las mujeres infectadas por el VIH/Sida.
7. Su presencia en instituciones y organizaciones políticas donde se definan las líneas de actuación en materia de VIH/Sida.
8. La creación de redes de comunicación entre mujeres, asociaciones e instituciones que trabajen con VIH/Sida.
9. La complicidad de los hombres en el proceso de empoderamiento de las mujeres vía información sobre prácticas de riesgo y valores asociados al género.



Recuerda

- > La prevención y/o seguimiento del **VIH/Sida** precisa, al igual que los otros casos analizados, de un programa integral que se apoye en las cuatro estrategias de promoción de la salud señaladas: transversalidad del enfoque de género, APS, EPS y empoderamiento de las mujeres.
- > A través de la estrategia de **transversalidad del enfoque de género**, se detectan las necesidades y los riesgos de infección diferenciales de hombres y de mujeres para poder crear medidas concretas de intervención.
- > La **APS** aporta servicios específicos de atención personalizada e información de calidad.
- > Por su parte, la **educación para la salud** ayuda a romper prejuicios sobre el VIH/Sida impulsando la integración social de los enfermos y las enfermas. Al tiempo contribuye a dar a conocer las prácticas y actitudes que pueden ayudarnos a prevenir la enfermedad.
- > El **empoderamiento de las mujeres** potencia que las mujeres se conviertan en sujetos activos en la lucha contra el VIH/Sida negociando prácticas sexuales seguras y estando presentes en los órganos de decisión de las instituciones que trabajan este tema.



Para saber más

- > ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (2003) Manual para la Formación de Educadores de Iguales en la Prevención de la Infección del VIH/Sida con Población Inmigrante. Madrid. Instituto de Salud Carlos III.
- > FNUAP (2004) Estado de la población mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en <http://www.unfpa.org/>
- > GREENE, M. E.; RASEKH, Z.; AMEN K.; CHAYA, N.; y DYE, J. (2002) En esta generación: Políticas de salud sexual y reproductiva para un mundo joven. Washington, EE.UU. Population Action International.
- > INSTITUTO DE LA MUJER (2002a) La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/Sida en las mujeres. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- > INSTITUTO DE LA MUJER (2002b) Relaciones de género y subjetividad. Métodos para programas de prevención. Colección Salud, nº 5. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- > ONUSIDA (2004) Situación de la pandemia del Sida. Madrid. Disponible en, <http://www.unaids.org>
- > OMS, <http://www.who.int/en/>
- > ONUSIDA, <http://www.unaids.org>

CUADROS

CUADRO I

La participación de los hombres en salud sexual y reproductiva.	
<p>Habitualmente, la información y servicios de salud sexual y reproductiva se dirigen específicamente a mujeres dejando a un lado a los hombres. La epidemia del sida ha puesto de manifiesto las consecuencias para la salud que tienen ciertos comportamientos sexuales de los hombres. Del mismo modo, la violencia hacia las mujeres y la falta de responsabilidad en materia de reproducción demandan un mayor grado de compromiso con la igualdad de género por parte de los hombres.</p> <p>Las encuestas, sobre todo en África, revelan que los hombres se encuentran más interesados en la salud reproductiva de lo que suele suponerse. Según Nzioka (2005), los hombres pueden contribuir a movilizar recursos y redistribuirlos equitativamente entre hom-</p>	<p>bres y mujeres; cambiar las rigideces institucionales culturales favoreciendo el fortalecimiento de la mujer, reduciendo las desigualdades en patrones de salud sexual y reproductiva existentes entre ambos sexos e institucionalizando como prioridad la igualdad de género.</p> <p>Ahora bien, ¿cómo involucrar a los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva? Los tabúes y normas culturales dificultan la comunicación entre hombres y mujeres sobre estos temas. A la vez, las desiguales relaciones de poder imposibilitan plantear un mayor grado de igualdad entre los sexos. Se trata, por tanto, de abrir vías de comunicación y espacios para la construcción de la igualdad. Para conseguir estos dos objetivos, la intervención debe dirigirse a:</p>
<ul style="list-style-type: none"> > Llegar al público masculino con mensajes apropiados utilizando los medios de difusión pública disponibles y haciendo hincapié en la población adolescente y juvenil. > Incitar a los hombres a asumir mayor responsabilidad en su comportamiento sexual. > Informar sobre las identidades de género y los valores asociados a la masculinidad que implican conductas sexuales de riesgo. > Informar sobre los preservativos y la vasectomía así como ofrecer una variedad de servicios de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> > Facilitar el acceso de los hombres a servicios de salud sexual y reproductiva. > Sensibilizar a los hombres a comunicarse con la pareja y decidir juntos respecto de los anticonceptivos y las prácticas sexuales subrayando la importancia de la influencia del género. > Abordar las necesidades de salud reproductiva tanto de los individuos como de las parejas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Drenan (1998), UNFPA (2000) y Nzioka (2005).

CUADRO II

El trabajo con jóvenes en materia de salud sexual y reproductiva	
<p>La población joven constituye en nuestros días una parte importante de la población mundial. Según Population Action International, 1.700 millones de los 6.300 millones de personas que habitan en el planeta tienen entre 10 y 24 años y son la generación más numerosa de la historia de la humanidad. Los jóvenes, además, constituyen una población especialmente vulnerable a los problemas de salud sexual y reproductiva puesto que, aunque comienzan su vida sexual y reproductiva, existen dificultades para informarles y dotarles de capacidades y recursos para el desarrollo de una actitud responsable y sana en el paso hacia la edad adulta. Con frecuencia estas dificultades, asociadas a creencias culturales relativas a la reproducción, la sexualidad y el género, conllevan la no inclusión de los jóvenes como grupo beneficiario de programas y proyectos.</p> <p>Entre los principales problemas de salud que afronta la población juvenil, se encuentra el alto número de embarazos no deseados en adolescentes; los abortos en malas condiciones; el elevado porcentaje de infección del VIH/Sida en jóvenes, alrededor del 50% de los infectados en el último año, y de ITS en general; los riesgos para la salud de las mujeres que constituyen el matrimonio y embarazo tempranos; y los efectos psicológicos y físicos de la mutilación genital femeni-</p>	<p>na, operación que suele realizarse justo antes de la adolescencia, entre otros.</p> <p>Desde el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (1994) se señala en el párrafo 7.44 la necesidad de "abordar las cuestiones relativas a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, en particular los embarazos no deseados, el aborto en malas condiciones y las enfermedades de transmisión sexual, mediante el fomento de una conducta reproductiva y sexual responsable y sana, inclusive la abstinencia voluntaria y la prestación de servicios apropiados, orientación y asesoramiento claramente adecuados para este grupo de edad"</p> <p>Para comenzar con esta tarea, es fundamental "el reconocimiento de las y los jóvenes como individuos facultados para tener derechos y como participantes clave de su propio desarrollo" (Greene y otros, 2002: 6). Por otra parte, la atención a las necesidades de su salud sexual y reproductiva debe trabajar, desde un "entorno propicio", tanto la transmisión de información como la transmisión de capacidad, la capacidad de los jóvenes para adoptar responsabilidades en cuanto a su salud y sus relaciones. En un proyecto concreto hemos de tener presente:</p>
<ul style="list-style-type: none"> > Determinar las áreas clave para la promoción de salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes. > Fomentar la educación sexual y de aptitudes para la vida promoviendo la igualdad entre los géneros como método para reducir los riesgos sexuales y reproductivos. Las desiguales relaciones de género explican, por ejemplo, la coacción sexual hacia las jóvenes y las prácticas sexuales de riesgo que en muchas ocasiones se consideran manifestaciones de la "hombría" del varón joven. > Sensibilizar a padres, educadores, proveedores de atención de salud, líderes de la comunidad, políticos, religiosos y personas de edad sobre la importancia de la salud de las y los jóvenes. 	<ul style="list-style-type: none"> > Fortalecer las leyes que establecen la eliminación de la discriminación y el abuso sexual. Específicamente, garantizar la continuidad de las adolescentes embarazadas dentro del sistema educativo y apoyar leyes relativas a la edad mínima del matrimonio. > Hacer participar a los jóvenes a lo largo de todo el proyecto y adaptar los servicios y las normas a sus necesidades especiales. > Involucrar de forma activa a los padres y las madres y a las familias en tanto que ejercen influencias cruciales en las actitudes y el comportamiento sexual de los jóvenes. > Establecer redes con organizaciones que trabajen atención a las y los jóvenes.

Fuente: Elaboración propia a partir de Greene (2002) y WHO, FNUAP and UNICEF (1997)

CUADRO III

Técnicas participativas para programas de salud sexual y reproductiva

La participación de la población es un elemento fundamental para hacer que un proyecto sea viable y tenga efectos permanentes en el tiempo. Sin embargo, son muchos los grados de participación con los que se

puede trabajar en un programa desde la mera presencia simbólica de la población hasta su participación activa a lo largo de toda la vida del mismo (Ver Tabla 3).

Tabla 3. Escalera de participación

8	Programa iniciado, desarrollado y gestionado por el colectivo. Decisiones asumidas por otras instituciones.
7	Programa iniciado, desarrollado y gestionado por el colectivo. Los agentes externos introducen modificaciones en el proyecto.
6	Programa iniciado por agentes externos y decisiones compartidas por el colectivo.
5	El colectivo está informado y consultado.
4	Se informa al colectivo de las decisiones que se toman fuera.
3	Participación simbólica, apariencia.
2	Participación 'decorativa' o de 'escaparate'.
1	Manipulación del colectivo.

Fuente: Adaptado de Arnstein, S.R. (1969) "Eighth rungs on the ladder of citizen participation" en Cahn Citizen participation: effecting, community changes. Editorial Praeger publishers, New York.

¿Cómo se pueden impulsar procesos participativos en un programa de salud sexual y reproductiva? Señalamos, a continuación, tres técnicas participativas que

pueden facilitar la participación de la población en la identificación, planificación, seguimiento y evaluación de programas.

Fuente: Garay (2001) y Geilfus (199).

Lluvia de ideas

Constituye uno de los métodos más útiles para generar ideas y sirve para el análisis de las causas de los problemas y para explorar las posibles alternativas de intervención.

Pasos para su realización:

1. Seleccionar entre 10 y 12 personas con conocimientos y experiencia en el tema.
2. Introducir la dinámica con una pregunta abierta sobre el tema que interesa.
3. Escribir o visualizar la pregunta.
4. Los participantes deben expresar todas sus ideas expresadas sobre tarjetas (una por tarjeta, máximo 3 líneas). Los que saben escribir mejor ayudan a los demás.
5. El facilitador reúne todas las tarjetas, las mezcla y las coloca sobre la pizarra, leyendo cada una en voz alta. No se elimina ninguna tarjeta.
6. Se agrupan las tarjetas que expresan una misma idea. Ninguna tarjeta sale de la pizarra si no hay consenso.
7. Se agrupan las tarjetas que tratan ideas directamente relacionadas.
8. Decidir qué trabajo se va a hacer sobre el resultado. Según los casos, nueva lluvia de ideas enfocada sobre uno de los temas que aparecieron. Ejercicios de análisis y priorización.

Diálogo con grupos de trabajo o técnica del grupo nominal

Se trabaja con un grupo reducido de gente, entre 7 y 10 personas, directamente involucrada en la problemática estudiada para conocer las necesidades de la población y posibles líneas de intervención.

Pasos para su realización:

1. Establecer una guía de entrevista, máximo 6 ó 7 temas, en la que se recojan los temas clave.
2. Seleccionar los miembros del grupo.

3. Explicar con claridad el objetivo del grupo de trabajo. Hay que explicar porqué se realiza, porqué se seleccionaron los participantes, cuál es la institución responsable, cómo se utilizará la información, qué acciones se pueden esperar.
4. Realización del diálogo. Las respuestas puede ser visualizadas en la pizarra o con tarjetas para fomentar la discusión.
5. La información obtenida debe ser comparada con otras fuentes: otros diálogos, resultados de otros ejercicios sobre el mismo tema.

Diálogo con miembros del hogar

El trabajo se centra en todos los miembros de un grupo familiar. Se utiliza cuando se necesita tratar temas relativos a las estrategias de vida y problemas desde el punto de vista de todos los miembros de la familia. Dialogando con el grupo familiar, se asegura una visión mucho más completa que si se limitara al jefe de familia.

Pasos para su realización:

1. Establecer una guía de entrevista, máximo de 6 a 7 temas, donde se encuentren resumidos de forma clara los puntos fundamentales que se quieren trabajar.
2. Seleccionar el grupo familiar a entrevistar. Los grupos familiares deben ser representativos de las diferentes categorías presentes en la comunidad.
3. Presentación: explicar con claridad el objetivo de la entrevista. Hay que explicar porqué se realiza el diálogo, porqué se seleccionó a los participantes, cuál es la institución responsable, cómo se utilizará la información, qué acciones se pueden esperar. Se debe seleccionar un momento que les sea conveniente a la gente, y que asegure que todos los miembros activos del hogar estén presentes (padre, madre, hijos que trabajan).
4. Asegurarse de "triangular" las respuestas entre los diferentes miembros y evitar que el jefe de familia monopolice las respuestas. Esto se logra con preguntas abiertas del tipo "¿podría decirme algo más sobre esto?".
5. Información obtenida debe ser comparada con otras fuentes: otros diálogos, resultados de otros ejercicios sobre el mismo tema.

A stylized logo consisting of several overlapping circles and lines. At the top is a small 'X' shape. Below it is a large circle. Underneath that is a larger, more complex shape that resembles a stylized letter 'A' or a similar symbol. At the bottom is another circle. The word 'ANEXOS' is written in white capital letters across the middle of the logo.

ANEXOS

ANEXO I. COMPROMISOS DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Conferencia	Compromisos
Organización Internacional del Trabajo (1952 y 2000)	Convenio relativo a la protección de la maternidad (C103) aprobado en 1952 y revisado en el 2000 con un nuevo convenio (C183).
Conferencia de Alma Ata (Alma-Ata, 1978) Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	Compromiso de alcanzar la Salud para todos en el 2000 bajo el planteamiento integral de atención primaria de salud (APS) que incluye asistencia materna e infantil así como planificación familiar.
“Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer”, CEDAW (1979) Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, Naciones Unidas (ONU)	Basada en la Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación Contra la Mujer de Naciones Unidas de 1967, define qué se entiende como discriminación contra la mujer y establece una serie de compromisos para su erradicación. Vincula salud y familia.
Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) Naciones Unidas (ONU)	Acuerdos sobre el acceso universal a los cuidados, la información y los servicios en materia de salud reproductiva para el 2015 así como el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos.
Conferencia de Beijing (Beijing, 1995) Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer, Naciones Unidas (ONU)	Derecho de las mujeres al disfrute del más alto nivel posible de salud integral durante todo su ciclo vital.
Cumbre del Milenio (2000) Naciones Unidas (ONU)	Se establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio consensuados por los países del Norte y del Sur y reconocidos por los principales organismos multilaterales. Objetivos que se relacionan con la salud sexual y reproductiva: 3. Promover la igualdad de género y dar poder a las mujeres. 5. Reducir en tres cuartos la tasa de mortalidad materna. Objetivo que se relaciona con la salud infantil: 4. Reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil.
El Cairo +5 (1999) y El Cairo +10 (2004)	Revisión de resultados y ratificación de los acuerdos alcanzados en 1994.
Beijing +10	Revisión y evaluación de la Plataforma de Acción de Beijing. Ratifica CEDAW, El Cairo y Beijing y readapta las metas del milenio conforme El Cairo y Beijing.

ANEXO II. ESTADOS AFRICANOS REPRESENTADOS EN LAS CONFERENCIAS DE EL CAIRO (1994) Y BEIJING (1995)

Estados africanos representados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) que aprobó la Plataforma de Acción de El Cairo.	Estados africanos representados en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) que aprobó la Plataforma de Acción de Beijing.
Angola	Angola
Argelia	Argelia
Benin	Benin
Botswana	Botswana
Burkina Faso	Burkina Faso
Burundi	Burundi
Cabo Verde	Cabo Verde
Camerún	Camerún
Chad	Chad
Comores	Comores
Congo	Congo
Costa de Marfil	Costa de Marfil
Djibouti	Djibouti
Egipto	Egipto
Eritrea	Eritrea
Etiopía	Etiopía
Gabón	Gabón
Gambia	Gambia
Ghana	Ghana
Guinea	Guinea
Guinea-Bissau	Guinea-Bissau
Guinea Ecuatorial	Guinea Ecuatorial
Libia	Libia
Kenia	Kenia
Lesotho	Lesotho
Liberia	Liberia
Madagascar	Madagascar
Malawi	Malawi
Mali	Mali
Marruecos	Marruecos
Mauricio	Mauricio
Mauritania	Mauritania
Mozambique	Mozambique
Namibia	Namibia
Niger	Niger
Nigeria	Nigeria
República Centroafricana	República Centroafricana

Estados africanos representados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994) que aprobó la Plataforma de Acción de El Cairo.	Estados africanos representados en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (1995) que aprobó la Plataforma de Acción de Beijing.
República Democrática del Congo Ruanda Santo Tomé y Príncipe Senegal Seychelles Sierra Leona Sudáfrica Swazilandia Tanzania Togo Túnez Uganda Zambia Zimbabwe	República Democrática del Congo Ruanda Santo Tomé y Príncipe Senegal Seychelles Sierra Leona Sudáfrica Swazilandia Sudán Tanzania Togo Túnez Uganda Zambia Zimbabwe

ANEXO III. EL ANÁLISIS DE GÉNERO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA¹⁷

El análisis de género es un instrumento clave para implementar la transversalidad del enfoque de género en un programa o proyecto. Con este análisis se trata de identificar cuáles son las estructuras y los procesos sociales que contribuyen a que se mantenga la desigualdad existente entre hombres y mujeres. Enumeramos, a continuación, los pasos que pueden ayudarnos de cara a un programa de salud sexual y reproductiva. Cada uno de los pasos indicados puede ser trabajado en grupo con la población beneficiaria y el personal de la organización.

1. Perfil de actividades de hombres y mujeres: roles y análisis de distribución del tiempo. Se trata de aproximarnos a los diferentes roles y trabajos que desempeñan hombres y mujeres en la sociedad para comprender de mejor manera las causas de los malos indicadores de salud sexual y reproductiva que presentan las mujeres. En este primer paso hay que responder a las preguntas:

- > ¿Quién hace qué?
- > ¿En cuánto tiempo?
- > ¿Dónde?
- > ¿Cuándo?
- > ¿Con quién?
- > ¿Se trata de tareas reconocidas y valoradas socialmente?
- > ¿Cómo afectan las tareas, de hombres y de mujeres, a su salud sexual y reproductiva?
- > ¿Qué tiempo es dedicado al autocuidado?

Es importante distinguir entre trabajo reproductivo, productivo y comunitario. El primero se refiere al cuidado y mantenimiento de la casa y sus miembros; el segundo a la producción de bienes y servicios destinados a la venta y al consumo; y el tercero a la organización colectiva de eventos y servicios sociales.

2. Acceso y control de recursos y beneficios. Mediante el estudio de un conjunto de espacios (el hogar, la comunidad, el mercado y el estado) el análisis de género dibuja las barreras con las cuales se enfrentan las mujeres a la hora de desarrollar su derecho a la salud sexual y reproductiva en igualdad de condiciones que el hombre. Estas barreras pueden relacionarse con normas, costumbres, obligaciones, recursos, beneficios, trabajos y roles, y el poder de decisión. En este caso, las principales preguntas a responder son:

- > ¿Quién toma las decisiones en el hogar? ¿Sobre qué temas?
- > ¿Quién decide sobre cómo se reparten los ingresos y los alimentos?
- > ¿Quién decide cuándo se ha de ir al médico, con qué medios de transporte, dentro del hogar?
- > ¿Quiénes compran y venden en el mercado? ¿Existe una diferenciación entre las actividades comerciales de los hombres y de las mujeres?

¹⁷ Para una mayor información sobre análisis de género pueden consultar Sojo y otras (2002) y López y Sierra (2001).

- > ¿Existen limitaciones específicas para unos y otros sobre el acceso al crédito, el transporte de la mercancía, la negociación en la fijación de precios?
- > ¿Quién decide sobre temas que afectan a la comunidad?
- > ¿Está el Estado promoviendo normas que imponen barreras a determinados grupos, las mujeres, dentro de la comunidad en un tema específico? Por ejemplo, ¿las políticas de anticoncepción sólo se dirigen a matrimonios?

3. Identificación de las necesidades e intereses de hombres y mujeres. Hombres y mujeres, como hemos visto, presentan diferentes patrones de salud por causas biológicas y culturales. El programa ha de atender a las necesidades específicas de ambos. Ha de revisarse:

- > ¿Qué diferencias existen en los perfiles de salud de hombres y mujeres?
- > ¿Qué necesitan las mujeres?
- > ¿Y los hombres?
- > ¿Qué necesidades identifica el proyecto (prácticas o estratégicas)?
- > ¿Cómo se identifican?

En la identificación de necesidades, debe distinguirse entre necesidades prácticas, aquéllas de carácter inmediato que surgen de sus obligaciones cotidianas, y necesidades estratégicas, aquéllas "enfocadas hacia la reducción de desigualdades que deterioran la salud, la autonomía del propio cuerpo y el deseo de experimentar un mayor bienestar físico y anímico" (Sojo y otras, 2002: 139).

4. Participación de hombres y mujeres. El análisis de género nos permite, por otra parte, identificar las desiguales relaciones de poder que limitan la participación de las mujeres en programas de desarrollo para poder potenciar una participación equitativa de ambos sexos. Hemos de preguntarnos sobre:

- > ¿Quién participa en el programa?
- > ¿En qué grado, dónde, con quién, cómo, cuándo y con qué fin?
- > ¿Qué control van a tener las y los participantes sobre el resultado del programa?

5. Capacidad de las organizaciones responsables para trabajar con perspectiva de género. Es también fundamental que la propia organización responsable del programa haya integrado la perspectiva de género en sus políticas y entre su personal. La sensibilización del propio personal encargado constituye el primer paso para poder trabajar en salud sexual y reproductiva. La pregunta es:

- > ¿Las organizaciones responsables han integrado la perspectiva de género en sus políticas, en su estructura, en su cultura?

ANEXO IV. LOS PRINCIPALES INDICADORES SENSIBLES AL GÉNERO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Un indicador sensible al género es aquél que considera los principales factores que impulsan la desigualdad existente en la salud sexual y reproductiva de hombres y de mujeres. A continuación exponemos un conjunto de indicadores sensibles al género que pueden ayudar en el diseño, seguimiento y evaluación de programas de salud sexual y reproductiva.

En muchas ocasiones, los datos sobre estos indicadores no estarán disponibles y será necesario construir un sistema de registro así como adaptar los indicadores a la realidad concreta del contexto africano. Para adaptar los indicadores o idear otros nuevos, se ha de definir claramente qué es lo que se busca medir para luego hacerlo con el mayor grado de concreción y claridad posible teniendo en cuenta tanto la variable a medir así como las características específicas de la zona.

Indicadores generales

- 1. Esperanza de vida al nacer, por sexo.**
Se define como el promedio de años que le correspondería vivir al recién nacido/a si todos los años de vida de la cohorte a la que pertenece se repartieran por igual entre sus componentes.
- 2. Tasa global de fecundidad.**
Se define como el número medio de hijos que aportaría al final del período fértil cada mujer de una cohorte hipoté-

tica que, durante su etapa reproductiva (15 a 49 años), tuviera la fecundidad por edad de la población estudiada y no estuviera sujeta a la mortalidad desde el nacimiento hasta el término de su período fértil.

- 3. Porcentaje destinado a salud sexual y reproductiva del presupuesto de salud.**
- 4. Porcentaje de población con acceso a servicios de salud sexual y reproductiva por sexo.**
- 5. Existencia de asociaciones de salud sexual y reproductiva.**
- 6. Número de mujeres y hombres en órganos de decisión, por 100.**
- 7. Porcentaje de mujeres y hombres en el mercado laboral formal.**
- 8. Tiempo dedicado a realización de tareas no remuneradas, por sexo.**
- 9. Indicador de inclusión de la educación sexual y reproductiva en el proceso educativo.**
Mención sobre la existencia de educación sexual en los currículos oficiales, en qué nivel del sistema educacional y cuántas jornadas escolares.
- 10. Porcentaje de mujeres y hombres escolarizados por niveles: primaria, secundaria, terciaria o universitaria.**

Complicaciones en el embarazo, el parto y el post-parto

1. Índice de riesgo reproductivo:

Incluye fecundidad de las adolescentes, prevalencia de uso de anticonceptivos, atención prenatal, atención al parto prestada por un proveedor cualificado, anemia en las embarazadas, prevalencia en la infección del VIH/Sida en las mujeres adultas, prevalencia en la infección del VIH/Sida en los hombres adultos, política de aborto, tasa global de fecundidad y razón de mortalidad materna.

2. Principales causas de mortalidad materna.

3. Principales enfermedades sufridas por hombres y mujeres en edad fértil.

4. Proporción de las mujeres en edad fértil (15-49 años) que sufren anemia.

5. Niveles de nutrición familiar y distribución de alimentos, diferenciado por sexo y edad.

6. Porcentaje de mujeres con acceso a servicios sanitarios, por edad.

7. Porcentaje de mujeres que forman parte de la plantilla sanitaria.

8. Porcentaje de mujeres embarazadas con control sanitario durante el embarazo y con asistencia sanitaria ante complicaciones.

9. Porcentaje de partos atendidos por personal cualificado:

Partos atendidos en los servicios de sa-

lud, dividido por el total de nacimientos registrados en las estadísticas vitales, por 100.

10. Acceso a servicios de post-parto:

Número de mujeres que van a la consulta tras el parto por cada 100.

11. Número registrado de casos de interrupción voluntaria del embarazo.

12. Indicador de fecundidad femenina juvenil:

Número de nacimientos de madres menores de 20 años, dividido por el total de mujeres entre 14 y 19 años, por 1.000.

13. Número de embarazos y espaciamiento entre partos.

14. Indicador de co-responsabilidad paterna:

Participación del padre en las tareas de trabajo más duras. Por ejemplo, en la búsqueda del agua.

15. Participación de las mujeres en las instituciones y en las organizaciones políticas que trabajan salud sexual y reproductiva.

16. Políticas de protección a la maternidad y porcentaje de mujeres protegidas por sector de actividad (asalaradas por cuenta ajena, por sectores laborales). Porcentaje de mujeres desprotegidas por sector de la actividad (trabajadoras por cuenta propia, por sectores laborales).

Violencia de género

1. Existencia de asociaciones de apoyo a las víctimas de la violencia de género.

2. Inclusión de la sensibilización y prevención de malos tratos en el proceso educativo.

3. Asistencia, física y/o psicológica, a las víctimas de la violencia de género desde los servicios sanitarios.

4. Indicador de violencia sexual ejercida contra las personas.

Número de mujeres y niñas víctimas de violencia sexual (violaciones y abusos sexuales) que hizo denuncias durante un año, dividido por el total de mujeres de todas las edades, por 100.

Número de hombres y niños víctimas de violencia sexual (violaciones y abusos sexuales) que hizo denuncias durante un año, dividido por el total de hombres de todas las edades, por 100.

5. Indicador de daños psicológicos.

6. Indicador de morbilidad asociada al malestar de las mujeres.

7. Indicador de suicidios y tentativas de suicidios de mujeres.

8. Indicador de lesiones no fatales, incluidos daños psicológicos y sociales, y muertes por violencia intrafamiliar:

Número de mujeres y niñas víctimas de lesiones no fatales por violencia intrafamiliar, dividido por el número total de

mujeres de todas las edades, por 100, y número de mujeres y niñas fallecidas por violencia intrafamiliar, dividido por número de mujeres y niñas fallecidas por homicidio, por 100.

9. Indicador de sanciones legales a la violencia contra las mujeres:

Lista de leyes con acciones penales específicas contra la violencia intrafamiliar, el asedio sexual, las violaciones, el comercio sexual.

10. Número de mujeres víctimas de la violencia.

Número de mujeres víctimas de violencia en el año, dividido por el total de mujeres.

En los registros sanitarios (historias clínicas) debería recogerse la historia del maltrato: tiempo, duración, daños psicológicos, físicos, sexuales y sociales producidos a lo largo de la vida de la mujer que sufre el maltrato.

Prácticas anticonceptivas

1. Tasa de uso anticonceptivos en hombres y mujeres:

Número de mujeres adultas (generalmente entre 15 y 49 años) que utilizan algún tipo de anticonceptivo seguro, dividido por el total de mujeres en ese grupo de edad, por 100.

Número de hombres adultos (generalmente entre 15 y 49 años) que utilizan algún tipo de anticonceptivo seguro, dividido por el total de hombres en ese grupo de edad, por 100.

2. Acceso y asistencia a servicios de información sobre anticoncepción según sexo y edad.
3. Indicador de inclusión de la educación sobre anticoncepción en el proceso educativo dirigida a jóvenes, mujeres y hombres.
4. Grado de conocimiento de las diferentes técnicas anticonceptivas, por sexo.
5. Número ideal de hijos expresado por hombres y mujeres sobre el número total de hijos.

Las ITS. El caso del VIH/Sida.

1. Tasa de variación en el número de infectados por VIH/Sida registrados, por sexo:
Número de mujeres registradas con VIH/Sida en el último año, dividido por el número del año anterior, por 100, y número de hombres registradas con sida en el último año, dividido por el número el año anterior, por 100.

2. Proporción de casos de VIH/Sida en adultos

Número de casos de VIH/Sida registrados acumulados, por sexo y a partir de un límite de edad (por ejemplo, 15 años), sobre la población total de ese tramo de edad y sexo, por 100.

3. Proporción de casos de VIH/Sida en embarazadas de 15 a 24 años de edad

Número de casos de VIH/Sida en embarazadas de 15 a 24 años de edad registrados en un período (por ejemplo, el año), dividido por el total de embarazadas atendidas en el mismo período, por 100.

4. Porcentaje de hombres y de mujeres que usan el preservativo en todas las relaciones sexuales con penetración, por edad.



GLOSARIO

■ ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD:

Estrategia caracterizada por apoyarse en la práctica, la evidencia científica, las necesidades manifestadas por la población y las condiciones sociales y económicas del país desde una perspectiva integral de las diferentes problemáticas de salud. La APS conforma dentro del sistema sanitario el primer elemento de atención sanitaria continuada y promueve los servicios preventivos, curativos y rehabilitadores.

■ DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS:

Son derechos humanos fundamentales relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos. Quedaron definidos como tales en la Conferencia de El Cairo (1994).

■ DESIGUALDAD DE GÉNERO:

Falta de igualdad que deriva de las relaciones existentes entre hombres y mujeres que sitúan a éstas últimas en una posición de desventaja debido a concepciones sociales y culturales sobre el reparto de poderes.

■ EDUCACIÓN PARA LA SALUD (EPS):

Estrategia que se apoya en actividades educativas e informativas diseñadas para ampliar el conocimiento de la población en relación con la salud y desarrollar la comprensión y habilidades personales que promuevan la salud y la participación en la toma de decisiones de políticas y en todos los niveles.

■ EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES:

Estrategia que impulsa el proceso mediante el

cual las mujeres, individual y colectivamente, toman conciencia sobre cómo las relaciones de poder operan en sus vidas y ganan la autoconfianza y la fuerza necesarias para cambiar las desigualdades de género en el hogar y en la comunidad, a los niveles nacional, regional e internacional. Una definición completa del empoderamiento incluye componentes cognitivos, psicológicos, políticos y económicos, todos ellos interrelacionados entre sí.

■ GÉNERO:

Identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan a los ámbitos del ser y del quehacer femeninos y masculinos, dentro de contextos específicos. Género se refiere a la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencian los sexos, al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos y las decisiones.

■ TRANSVERSALIDAD DEL ENFOQUE DE GÉNERO:

Estrategia que sitúa las cuestiones sobre igualdad entre los géneros en el centro de las decisiones políticas más importantes, de las estructuras institucionales y de la asignación de recursos más relevantes, incluyendo los puntos de vista y prioridades de hombres y mujeres en la toma de decisiones sobre los procesos y objetivos de desarrollo.

■ RELACIONES DE GÉNERO:

Aquél tipo de relaciones sociales determinadas por el género de las personas que crean diferencias en la posición relativa de hombres y mujeres de manera única en cada contexto.

La posición relativa se expresa en un conjunto de derechos, obligaciones y responsabilidades recíprocas, interrelacionadas de manera dinámica y, por ello, susceptibles al cambio. Si las condiciones políticas, económicas o políticas se modifican, los derechos y responsabilidades que delimitan los ámbitos de actuación de hombres y mujeres se redefinen de acuerdo con estos cambios.

- **SEXO:**
Identifica las diferencias biológicas entre mujeres y hombres percibidas como universales e inmutables.
- **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA:**
Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción.

SIGLAS Y ACRÓNIMOS

- **APS:** Atención primaria de salud.
- **CAD:** Comité de Ayuda al Desarrollo.
- **CEDAW:** Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres.
- **CIPD:** Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.
- **EPS:** Educación para la salud.
- **FPFE:** Federación de Planificación Familiar de España.
- **FNUAP:** Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población.
- **GED:** Género en el desarrollo.
- **ITS:** Infecciones de transmisión sexual.
- **MED:** Mujeres en el desarrollo.
- **OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- **ODM:** Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- **OIT:** Organización Internacional del Trabajo.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONUSIDA:** Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/Sida.
- **PAI:** Population Action International
- **PNUD:** Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- **SIDA:** Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
- **UNIFEM:** Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
- **VIH:** Virus de la Inmunodeficiencia Humana.



BIBLIOGRAFÍA

- AECI (2004) Guía práctica para la integración de la igualdad entre mujeres y hombres en los proyectos de la Cooperación Española. Madrid. Ministerio de Asuntos Exteriores.
- ANTOLÍN, L. (1997) Cooperación en salud con perspectiva de género. Madrid. FPFE, ISCIII-ENS y FNUAP.
- ARNSTEIN, S.R. (1969) "Eighth rungs on the ladder of citizen participation" en Cahn Citizen participation: effecting, community changes. Editorial Praeger publishers, New York.
- CAD (1998) Directrices y guía de conceptos del CAD sobre la igualdad entre mujeres y hombres. Madrid. SECIP-Ministerio de Asuntos Exteriores.
- CIRUJANO CAMPANO, P. (2004) La igualdad de género en el ámbito de la Cooperación Internacional para el Desarrollo. El caso español. Madrid. UNED (tesis inédita).
- COMISIÓN EUROPEA (1996) "Incorporando la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres en todas las políticas y actividades comunitarias". Comunicación de la Comisión COM (96) 67 final.
- DE BRUYN, M. (2003) La violencia, el embarazo y el aborto. Cuestiones de derechos humanos de las mujeres y de salud pública. Un estudio de los datos mundiales y recomendaciones para la acción. Durham, EE.UU. IPAS.
- DE LA CRUZ, Carmen (1998) Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo. Vitoria. Emakunde y Secretaría General de Acción Exterior, Dirección de Cooperación al Desarrollo. Disponible en <http://www.emakunde.es>
- DRENAN, M. (1998) Salud reproductiva: Nuevas perspectivas sobre la participación de los hombres. Population Reports, Serie J, nº 46. Baltimore. Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- ELLSBERG, M.C. (1998) El camino hacia la igualdad: Una guía práctica para la evaluación de proyectos para el empoderamiento de las mujeres. Managua, Nicaragua. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo, Asdi.
- ESCUELA NACIONAL DE SANIDAD (2003) Manual para la Formación de Educadores de Iguales en la Prevención de la Infección del VIH/Sida con Población Inmigrante. Madrid. Instituto de Salud Carlos III.
- FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2004) "Acceso a servicios de salud sexual y reproductiva". Disponible en <http://www.fpfe.org/>
- FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2002) "Los obstáculos que afronta el Plan de Acción de El Cairo". Disponible en <http://www.fpfe.org/>
- FEDERACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE ESPAÑA (2000) Las mujeres en los países en desarrollo. Cuadernos Salud y derechos sexuales y reproductivos, nº1. Madrid. FPFE.

- FMI, OCDE, ONU y BM (2000) Un mundo mejor para todos. Consecución de los objetivos de desarrollo internacional. Madrid. FMI, OCDE, ONU y BM.
- FNUAP (2004) Estado de la población mundial 2004. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. Disponible en <http://www.unfpa.org/>
- GARAY, J.E. (2001) Manual del médico cooperante. Madrid. Fundación CESM y Comunidad de Madrid.
- GEILFUS, F. (1997) 80 Herramientas para el Desarrollo Participativo: diagnóstico, planificación, monitoreo, evaluación. San Salvador, el Salvador. Prochamate-IICA.
- GREENE, M. E.; RASEKH, Z.; AMEN K.; CHAYA, N.; y DYE, J. (2002) En esta generación: Políticas de salud sexual y reproductiva para un mundo joven. Washington, EE.UU. Population Action International.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2001) Mainstreaming de género. Marco conceptual, metodología y presentación de "buenas prácticas". Informe final de las actividades del Grupo de especialistas en mainstreaming (EG-S-MS). Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2002a) La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/Sida en las mujeres. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- INSTITUTO DE LA MUJER (2002b) Relaciones de género y subjetividad. Métodos para programas de prevención. Colección Salud, nº 5. Madrid. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- JUÁREZ, M. (2005) "Health policies: Do women count?" en "Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África". Abril 2005. Madrid. Programa VITA. Disponible en <http://www.aeci.es/vita>
- LÓPEZ MÉNDEZ, Irene (2000) "Empoderamiento y mainstreaming: Estrategias para la igualdad entre los géneros" en Revista Española de Desarrollo y Cooperación, nº 6. Madrid. IUDC.
- LÓPEZ MÉNDEZ, Irene y SIERRA LEGUINA, Beatriz (2001) Integrando el análisis de género en el desarrollo. Madrid. IUDC.
- LOZANO, Itziar (1994) Sobre el cuerpo y nuestra identidad. Sexualidad, maternidad voluntaria y violencia. Madrid. Fórum de Política Feminista.
- MAZARRASA ALVEAR, L. (2005) "Violencia de género: Un problema de salud pública". Instituto de Salud Carlos III. Escuela Nacional de Sanidad.
- MAZARRASA, L. (2005b) "La educación entre iguales. Una estrategia de promoción de la salud para la prevención del VIH/Sida" en "Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África". Abril 2005. Madrid. Programa VITA. Disponible en <http://www.aeci.es/vita>
- MAZARRAZA ALVEAR, L. (2003) "Educación para la salud. Concepto actual en el marco de la promoción de la salud. Ámbitos de Aplicación" en Mazarrasa Alvear, L.; Sánchez Moreno, A.; Germán Bes, C.; y otros Biblioteca Enfermería Profesional. Salud pública y enfermería comunitaria I. Madrid. McGraw-Hill e Interamericana.
- MAZARRASA ALVEAR, L. (2001) "Estrategias de promoción de la salud" en MIQUEO, C. y otras (Eds.) Perspectivas de género en salud. Fundamentos científicos y socioprofesionales de diferencias sexuales no previstas. Madrid. Minerva Ediciones.
- MAZARRAZA ALVEAR, L. y MONTERO COROMINAS, M.J. (2004) "La cooperación internacional española en el ámbito de la salud" en Gaceta Sanitaria, vol. 18. Madrid. SESPAS.
- MAZARRASA ALVEAR, L., BOTELLA CAÑAMARES, N. y ACNUR (1999) "Prácticas tradicionales perjudiciales para la salud: Informe del ACNUR" en Suplementos de OFRIM. Madrid. OFRIM.
- MÉDICOS DEL MUNDO (1999) Primer Taller sobre Género, Salud Reproductiva y Cooperación. Madrid. MÉDICOS DEL MUNDO.
- MOSER, C. (1991) "La planificación de género en el Tercer Mundo: enfrentando las necesidades prácticas y estratégicas de género", en Guzmán, V.; Portocarrero, P. y Vargas, V. (eds.) Una nueva lectura: Género en el desarrollo. Lima, Perú. Flora Tristán Ediciones.
- MOSER, C. (1995) Planificación de género y desarrollo. Teoría, práctica y capacitación. Lima, Perú. Flora Tristán Ediciones.
- NZIOKA, C. (2005) "Men in Gender Health-Care Policy" en "Jornadas Técnicas de Cooperación Internacional: Salud de la Mujer y del Niño en África". Abril 2005. Madrid. Programa VITA. Disponible en <http://www.aeci.es/vita>
- OMS (2004) Informe sobre la salud en el mundo 2004. Cambiemos el rumbo de la historia. Disponible en <http://www.who.int/en/>
- OMS, (2000) "Female Genital Mutilation", en <http://www.who.int/inf-fs/en/fact241.html>
- ONUSIDA (2004) Situación de la pandemia del Sida. Madrid. Disponible en <http://www.unaids.org>
- PAI, FCI y IPPF (2005) Informe Especial. La CIPD diez años después. ¿Dónde estamos ahora? en Countdown 2015. Salud y derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. Population Action International, Family Care Internacional y Federación Internacional de Planificación de la Familia.
- PAI (2001) Informe de PAI de 2001. Mundos diferentes. Salud y riesgos sexuales y reproductivos. Disponible en: <http://www.populationaction.org/>
- PNUD (2004) Informe sobre Desarrollo Humano 2004. La libertad cultural en el mundo diverso de hoy. Disponible en <http://www.undp.org/>
- Reglamento (CE) Nº 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003, relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.
- REYES, W.G.; ABALO, J.G.; y PRENDES LABRADA, M. (1999) "¿Cómo hacer más efectiva la educación para la salud en la atención primaria?" en Revista Cubana de Medicina General Integral, nº 15(2).
- SANTACRUZ VARELA, F. (2002) "La Atención Primaria de Salud. Viejo compromiso y nuevos retos". Costa Rica. OPS/OMS.
- SOJO, D., SIERRA, B. y LÓPEZ, I. (2002) Salud y género. Guía práctica para profesionales de

- la cooperación. Madrid. Médicos del Mundo. Disponible en: www.medicosdelmundo.org
- UNFPA (2000) Partnering: A New Approach to Sexual and Reproductive Health. Technical Paper, nº 3. New York. UNFPA
 - VELASCO JUEZ, C. (2005) "Prácticas tradicionales que vulneran los derechos de las mujeres: mutilaciones sexuales femeninas" en Matronas Profesión. Madrid.
 - VELASCO JUEZ, C. (2002) "La mutilación genital femenina" en Martín, A., Velasco, C. y García, F. Las mujeres en el África subsahariana. Barcelona. Ediciones del Bronce.
 - WAISMAN, V. (2000) Derechos reproductivos 2000: Hacia adelante. Centro Legal de Derechos Reproductivos y Políticas Públicas. Disponible en <http://www.crlp.org>
 - WHO (2005) Make every mother and child count. Disponible en <http://www.who.int>
 - WHO (2004) Beyond the Numbers. Reviewing maternal death and complications to make pregnancy safer. Disponible en <http://www.who.int>
 - WHO (2001) Transforming Health Systems: gender and rights in reproductive health manual. Disponible en <http://www.who.int/reproductive-health/gender/modules.html>
 - WHO, UNICEF and UNFPA (2003) Maternal mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA. Disponible en <http://www.who.int>
 - WHO, FNUAP and UNICEF (1997) Action for Adolescent Health. Towards a Common Agenda. Disponible en <http://www.who.int>



PÁGINAS WEBS DE INTERÉS

- AECI <http://www.aeci.es/>
- CRR (CENTRO PARA LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS) <http://www.crlp.org>
- COUNTDOWN 2015 <http://www.countdown2015.org>
- FNUAP <http://www.FNUAP.org/>
- FPFE <http://www.fpfe.org/>
- INSTITUTO DE LA MUJER <http://www.mtas.es/mujer>
- IPPF (FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR) <http://www.ippfwhr.org>
- OIT <http://www.ilo.org>
- OMS <http://www.who.int/en/>
- ONUSIDA <http://www.unaids.org>
- PNUD <http://www.undp.org/>
- POPULATION ACTION INTERNATIONAL <http://www.populationaction.org/>
- PROGRAMA VITA <http://www.aeci.es/vita>
- UNIFEM <http://www.unifem.org/>



MINISTERIO
DE ASUNTOS EXTERIORES
Y DE COOPERACIÓN



AGENCIA
ESPAÑOLA DE
COOPERACION
INTERNACIONAL



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y HACIENDA

MINISTERIO
DE EDUCACIÓN
Y CIENCIA

MINISTERIO
DE INDUSTRIA,
COMERCIO Y TURISMO



Generalitat
de Catalunya



Xunta de Galicia



JUNTA DE ANDALUCÍA



GOBIERNO
de CANTABRIA



Región de Murcia



Gobierno
de La Rioja



GENERALITAT
VALENCIANA



Junta de Comunidades de
Castilla-La Mancha



Gobierno
de Navarra



GOBIERNO
DE ARAGÓN



GOBIERNO
DE CANARIAS



JUNTA DE
EXTREMADURA



GOVERN
DE LES ILLES BALEARS



Junta de
Castilla y León



Comunidad de Madrid

Con la colaboración de:



Fundación para la
Cooperación y Salud
Internacional Carlos III