

¿EL GÉNERO IMPORTA?

GENDER *Sex* *Sex* Gender
CULTURE *Rights* Rights Culture
TRADITION TRADITION
Men/women *Women/men*
IDENTITY *Identity*
Trafficking *Trafficking*
Health outcomes *Health outcomes*
VIOLENCE *Violence*
Adolescents Adolescents
POWER RELATIONS *Power relations*
Relationships *Relationships*



Entre Nous

LA REVISTA EUROPEA SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

NO. 66 - 2007



EUROPA

Entre Nous es una publicación de:

Programa de Investigación y Salud Reproductiva.
Oficina Regional Europea de la OMS
Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhague
Dinamarca
Tel. (+45) 3917 1602
Fax: (+45) 3917 1818
Correo electrónico: entrenous@euro.who.int
www.euro.who.int/entrenous

Editora Jefa

Dra. Gunta Lazdane

Editora

Dra. Lisa Avery

Ayudante de edición

Dominique Gundelach

Maquetación

Sputnik Reklame Aps, Dinamarca.

www.sputnikreklame.dk

Imprenta (España)

Estugraf, S.A.

Entre Nous está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, con el apoyo de la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud en Copenhague, Dinamarca. Se publica tres veces al año. La tirada actual es de: 3000 ejemplares en inglés, 1100 en español, 2000 en portugués, 1000 en búlgaro, 1500 en ruso y 500 en húngaro.

Entre Nous se edita:

En búlgaro: por el Ministerio de Sanidad Búlgaro, en el marco de un proyecto financiado por el FNUAP.

En húngaro: por el Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Escuela Universitaria de Medicina de Debrecen. Apartado de Correos 37, Debrecen, Hungría.

En portugués: por la Dirección General de Salud, Alameda Afonso Henriques 45, P-1056, Lisboa, Portugal.

En ruso: por la Oficina Regional Europea de la OMS en Riga, Komerfirma S & G.

En español: por el **Instituto de la Mujer**, Ministerio de Igualdad, Condesa de Venadito, 34, ES- 28027 Madrid, España.

Las versiones española y portuguesa se distribuyen directamente por la representación del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS en los países de lengua española o portuguesa de África y América del Sur.

Entre Nous puede traducirse a cualquier lengua y ser reproducida en publicaciones, periódicos y revistas, así como en páginas web, siempre que se indique la fuente de información *Entre Nous*, FNUAP y Oficina Regional Europea de la OMS.

Los artículos publicados en *Entre Nous* no representan necesariamente el punto de vista del FNUAP o de la OMS. Toda solicitud de información debe ser remitida a las personas firmantes de cada artículo.

Para más información sobre las actividades respaldadas por la OMS, así como sobre la documentación, dirigirse a la Unidad de Salud Comunitaria y de la Familia en la dirección anteriormente citada.

La solicitud de publicaciones de la OMS deberá dirigirse directamente a la agencia de ventas de la OMS en cada país o a través de Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza

ISSN: 1014-8485

NIPO: 207-08-038-7

Editora: Lisa Avery

Editorial

Por Margaret Chan

3

Estrategia de género de la OMS:

¿Por qué es relevante para la Salud Sexual y Reproductiva en Europa?

Por Isabel Yordi

4

Salud Sexual: ¿Se tiene en cuenta el género en la investigación?

Por Denise Medico

6

Involucrar a los hombres

Por Gary Barker y Peju Olukoya

8

Implicar a los hombres durante el embarazo y el parto

Por Lars Plantin

10

Entre la teoría y la práctica: Violencia de género contra refugiadas, solicitantes de asilo e inmigrantes sin papeles en Europa

Por Marleen Timmerman e Ines Keygnaert

12

Mujeres jóvenes, igualdad de género y bienestar sexual

¿Por qué es importante tener en cuenta la cultura?

Por Naana Otoo-Oyortey

14

La visión de la juventud sobre género y salud sexual y reproductiva

Por Irina Druta y Daniel Kalajdzieski

16

Abordar la violencia de género en los Servicios de Salud Reproductiva:

El modelo integral de la República de Moldavia

Por Valentina Baltag

18

Cuestiones de género en la Salud Sexual y Reproductiva. El caso de Tajikistan

Por Nazira Poolatovna Artykova, Santino Severoni, Gulnora Rasulova y Viloyat Mirzoeva

20

Salud y atención a la salud en Portugal: ¿El género es importante?

Por Céu Mateus, Julian Perelman y Ana Alexandre Fernandes

22

Impacto de género sobre la salud sexual y reproductiva en la Antigua República Yugoslava de Macedonia

Por Tatjana Sikoska

24

Plan de Acción Danés para combatir la Trata de seres humanos 2007-2010

Por Nell Rasmussen

26

La violencia no termina por si misma:

Violencia de pareja en la adolescencia en la República de Croacia

Por Amir Hodžić

28

Selección de recursos sobre género y salud sexual y reproductiva

Por Lisa Avery

30

CONSEJO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

Dra. Assia Brandrup-Lukanow

Consejera de la Red de Salud OMS, Ginebra

Jane Cottingham

Coordinadora sobre Género, Derechos Reproductivos, Salud Sexual y Adolescencia Sede de la OMS, Ginebra

Dña. Nell Rasmussen

Consultora Jefa Centro Danés para la Investigación sobre Vulnerabilidad Social.

D. Bjarne B. Christensen

Secretario General Asociación Danesa de Planificación Familiar.

Dra. Helle Karro

Profesora, Jefa del Departamento de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina. Universidad de Tartu, Estonia.

Dr. Peer Sieben

Representante del FNUAP en Turquía y Director de país para Armenia, Azerbaijan y Georgia.

Dña. Vicky Claeys

Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN), Bruselas.

Dr. Evert Ketting

Investigador Jefe de la Radboud University Nijmegen. Departamento de Salud Pública.

Dr. Robert Thomson

Asesor sobre Derechos, Sexualidad y Salud Reproductiva Equipo Técnico de País del FNUAP para Europa, Bratislava.



Margaret Chan

De todas las Metas de Desarrollo para el Milenio (MDGs), las relacionadas con la salud son las que, con menor probabilidad, llegarán a cumplirse, es la realidad que tenemos que afrontar a mitad de camino hacia el 2015. Y de éstas, las relativas a la salud sexual y reproductiva, son las que representan el mayor desafío a nivel global, incluida la meta de reducción de la mortalidad materna.

Este hecho no debería sorprendernos ya que los determinantes de la salud materna están amplia y estrechamente relacionados con factores sociales y económicos así como con las desigualdades de género.

Es también conocida la estrecha relación de la salud materna con la pobreza - el noventa y nueve por ciento de las muertes maternas tienen lugar en países con ingresos bajos y medios - y también el efecto que la malnutrición tiene sobre el embarazo.

Se sabe que la educación contribuye a mejorar la salud de las mujeres y de sus familias y que el hecho de ser mujer puede limitar el acceso a los servicios de salud, incluidos los de atención obstétrica en los que pueden salvarse vidas. También sabemos que, si bien los roles de género impactan tanto a hombres como a mujeres, las mujeres siguen estando más afectadas por las inequidades y desigualdades de género, especialmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

A nivel global, los desafíos que conllevan las desigualdades e inequidades en materia de género y salud sexual y reproductiva no nos resultan nuevos.

Cada año mueren 536.000 madres debido a complicaciones durante el parto, y muchas de estas muertes se podían haber evitado. Además, se

estima que 14 millones de mujeres, entre 15 y 19 años, dan a luz cada año: el riesgo de que mueran debido a causas relacionadas con el embarazo es dos veces mayor del que existe entre las mujeres de 20 a 29 años. El cáncer de cérvix sigue siendo el segundo cáncer más frecuente entre las mujeres en todo el mundo con unos 500.000 nuevos casos y 250.000 muertes cada año. Entre el 13 y el 61% de las mujeres en todo el mundo informan

que han sufrido maltrato físico por parte de su pareja al menos una vez en la vida.

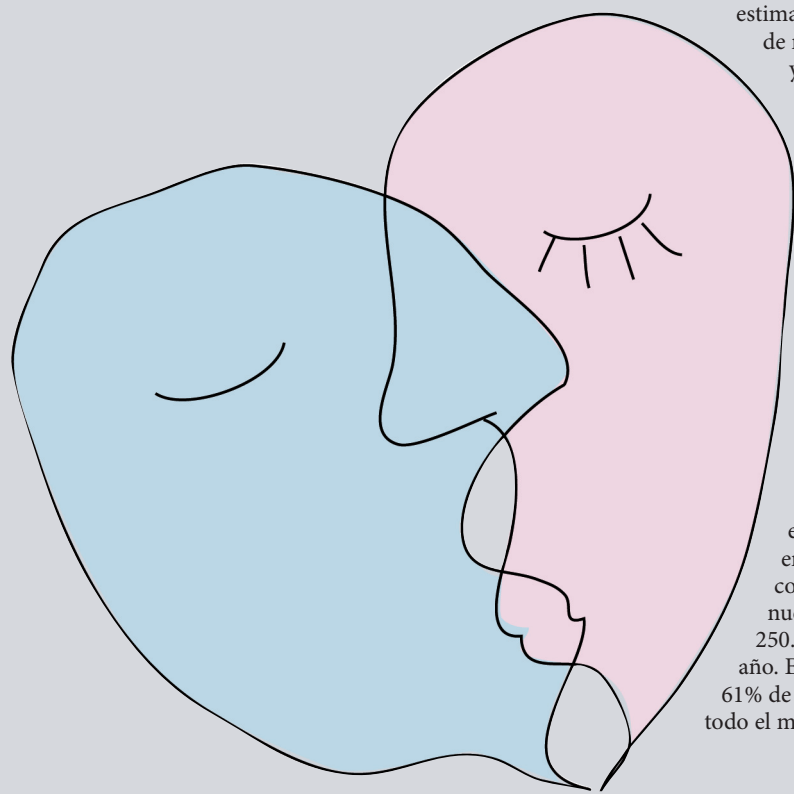
A nivel mundial, las personas que ejercen la prostitución, adolescentes, emigrantes, víctimas de trata o usuarias de drogas inyectables son especialmente vulnerables a los problemas de salud sexual y reproductiva debido a las desigualdades e inequidades de género. Aunque, en todo el mundo, aproximadamente el mismo número de mujeres que de hombres viven con VIH, las desigualdades de género y los factores biológicos hacen que las mujeres sean más vulnerables al virus y al impacto del Sida que los hombres.

Los Acuerdos y Declaraciones de consenso como el Programa de Acción de El Cairo y la Plataforma para la Acción de Beijing han puesto de manifiesto la relación directa existente entre igualdad de género y empoderamiento y la salud de las mujeres, incluida la salud sexual y reproductiva. Además, señalan la importancia que tiene la igualdad de género para la salud y el bienestar individual, así como para lograr un desarrollo sostenible.

En conclusión, para alcanzar las MDGs relacionadas con la salud sexual y reproductiva es realmente necesario contar con un sistema de salud eficaz y equitativo que garantice el acceso a los servicios de salud reproductiva. Así mismo, es preciso que se reconozca y se trabaje sobre la relación existente entre la igualdad de género y las necesidades de salud sexual y reproductiva. Para influir en el ámbito político, es necesario que se aborden las desigualdades de género desde el ámbito comunitario y que se cuente con información y datos relevantes y sensibles al género.

Necesitamos un enfoque integral en el que se reconozca que nuestra capacidad para lograr el cumplimiento de las MDGs está estrechamente relacionada con la MDG 3: "promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres".

Dra. Margaret Chan
Directora General de la OMS, Ginebra Suiza.



¿POR QUÉ ES RELEVANTE PARA LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EUROPA?

En mayo de 2007, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS aprobó la Estrategia para integrar la perspectiva de género en el trabajo de la OMS 2008 - 2013. El objetivo de esta Estrategia es la integración de la igualdad y la equidad de género en la planificación operativa y la implementación de la estrategia global y en la labor de apoyo a los diferentes países. Así, la Estrategia insta a los Estados Miembro de la OMS para que “formulen estrategias nacionales para abordar las cuestiones de género en las políticas, los programas y la investigación sobre salud, incluido el ámbito de la salud sexual y reproductiva” (1).

La salud reproductiva (SR) merece una atención específica debido a la importancia que tienen las desigualdades de género en este área. Las desigualdades de género están directamente vinculadas con la forma que los hombres y las mujeres viven su sexualidad. Así, los roles que se les asignan, tanto a las mujeres como a los hombres en diferentes sociedades y las expectativas sociales sobre cómo deberían vivir ambos su sexualidad, determinan la manera en que se comportan, los riesgos que asumen, los factores de protección de la enfermedad, el acceso a los servicios de SR y las respuestas que obtendrán por parte de estos servicios. La desigualdad que existe en el acceso a los recursos económicos, en el poder de tomar decisiones, en la educación y en los valores asignados a cada sexo, han posicionado a las mujeres en un lugar subordinado en cuanto a su sexualidad y al control de su SR. Por otro lado, a pesar de declararse en las conferencias de El Cairo y Beijing la responsabilidad masculina respecto a su propia salud, la de sus parejas y la de su descendencia, la realidad es que en la mayoría de los programas y políticas sobre salud sexual y reproductiva (SSR) las necesidades de los hombres y de los chicos son ignoradas por los servicios de salud, limitando su atención al VIH, las ITS o el uso del condón.

La aplicación de la Estrategia es un proceso en tres etapas que incluyen el reconocimiento de la necesidad de obtener datos desagregados por sexo y del valor añadido que supone analizar las políticas y programas desde la perspectiva de género y, el subrayar la necesidad de diseñar y poner en marcha acciones específicas para abordar las desigualdades de género en salud.

Aplicar el análisis de género a la SSR permite:

- Comprender cómo las normas y valores de género inciden en los factores de riesgo y protección de la SSR.
- Visibilizar las desigualdades entre hombres y mujeres en el acceso a los

recursos de promoción y protección de la salud; en las respuestas del sistema de salud y en la capacidad de las personas para ejercer su derecho a la salud.

- Entender porqué es necesario que los servicios sanitarios aborden las necesidades de salud de hombres y mujeres de una forma diferenciada.

Fortalecimiento de las políticas y programas de SSR en la Región Europea

La aplicación de la Estrategia de Género de la OMS en el área de la SSR se llevará a cabo en el marco de las siguientes políticas y estrategias de la OMS:

- Estrategia Regional Europea de la OMS sobre Salud Sexual y Reproductiva (2001). La aplicación de la Estrategia de Género pretende establecer el uso sistemático de datos desagregados por sexo y de la perspectiva de género para abordar las desigualdades de género en los programas y políticas sobre SSR.
- Estrategia Europea para la Salud y el Desarrollo de la Infancia y la Adolescencia (2005). La Herramienta de Género que acompaña a esta Estrategia proporciona directrices sobre cómo abordar la cuestión del género en su puesta en marcha. La salud en la adolescencia es una de las áreas prioritarias de la Estrategia, en la que se aborda la influencia de las cuestiones de género en la SSR.
- Mejorar la Salud Materna y Perinatal: Enfoque Estratégico Europeo para Alcanzar una Maternidad más Segura (2007). En este documento se trata la mala situación de la salud materna y perinatal en la Región y se reconoce que los medios para lograr la salud materna son el empoderamiento de las mujeres y la asunción de responsabilidades por parte de los hombres.

Áreas prioritarias

La Estrategia Regional Europea sobre Salud Sexual y Reproductiva identificó las siguientes áreas del programa como prioritarias: la mortalidad materna, la mortalidad perinatal y neonatal, el aborto inducido, la anticoncepción, la salud sexual y reproductiva en la adolescencia, las infecciones de transmisión sexual, el VIH/Sida, el cáncer de cérvix, la infertilidad, la violencia sexual y los grupos vulnerables como las personas desplazadas o refugiadas, las mujeres víctimas de trata y las personas mayores.

La perspectiva de género puede aplicarse a cuestiones concretas de todas estas

áreas del programa. Algunas de estas cuestiones se tratarán en mayor profundidad en otros artículos de este número de *Entre Nous*.

Salud materna

La salud materna y la salud perinatal, continúan siendo un problema en Europa (2). La salud de las mujeres está estrechamente relacionada con la salud perinatal puesto que la mortalidad y morbilidad maternas pueden tener un impacto negativo sobre las probabilidades de supervivencia de la descendencia. Los determinantes de una buena salud y de la supervivencia perinatal y materna son multifactoriales. Sin embargo, resulta evidente que, especialmente cuando las mujeres provienen de entornos de pobreza o marginalidad, tienen muchas dificultades para tomar decisiones adecuadas respecto a su salud y actuar en consecuencia, incluida la decisión de buscar cuidados cuando se necesita.

Las barreras debidas al género pueden provocar incluso que algunas mujeres no expresen la necesidad de recibir cuidados por parte de su propia familia. Por ello, una de las principales intervenciones relacionadas con el género que se ha llevado a cabo en el área de salud materna ha consistido en trabajar sobre el rol de los hombres y de las familias a la hora de tomar decisiones importantes y en el apoyo y cuidados a las mujeres.

Salud sexual y reproductiva en la adolescencia

En muchas sociedades y comunidades europeas prevalece la doble moral con respecto a la sexualidad de chicos y chicas. Según datos del proyecto “Conciencia Sexual para Europa” la educación sexual en los colegios se centra, bien en los aspectos negativos del sexo, bien en el embarazo. Tanto los adolescentes como los jóvenes están expuestos a un alto nivel de estrés psicológico ante su “rendimiento sexual”. El proyecto muestra también que la prevención de embarazos es percibida por parte de los chicos como una “cuestión de chicas”, y que ellas continúan teniendo problemas a la hora de negociar el uso de anticonceptivos (3).

Violencia de género

La violencia de género está profundamente enraizada en las desigualdades de género que sitúan a las mujeres en una posición subordinada a los hombres. Hay circunstancias especiales, como la prostitución, que pueden aumentar la vulnerabilidad de las mujeres a la violencia. Aunque los chicos también se ven afectados, las chicas son las principales vícti-



mas de la trata de personas. También la mutilación genital femenina sitúa a las niñas en una situación de riesgo en nombre de la tradición y la práctica cultural.

La violencia contra las mujeres por parte de sus parejas o exparejas, es un problema prevalente en todos los países de la Región Europea que se manifiesta de diferentes maneras. La encuesta demográfica y de salud reproductiva de base poblacional realizada en Europa central y del este, revela que entre un 15 y un 29% de las mujeres informaron que habían sufrido algún tipo de maltrato, y entre un 8% y un 10% informaron que lo habían sufrido en el año anterior (4). Es importante señalar en este punto, que la violencia contra las mujeres durante el embarazo, por parte de sus parejas, tiene graves consecuencias sobre la salud materna.

VIH y Sida

El uso de drogas por vía intravenosa y las prácticas sexuales de riesgo entre hombres han sido las principales causas de la transmisión del VIH en los países que conforman la Región Europea de la OMS. Sin embargo, en muchos países de la Región, las estadísticas indican que la mayoría de las nuevas infecciones por VIH son atribuibles a relaciones sexuales heterosexuales. Esta tendencia es evidente en países como Francia, Italia, Portugal y España. En Azerbaiján y Georgia- países del Cáucaso- al menos una cuarta parte de las nuevas infecciones se producen por esta vía, al igual que casi la mitad de las que se producen en Armenia (5). Es preciso realizar un análisis de género de las necesidades que permita definir programas que aborden las diferencias en las conductas determinadas por normas y valores de género y las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres, buscando que cada persona pueda decidir las medidas de protección más adecuadas. Mientras el uso del condón sea la principal forma de protección frente al VIH, las mujeres estarán en desventaja puesto que, en la mayoría de los casos, son los hombres quienes toman la decisión de utilizarlos. También existe la necesidad de realizar un análisis de género de los factores, normas sociales y desigualdades que llevan a los hombres y los jóvenes a mantener relaciones sexuales de riesgo y al uso de drogas.

Inmigración

Las mujeres de minorías étnicas y las inmigrantes pueden encontrar mayores dificultades a la hora de denunciar actos violentos, explotación sexual y trata de personas. Además, se encuentran en

situación de mayor riesgo de presentar problemas en su SR, incluida la infección por el VIH/Sida.

Desafíos

Algunos de los desafíos específicos de la aplicación de la Estrategia de Género sobre SSR son:

- El uso sistemático de datos desagregados por sexo y edad. Aunque, durante los últimos años, se han observado avances con respecto a la SSR en la Región Europea, se afronta un doble reto: todavía no existen datos sobre indicadores muy básicos de SSR y esta ausencia es aún mayor cuando se trata de datos desagregados por sexo.
- La capacitación de las y los profesionales de los servicios de salud en relación al género y la SSR, incluida la violencia de género.
- Profundizar en el estudio y determinar la relación existente entre el género, la salud sexual y las diferentes culturas de la Región Europea, entre las que se incluyen minorías étnicas y población inmigrante.
- La implicación de los hombres en los temas de igualdad de género y en las cuestiones y servicios de SSR existentes en la Región. También resulta necesario trabajar con los hombres sobre los factores de riesgo subyacentes en la violencia contra las mujeres y desarrollar servicios donde se aborde la SSR de los jóvenes.
- Analizar y abordar los procesos de género que influyen y determinan los factores de riesgo y de protección en la adolescencia.
- Utilización de una perspectiva de género que permita entender la relación que existe entre la SSR y otras áreas de la salud. Por ejemplo, la relación entre SSR y salud mental, nutrición, actividad física, enfermedad crónica y violencia (6).
- La relación existente entre el género y otros determinantes de la salud, como la educación, el grupo étnico o la situación económica. El género es sólo uno de los muchos factores que influyen en las parejas e inciden sobre sus decisiones en materia de SR. El nivel educativo, la presión familiar, las expectativas sociales, la situación socioeconómica, la influencia de los medios de comunicación, la experiencia personal, las expectativas sobre el futuro o la religión, también inciden en las decisiones. Siempre que sea posible, las desigualdades sociales en salud, deberían ser descritas y analizadas de forma separada para hombres y mujeres.

Referencias

1. *Strategy for integrating gender analysis into the work of OMS* ("Estrategia para integrar el análisis de género en el trabajo de la OMS"). AMS; 2007. www.euro.who.int/document/gem/final_finalstrat_sep07.pdf
2. *Improving maternal and perinatal health: European strategic approach for making pregnancy safer* ("Mejorar la salud materna y perinatal: enfoque estratégico europeo para hacer la maternidad más segura"). Copenhague: Oficina Regional de la OMS; 2007. www.euro.who.int/pregnancy/20071024_1, 12 octubre 2001)
3. *A guide for developing policies on the sexual and reproductive health and rights of young people in Europe, The Safe Project* ("Guía para el desarrollo de políticas sobre salud sexual y reproductiva y sobre los derechos de la juventud en Europa. Proyecto sobre seguridad"). IPPF. Red Europea, 2007. www.ippfen.org/en/Resources/Our+Publications/New+Publications.thm
4. Baumgarten I., Sethi D., Revisión: Violencia contra las mujeres en la Región Europea de la OMS. *Entre Nous*. 2005; (61): 4-7.
5. *The Changing HIV/AIDS Epidemic in Europe and Central Asia* ("Cambio en la epidemia de VIH/Sida en Europa Central y Asia"). New York: ONUSIDA; 2004.
6. Ostlin P., Sen G. *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it, Final Report to the WHO Comisión on Social Determinants of Health* ("Desigualdad, injusticia, ineficacia e ineficiencia en la desigualdad de género en el ámbito de la salud: ¿por qué existe y cómo se puede cambiar? Informe final para la Comisión de la OMS sobre determinantes sociales de la salud"). *Women and Gender Equity Knowledge Network*, 2007. www.euro.who.int/gender
7. Whitehead M., Dahlgren G. *Levelling up (part 1): a discussion paper on concepts and principles for tackling social inequities in health* ("Igualdad: documento sobre conceptos y principios para acabar con las desigualdades sociales en salud"). Copenhague: Oficina Regional de la OMS en Europa, 2006.

Isabel Yordi

Oficial Técnica. Salud y Género. Oficina Regional Europea de la OMS. iyo@who.euro.int

¿SE TIENE EN CUENTA EL GÉNERO EN LA INVESTIGACIÓN?

El concepto de salud sexual aparece por primera vez en los años 70, sin embargo ha comenzado a tenerse en cuenta recientemente como un aspecto esencial de la sexualidad humana. La aceptación del concepto se ha extendido en los últimos 15 años, hasta el punto que la Asociación Mundial de Sexología en su congreso celebrado, en Montreal, en 2005, decidió cambiar su denominación por el de Asociación Mundial de Salud Sexual.

La definición de salud sexual de la OMS, de 2002, sirvió como referencia para este cambio. Esta definición se centra en su carácter multifactorial, en la dimensión relativa a las necesidades humanas y en cómo éstas, están vinculadas a los derechos sexuales y a la equidad. Sin embargo, como veremos, la tendencia común en las publicaciones relacionadas con la investigación sobre sexualidad ha sido menos sensible y no se han abordado de manera integral las desigualdades de género. Este tipo de investigaciones se basan principalmente en dos paradigmas: el de la salud pública, cuyo interés principal es la pandemia del VIH/Sida, y el de la medicina de lo sexual, que se centra en la función sexual. Esta última escuela de pensamiento, es el tema central de este artículo. En este campo, el descubrimiento de fármacos para mantener la erección masculina, así como, las sustancias farmacológicas similares que se están desarrollando para las mujeres, han acentuado una particular visión de la sexualidad humana que no tiene en cuenta los aspectos socioculturales de la sexualidad y evita las cuestiones de género presentando un modelo de sexualidad pseudouniversal, ahistórico e individual.

Durante muchos años, los equipos de investigación y los de atención han criticado y analizado el establecimiento de una medicina de lo sexual que convierte la sexualidad, especialmente de las mujeres, en algo patológico. Por ejemplo, un estudio publicado en el *Journal of the American Medical Association* (Revista de la Asociación Médica Americana) que recibió una gran atención mediática, concluía que “la disfunción sexual es un importante problema de salud pública”, ya que afecta al 43% de las mujeres americanas y al 31% de los hombres americanos (1). Si examinamos estos resultados, resulta interesante analizar la construcción de los criterios de salud y normalidad. En el paradigma de la medicina de lo sexual, las teorías sobre la funcionalidad sexual se refieren casi siempre, implícita y explícitamente, a un modelo de respuesta sexual humana: el ciclo de respuesta sexual humana (CRSH). Este modelo, desarrollado en los años 60 por Masters y Johnson (2), se basa en la observación de la actividad sexual -principalmente la masturbación- en un laboratorio de investigación y presenta la

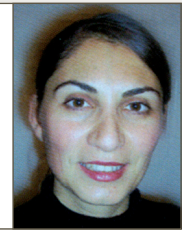
sexualidad como una serie de etapas dirigidas a la consecución del orgasmo, que se supone es el punto álgido de la experiencia sexual.

Este modelo describe una sexualidad descontextualizada que queda reducida a un conjunto de comportamientos y reacciones fisiológicas, describiendo una serie de etapas o fases que se supone corresponden con la respuesta sexual “normal” que se constituye, al mismo tiempo, como “referencia de normalidad”, lo que permite establecer criterios para determinar los problemas o dificultades. Leonor Tiefer propuso un análisis crítico y metodológico del CRSH (3), poniendo de manifiesto el sesgo en la selección de las personas que participaron en el estudio, que no eran representativas de la población general sino de las propias características del modelo* y, también, resaltó el aspecto tautológico de la construcción de este modelo.

“La respuesta sexual “normal” es cualquier resultado originado por una estimulación sexual efectiva, siendo este tipo de estimulación lo que produce una respuesta sexual “normal”. De forma similar, Masters y Johnson (y la Asociación Americana de Psiquiatría después de ellos) definieron el sexo como aquello que ocurre durante el ciclo de respuesta y que produce el orgasmo”. (3).

De esta manera, se construye una visión de la salud sexual que queda reducida únicamente a la función sexual; una función que es el resultado de una secuencia de etapas y que no es, en absoluto, sensible a las diferencias de género. Lo que es peor, cuando se evalúa la sexualidad femenina basándose en criterios aceptados universalmente pero que ignoran las diferencias culturales o de género, también se contribuye a generar una concepción de la sexualidad femenina como patológica. Finalmente ha salido a la luz el problema que conlleva el uso de estos criterios, así como, de los estándares de evaluación utilizados durante la investigación.

Si se estudia más detenidamente la forma en que viven su sexualidad las mujeres y los hombres, a través de las diferentes etapas descritas, se observan importantes diferencias de género. La sexualidad se presenta a menudo desde un punto de vista masculino, como necesidad o motivación sexual espontánea.



Así, el deseo sexual femenino se presenta bien como respuesta, bien como voluntad de tomar parte en un encuentro sexual. Esta voluntad depende, en general, del tipo de relación, la seguridad en una misma, el sentimiento de amor, la intimidad, las experiencias previas (buenas o malas), la propia imagen corporal, el deseo de tener descendencia, la preocupación por quedarse embarazada, el estrés y otras preocupaciones familiares o laborales (4,5). En cuanto a la excitación sexual, la forma en que las mujeres experimentan su excitación, es también significativamente diferente a la manera en que lo hacen los hombres. El trabajo de Ellen Lan, mostró que la experiencia subjetiva de las mujeres no se relaciona con la respuesta fisiológica (6). El orgasmo es una cuestión sensible. La investigación y la sexología clínica, aplicadas a la sexualidad femenina, evidencian que ésta no está "orientada hacia el orgasmo" como en el caso de los hombres. Sin embargo, el énfasis puesto en el orgasmo ha contribuido a aumentar la ansiedad ante el desempeño y a que la sexualidad se convierta muchas veces en algo más tiránico que placentero.

Además de críticas, también se han realizado sugerencias y proposiciones. Rosemary Basson propuso un modelo alternativo para comprender la sexualidad y el deseo femeninos; este modelo resalta la importancia de las experiencias sexuales positivas y negativas en termino de relaciones y habla más de un "deseo como respuesta" que de un "deseo espontáneo" (6). Existe, también, un grupo de trabajo que ha propuesto reconsiderar la definición de disfunción sexual femenina (7). Aún más, se ha elaborado una nueva clasificación para las dificultades sexuales que se basa más en las causas que en los síntomas y es sensible a las experiencias de las mujeres (8). Se trata de una nueva visión de los problemas sexuales femeninos que defiende conceptualizar los trastornos sexuales desde la perspectiva de las mujeres, teniendo en cuenta la satisfacción en un contexto más amplio, incluyendo los aspectos emocionales, físicos y relacionales de la experiencia sexual.

En este artículo se ha intentado explicar cómo, en el avance de la investigación sobre salud sexual, se han eludido las cuestiones de género. Finalmente, se

realizan propuestas, para integrar una visión del bienestar sexual y de la equidad entre hombres y mujeres, que no midan la sexualidad de las mujeres con criterios universales poco sólidos. Así, las críticas y propuestas recientes sobre la salud sexual de las mujeres están mejorando la comprensión de la misma y reduciendo los sesgos de género en la investigación y la intervención. Sin embargo, la sociedad todavía concibe el género con una visión dual que reproduce la clásica dicotomía y separación entre mujeres y hombres. Pero el género femenino y masculino no son los únicos géneros ni tampoco representan identidades monolíticas. Las personas pueden ser más o menos masculinas o femeninas y esto incide en su manera de vivir la sexualidad, independientemente de la función fisiológica. La salud sexual todavía tiene que afrontar numerosos desafíos hasta integrar una visión sensible al género para todos los géneros posibles y, desarrollar un enfoque acorde con los derechos sexuales, ya que son fundamentales en la vivencia de las experiencias sexuales, así como, para su bienestar sexual, físico, emocional, mental y social.

**alcanzar el orgasmo no era considerado la norma para las mujeres americanas en los años 60 de acuerdo con el trabajo de Kinsley y sus colaboradoras/es.*

"La salud sexual es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es sólo la ausencia de enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere de un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y hacia las relaciones sexuales así como, del disfrute de unas relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coacción, discriminación y violencia. Para alcanzar y mantener la salud sexual, deben respetarse, protegerse y satisfacerse los derechos sexuales de todas las personas".

Fuente: Definir la Salud Sexual: Informe de una Consulta Técnica sobre Salud Sexual 28-31 enero 2002. Ginebra, OMS 2006.

Referencias

1. Lauman EO, Paik A, Rosen RC. *Sexual Dysfunction in the USA, prevalence and predictors* ("Disfunción sexual en los EEUU, prevalencia y predictores"). *JAMA* 1999; 281:537-544.
2. Master WH, Johnson VE. *Respuesta sexual humana*. Boston: Little, Brown and Co; 1996.
3. Tiefer I. *Sex is not a natural act and other essays* ("El sexo no es un acto natural y otros ensayos"). 2ª edición Boulder, CO: Westview, 2004.
4. Wood JM, Barthalow Koch P, Kernoff Mansfield PH. *Women's sexual desire: a feminist critique* ("Deseo sexual femenino: crítica feminista"). *J Sex Res* 2006; 43:236-244.
5. Leiblum S. *Reconsidering gender differences in sexual desire: an update* ("Reconsiderar las diferencias de género en el deseo sexual: revisión") *Sexual and relationship therapy* ("Terapia sexual y relacional"). 2002; 17: 57-68.
6. Basson R., *Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions* ("Disfunción sexual femenina: definiciones revisadas y ampliadas"). *CMAJ*. 2005; 172:172-182, accesible en línea: <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/10/1327>.
7. Basson R., Berman J., Burnett A., et al. *Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitios and classifications* ("Informe del consenso desarrollado en la conferencia internacional sobre disfunción sexual femenina: definiciones y clasificaciones"). *J. Urology*. 2000; 163:888-893.
8. Kaschak E., Tiefer I., *A new view of women's sexual problems* ("Una visión nueva de los problemas sexuales de las mujeres"). Nueva York; The Hayworth Press; 2001.

Denise Medico

Licenciada en Filosofía y Letras, Licenciada en Ciencias, estudiante de doctorado en Filosofía
Psicología de la Salud
Universidad de Lausanne, Suiza
denise.medico@bluewin.ch

INVOLUCRAR A LOS HOMBRES

Durante años, las respuestas a la pregunta de cómo abordar la cuestión del comportamiento de los hombres y la salud sexual y reproductiva han sido muy limitadas, como limitados han sido también los programas y la investigación sobre el tema, solo en los últimos 10 años se ha producido un cambio, aunque continúa habiendo muchos más ejemplos de falta de acción y de consecuencias negativas derivadas de la conducta masculina; aunque lo importante es que, actualmente, existen pruebas de que el comportamiento de los hombres está comenzando a cambiar, así como las normas sociales respecto a la masculinidad y, también, del tipo de programas e intervenciones políticas que promueven este cambio.

Política internacional

Un componente clave del cambio son las numerosas declaraciones internacionales que han llamado la atención sobre la realidad y las necesidades de los hombres en materia de SSR. Tanto, el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, como, las conclusiones acordadas en la Comisión sobre el Estatus de las Mujeres (CSW por sus siglas en inglés), en 2004, son revolucionarias en el sentido de lo que sugieren y proponen sobre el papel de los hombres y los chicos para alcanzar la igualdad. En ambas se afirma la necesidad de cambiar la forma en que las sociedades, los estados y las personas, perciben y socializan a los hombres y los niños. No se trata simplemente de una recopilación de declaraciones inconexas o de una lista de “cosas que hacer”, sino de una llamada a la participación de los hombres y jóvenes en nuevas y diferentes formas de alcanzar la igualdad de género y de terminar con el patriarcado y las relaciones de poder desiguales. Es también importante señalar que estas afirmaciones no convierten a los hombres y los jóvenes en los “chicos malos”, ni presentan a los hombres como inherentemente crueles, dominantes o violentos, por el contrario, afirman que los hombres y las masculinidades pueden cambiar.

Incrementar la investigación básica

Junto con estas declaraciones internacionales, se ha producido un incremento de la investigación básica que ha hecho posible una mejor comprensión de las particularidades y de los contextos locales del comportamiento masculino en términos de sus relaciones, la formación de su identidad y sus conductas sexuales. La investigación realizada, tanto con hombres como con jóvenes, en diferentes entornos en todo el mundo ha mostrado la forma tan injusta y

rígida en que los mandatos de género inciden sobre la forma de relacionarse de los hombres con sus parejas y, cómo esto, afecta a cuestiones como el VIH, las infecciones de transmisión sexual, el uso de anticonceptivos, la violencia física (tanto contra las mujeres como entre los hombres), la realización del trabajo doméstico, la crianza o la búsqueda de conductas saludables por los hombres. De manera similar, en una investigación en la que se utilizaba una escala de actitudes estandarizada, se halló que los hombres y los jóvenes que tienen opiniones más rígidas sobre la masculinidad (p.e., las creencias de que los hombres necesitan una mayor actividad sexual que las mujeres, que los hombres deberían dominar a las mujeres, que las mujeres son “responsables” de realizar el trabajo doméstico, entre otras) es más probable que hayan utilizado la violencia contra su pareja; que hayan padecido alguna infección de transmisión sexual; que hayan sido arrestados en alguna ocasión y que consuman algún tipo de droga.

Este y otros estudios muestran que, tanto las mujeres como los hombres, se vuelven más vulnerables si están presentes determinados mandatos de género relacionados con el concepto de masculinidad; en algunos contextos, ser un hombre significa ser duro, valiente, arriesgado, agresivo y descuidado con su cuerpo. La tendencia de algunos hombres y jóvenes hacia ciertas conductas de riesgo, incluido el consumo de sustancias y las relaciones sexuales inseguras, a menudo es una forma de afirmar su virilidad, la creencia en la invulnerabilidad también influye en las conductas saludables y contribuye a la falta de voluntad para buscar ayuda o tratamiento cuando su salud se deteriora.

La desigualdad aún es significativa

La investigación ha puesto de manifiesto que todavía queda mucho por hacer, por ejemplo, las mujeres continúan asumiendo la responsabilidad de la planificación familiar. Así, entre todas las mujeres que utilizan algún método anticonceptivo en el mundo, aproximadamente una de cuatro- el 26%- dice que confía en un método utilizado por su pareja masculina, un 7% en la vasectomía, otro 7% en los condones y un 12% en la abstinencia periódica o la marcha atrás. A nivel mundial la mayoría (74%) de las parejas casadas que utilizan algún método anticonceptivo, usan un método anticonceptivo femenino; de estos, el más común (33%) es la esterilización de la mujer (1).

De acuerdo con numerosas encuestas de hogares, incluido el reciente estudio multinacional patrocinado por la OMS, entre 13 y 61% de las mujeres en todo el mundo ha sufrido algún tipo de violencia

física por parte de su pareja masculina al menos una vez (2). Por otra parte, la OMS estima que cada año se producen 536.000 muertes maternas, la mayoría prevenibles, sin embargo se hace relativamente poco para involucrar en este problema a los hombres, quienes a menudo controlan el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Además, en términos de atención a la infancia, en todo el mundo, las mujeres dedican de 3 a 4 veces más tiempo a la crianza que los hombres, incluso en los países en que las mujeres se han incorporado al mercado laboral en una proporción casi igual que los hombres.

En lo relativo al VIH/Sida, a finales de 2006, unos 39,5 millones de personas convivían con el Sida, de estas, el 63% estaban en África y el 90% se infectó por transmisión sexual. Al margen de si la epidemia sigue un modelo concentrado o generalizado, los patrones de género están claros, el comportamiento de los hombres y la dinámica de poder que hay detrás de las relaciones sexuales (el poder de los hombres a nivel individual sobre las mujeres; el poder económico en los casos de prostitución, o el poder asociado a la estigmatización de los hombres que tienen sexo con otros hombres) está en la base de la epidemia.

También hay algunas buenas noticias sobre el VIH, la epidemia se está estabilizando en algunos países y, al menos en parte, parece deberse a cambios en el comportamiento masculino, con aumento en el uso de preservativos, reducción en el número de parejas, incremento del uso de los Servicios de Asesoramiento y Pruebas Voluntarias y del tratamiento de las infecciones de transmisión sexual.

Existen otras posibilidades en el campo del VIH/Sida como la circuncisión masculina y los microbicidas; en cuanto a la circuncisión, las nuevas evidencias encontradas, revelan que el riesgo de infección por VIH entre los hombres circuncidados es menor, pero es limitada la evidencia de reducción de la transmisión a las mujeres. Tanto la OMS como ONUSIDA, han respaldado la efectividad de la circuncisión masculina para reducir la transmisión del VIH, pero al mismo tiempo reconocen la complejidad de los factores culturales y éticos que entran en juego.

En la actualidad, hay en marcha diversos ensayos clínicos sobre microbicidas, con diferentes sustancias y métodos que permitan a las mujeres controlar la prevención de la transmisión de las ITS y el VIH. En el caso de que estos estudios arrojen buenos resultados, tendrán importantes implicaciones para la vida de las mujeres y para el impulso de nuevos debates sobre la sexualidad masculina.



Gary Barker



Peju Olukoya

Qué funciona para involucrar a los hombres: resultados de los programas

Durante los últimos años se ha comprobado que involucrar a los hombres y los jóvenes en programas de género conduce a resultados positivos. La OMS y el Instituto Promundo han revisado recientemente 59 estudios de evaluación de programas dirigidos a lograr la implicación de los hombres y los jóvenes en intervenciones de salud en el ámbito de la SSR, la prevención del VIH/Sida, la violencia de género, la paternidad y la maternidad y la salud infantil y neonatal. Esta revisión clasificó los programas en función de su aproximación al género (indiferente al género, sensible al género o transformador de género) y revisó la efectividad global combinando el tipo de impacto (cambios en el comportamiento, actitudes o conocimiento) y el rigor del diseño de evaluación (3).

La conclusión más importante de esta revisión es que los programas con hombres y jóvenes bien diseñados, muestran evidencias claras de cambio de actitud y conducta. Se ha comprobado que, tras participar en los programas, a relativamente corto plazo, tanto los hombres como los chicos jóvenes pueden cambiar su actitud y su comportamiento en relación con la SSR, la salud materno-infantil, la interacción con sus hijos e hijas, el empleo de violencia contra las mujeres, el cuestionamiento de la violencia con otros hombres y su comportamiento de búsqueda de atención de salud. En conjunto, el 28,8% de los 59 programas fueron valorados como eficaces en cuanto a la consecución de un cambio de actitud o conducta, y el 39% mostró alguna evidencia de, al menos, un ligero cambio de actitud. El resto, sólo generó cambios en los conocimientos o limitada evidencia de su impacto.

Los programas que se catalogaron como “transformadores de género” mostraron una mayor eficacia. De los 28 que se denominaron así, se consideró que el 42,9% fueron efectivos, en comparación con el 28,8% definidos como efectivos del total de los 59 programas. Los programas que se llevaron a cabo con hombres y chicos jóvenes y, en los que se incluían grupos de discusión sobre género y masculinidad, parecían ser más efectivos que los que se limitaban a transmitir conocimientos sobre mandatos y roles de género.

Los programas integrados, que incluyen interacción “cara a cara” con otros hombres, junto con movilizaciones comunitarias y mensajes en los medios de comunicación, mostraron la mayor efectividad. Esto sólo demuestra la importancia de ir más allá del nivel individual y alcanzar el ámbito social del entorno donde viven hombres y chicos jóvenes,

incluyendo relaciones personales, instituciones sociales, policía, líderes de la comunidad y similares.

El inconveniente es que sólo algunos programas se desarrollan pasada la fase piloto o son programas a corto plazo que van desde un conjunto de sesiones educativas de 16 semanas hasta campañas de un año de duración. En algunos casos - 10 de los 59 programas- los proyectos están pensados más a largo plazo para conseguir la implicación de los hombres y las comunidades y formar alianzas con más alcance del limitado por las intervenciones a corto plazo.

Lo que falta por hacer

Aunque las conclusiones sobre la implicación de los hombres son positivas, aún queda mucho por hacer; la realidad es que, aunque se sabe que las intervenciones políticas y los programas pueden producir cambios importantes, hasta el momento se ha actuado a muy pequeña escala.

Es urgente realizar acciones políticas a nivel nacional y local (y el investigar los efectos de dichas acciones). En este sentido, aparte de algunas medidas políticas tomadas en ciertos países europeos en relación a los permisos por paternidad (que reflejan una mayor participación de los hombres en el cuidado de las hijas e hijos o por lo menos un aumento del disfrute de permisos retribuidos por paternidad), la adopción de políticas, el establecimiento de estructuras jurídicas y leyes orientadas a involucrar a los hombres para alcanzar la igualdad de género en los países en vías de desarrollo ha sido muy limitada.

Si tratamos de identificar la forma de producir cambios en las desigualdades de género en el conjunto de la sociedad, debe considerarse una prioridad para las investigaciones futuras el evaluar el impacto de los cambios en las políticas. Al respecto, los datos procedentes de Europa occidental, sobre todo de los países nórdicos, donde el permiso por paternidad retribuido existe desde hace más de 10 años, han confirmado que cada vez más padres hacen uso de dicha posibilidad; esto se cumple, especialmente, cuando el permiso por paternidad es retribuido y cuando no es transferible por la madre. Uno de los pocos ejemplos, en esta línea entre los países en vías de desarrollo, se encuentra en Costa Rica y su Ley de Paternidad Responsable que incluye campañas de sensibilización y el apoyo de las instituciones públicas para las madres que solicitan pruebas de ADN sobre paternidad. Esta ley ha permitido que haya un descenso en el número de niños y niñas sin reconocer por el padre, del 29,3% en 1999 al 7,8% en 2003 (1).

La conclusión que se extrae de todos estos esfuerzos- tanto desde el nivel político y programático como desde la investigación- es que las normas de género se encuentran en la raíz del problema; cada vez existen más evidencias de que las normas de género, así como la reproducción de estas normas en las instituciones y prácticas culturales, están directamente vinculadas con muchos de los comportamientos de los hombres relacionados con la salud en general y la SSR en particular. Las personas responsables de diseñar los programas lo han entendido, el siguiente cambio será que se comprenda también en el nivel político.

Referencias

1. IGWG *Orientation Guide, Involving Men in Sexual and Reproductive Health. Men and Reproductive Health Subcommittee*. (“Guía orientativa IGWG. Implicar a los hombres en la salud sexual y reproductiva. Subcomité sobre hombres y salud reproductiva”) 2ª edición. Washington DC: USAID, 2002.
2. García-Moreno, C., Jansen HAFM., Ellsberg M. et al. *WHO Multi-country Study on Women’s Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses*. (“Estudio multi-país sobre salud de las mujeres y violencia contra las mujeres. Resultados iniciales sobre prevalencia, resultados en salud y respuesta de las mujeres”) Ginebra, OMS 2005.
3. Barker G., Ricardo C., Nascimento M. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions* (“Implicar a los hombres y los chicos en el cambio en las desigualdades de género en salud: conclusiones de los programas de intervención”). Ginebra. OMS 2007.

Gary Barker

Consultor
Instituto Promundo
Río de Janeiro, Brasil
g.barker@promundo.org.br

Peju Olukoya

Coordinadora. Integración del Género en la Salud Pública (GPH)
Departamento de Género, Mujeres y Salud. OMS, Ginebra (Suiza)
olukyyaa@who.int

IMPLICAR A LOS HOMBRES DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

Apoyo paterno y buenos resultados en salud

Hace unos 15 años, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, se señaló la importancia de implicar a los hombres en el desafío de mejorar la salud sexual y reproductiva (SSR); sobre todo, se puso el énfasis en desarrollar esfuerzos para involucrar a los hombres en la crianza y en tomar medidas que les lleven a asumir la responsabilidad sobre su propia conducta sexual y reproductiva.

De manera paralela a estos esfuerzos, se ha desarrollado un creciente interés por parte del mundo académico sobre cómo los hombres viven sus vidas, cómo construyen su identidad y crean sus vínculos dentro de la familia. Como resultado se han planteado una serie de cuestiones acerca de la crianza y los hombres, reflejando tanto lo positivo, como las cuestiones problemáticas. La dificultad y el reto de la crianza para los hombres ha sido enmarcada en los debates sobre “padre extenuado” o “padre irresponsable” que ignoran sus responsabilidades en la crianza afectando negativamente al bienestar emocional, psicológico y económico de las hijas e hijos. Por supuesto, también se ha hablado de los hombres y los padres en relación con la violencia de género y otros comportamientos agresivos que afectan a la salud de su familia y a sí mismos.

Sin embargo, existe otra rama de la investigación sobre la paternidad que considera deficitaria esa perspectiva sobre la crianza y los hombres y que se centra en los aspectos positivos de la paternidad que pueden contribuir a mejorar los resultados en salud. Esta línea de investigación se enfoca en, por ejemplo, la influencia que tienen los padres en el bienestar y desarrollo de niños, niñas y adolescentes; el debate sobre las políticas y la legislación que fomentaría la implicación de los padres

en el cuidado de su descendencia también está vinculado con este enfoque. De manera más concreta, ¿qué se sabe sobre la relación entre paternidad y salud?, ¿de qué forma una mayor implicación de los padres en la SSR contribuiría a mejorar su salud y bienestar así como la de sus parejas y su descendencia?, ¿existe alguna prueba en la literatura que respalde la idea de que los hombres deberían implicarse más en el momento del parto, antes y después de él?, ¿de qué manera se apoya a los hombres en su función de padres?. Todas estas cuestiones se tratan en una reciente revisión bibliográfica sobre el tema: “*Paternidad y salud. El caso de Europa*” (1), informe fruto de un proyecto de colaboración entre el Departamento de Género, Mujer y Salud en Ginebra, y la Oficina Regional Europea en Copenhague de la OMS.

Buenos resultados en salud para los hombres, las mujeres y sus criaturas

Una conclusión general que se puede extraer de la literatura es que la implicación en su paternidad, puede mejorar el bienestar y la salud de los hombres. Así, en algunos estudios se ha mostrado cómo los hombres que reconocen su nueva posición como futuros padres y reciben apoyo emocional durante el embarazo de sus parejas, disfrutan de una mejor salud física y psicológica y presentan menos problemas de pareja tras el parto. Por otro lado, la investigación también ha demostrado que los hombres pueden convertirse en un importante apoyo emocional y psicológico para sus parejas, durante el embarazo y el parto, reduciendo así el dolor, el miedo y el cansancio de las mujeres. Algunos estudios demuestran incluso que la presencia de los hombres durante el parto, acorta la duración del mismo y reduce la necesidad de utilizar epidural (2). Además, se ha señalado que la implicación de los hombres en los programas de salud materno-infantil pueden reducir la mortalidad durante el embarazo y el parto si se les proporciona formación en obstetricia de urgencia.

Sin embargo, no todos los estudios apuntan en la misma dirección, algunos señalan que, aunque el apoyo de los padres durante el parto puede hacer que la experiencia sea más positiva para las mujeres, es difícil demostrar la relación entre dicho apoyo y la duración del parto, el uso de anestesia u otras intervenciones obstétricas durante el mismo.

Apoyar a los hombres cuando son padres

A pesar de todos estos indicios positivos sobre el aumento del bienestar, la investigación realizada con padres evidencia que ellos experimentan y reciben menos apoyo con su paternidad que las mujeres con su maternidad. La investigación también muestra las dificultades que encuentran los servicios sanitarios materno-infantiles para llegar a los hombres e involucrar a los padres. La consecuencia negativa es que los hombres pueden sentirse marginados y que, debido a ello, buscan menos información y asesoramiento sobre cuestiones relativas a la salud reproductiva (SR) o no participan en su formación como padres. Sin embargo, esto también puede verse en parte como una continuación de los patrones tradicionales de división entre hombres y mujeres, donde los hombres asumen la responsabilidad de trabajar fuera de casa más que de cuidar de la descendencia o realizar el trabajo doméstico.

Con el fin de promover, de manera adecuada, la implicación de los hombres, son necesarias nuevas estrategias que van desde cambios simbólicos, como por ejemplo, que los servicios de salud materno-infantil cambien su nombre, o la utilización de nuevas formas de comunicación que permitan un mayor acceso de los hombres a dichos servicios durante el embarazo de sus parejas. La formación para padres, que en la actualidad consiste mayoritariamente en la participación en grupos de discusión abiertos, no se considera adecuada ya que son normalmente las mujeres las que hablan sobre el embarazo, el parto y la maternidad en estos foros. Sin embargo, han resultado más exitosos los intentos de realizar la formación para padres a través de la red ya que, de esta manera, se proporciona un apoyo más individualizado.

Tal y como muestra la investigación, resulta claro que el apoyo de los servicios de atención sanitaria materno-infantil no es el único factor que incide en la forma en que los hombres asumen su paternidad; la construcción de la paternidad está también estrechamente relacionada con otros factores estructurales y culturales. Así el lograr una mayor implicación de los hombres en su paternidad y en la salud reproductiva, también dependerá del apoyo que se proporcione desde el estado del bienestar y el sector empresa-



rial. Por ejemplo, gracias a la investigación realizada en países escandinavos, se sabe que una licencia de paternidad prolongada y pagada, las guarderías infantiles subvencionadas y los entornos de trabajo que permiten conciliar la vida laboral con la vida familiar, inciden positivamente sobre los hombres en su papel como padres.

Desigualdad social y apoyo para los hombres que son padres

Los padres no conforman un grupo homogéneo ya que no todos se encuentran en las mismas condiciones ni tienen las mismas necesidades, por ello, es importante ofrecer diversos tipos de formación para padres. En la actualidad, los padres de clase media con estudios universitarios parecen acceder más y hacer un uso mejor del apoyo prestado por los servicios de salud materno-infantil; en cambio, otros grupos de padres más vulnerables requieren un apoyo más directo, como por ejemplo las familias de inmigrantes quienes, además, presentan una salud considerablemente peor que otros grupos. Algunos estudios afirman que las mujeres nacidas fuera de su país de origen tienen un riesgo mayor de dar a luz bebés con bajo peso y presentan también un riesgo mayor de muerte perinatal (3). La razón por la que la población inmigrante tiene una peor salud está relacionada con determinantes sociales como una peor situación socioeconómica y trabajos nocivos para la salud; otras variables como tasas elevadas de desempleo, dependencia de los subsidios o problemas con el idioma también pueden contribuir a que muchos inmigrantes sientan que están perdiendo una parte importante y vital de su paternidad. Dado que la investigación demuestra que la implicación de los hombres en la paternidad y en la SR puede tener efectos positivos en su propia salud, en la de sus parejas y en la de su descendencia, es importante dirigirse a los grupos más vulnerables, como los hombres inmigrantes, y ofrecerles apoyo para su paternidad.

Los problemas de salud relacionados con una posición económica o social desfavorecida no afectan sólo a las familias de inmigrantes; cualquier familia autóctona en la misma situación de vulnerabilidad se verá igualmente afectada. Por ejemplo, la investigación muestra como las criaturas de los sectores sociales más desfavorecidos tienen una peor

salud y presentan un riesgo mayor de verse afectadas por enfermedades físicas y dificultades emocionales, siendo el riesgo de muerte infantil tres veces superior (4).

Lo mismo sucede con las madres y padres adolescentes. Los datos estadísticos procedentes del Servicio Nacional de Salud de Inglaterra, muestran que la mortalidad infantil entre bebés de madres menores de 18 años es más del doble de la media de muchos países occidentales; además existe un mayor riesgo de muerte materna. La investigación llevada a cabo en este ámbito indica que si se proporciona un mayor apoyo a los hombres se obtienen mejores resultados para su salud y para la salud de la familia, siendo, por ejemplo, varios los estudios que han mostrado cómo el apoyo de la pareja- ya sea el padre biológico o la actual pareja de la madre- puede correlacionarse con una mejora en el bienestar psíquico de la madre y, también, con un mejor desarrollo de su bebé (5). A pesar de estos datos, muchos estudios evidencian que a menudo no se percibe a los padres jóvenes como un recurso potencial para sus criaturas, ni tampoco se satisfacen sus necesidades como usuarios del mismo sistema.

Encontrar nuevas formas de apoyar a los padres

A modo de conclusión se podría decir que, a pesar de que son muchos los padres a los que les gustaría implicarse más en el cuidado de sus descendientes y que las pruebas indican que ello incide positivamente en la salud de los hombres, de sus parejas y de sus bebés, a penas se ofrece ningún tipo de apoyo a los hombres cuando son padres; estando los servicios de atención materno-infantil más orientados a la salud de las madres y de las criaturas, a menudo excluyen a los hombres y a sus necesidades como padres, siendo los padres de clase media, o con un mayor nivel de vida, quienes tienen más fácil el acceso, mientras que los contactos con los colectivos que presentan un peor estado de salud, son pobres y limitados. Por ello, es preciso aumentar los esfuerzos para llegar a estos grupos de hombres, incluyendo nuevos métodos de distribución y reestructuración de mensajes y de herramientas que sirvan tanto para las madres como para los padres. Quizá la información y el asesoramiento profesional

podrían proporcionarse a través de otras vías de comunicación como internet, de esta manera aumentarían los recursos de los grupos a los que sería difícil llegar de otra forma. Además, resulta necesario un enfoque multisectorial que reconozca y apoye los beneficios de involucrar a los hombres en la SR, incluida la paternidad, para que los hombres puedan tener una buena SR y disfrutar de las ventajas de ser padre es necesario diseñar buenas políticas y programas. Sin embargo, en Europa este tipo de apoyo varía mucho de unos países a otros y continúa siendo escaso para alcanzar la igualdad en el respaldo a los hombres en su paternidad.

Referencias

1. Plantin, L. *Fatherhood and health outcomes- the case of Europe* ("Paternidad y salud - el caso de Europa"). OMS 2007. Disponible en www.euro.who.int/GEM/areas/20070430_8
2. Berry, L. *Realistic expectations of the labour coach*. ("Expectativas realistas de la preparación para el parto") *J Of Obstet. Gynecol Neonatal Nurs* 1988; 17(5):354-355.
3. Ny P. *Swedish maternal health care in a multiethnic society- Including the fathers* ("Cuidados de salud materna en Suecia en una sociedad multiétnica: Incluir a los padres"). Tesis. Universidad de Malmö, 2007.
4. Bremberg S. *Sociala skillnader i ohälsa bland barn och unga i Sverige. En kunskapsöversikt*. Statens folkhälsoinstitut, 2002. www.fhi.se
5. Roye CE, Balk J. *The relationship of partner support to outcomes for teenage mothers and children*. ("Relación entre apoyo paterno y salud de las madres adolescentes y su descendencia") *J Adolesc Health* 1996; 19:87-93.

Dr. Lars Plantin
Escuela de Salud y Sociedad
Universidad de Malmö
lars.plantin@lut.mah.se

VIOLENCIA DE GÉNERO CONTRA REFUGIADAS, SOLICITANTES DE ASILO E INMIGRANTES SIN PAPELES

Violencia de género (VG) en la teoría

En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 los objetivos estaban claros, los gobiernos de 179 países reconocieron que toda persona o pareja tiene derecho a alcanzar el más alto grado posible de salud sexual y reproductiva (SSR) y a tomar decisiones relativas a su salud sexual sin ningún tipo de discriminación, coacción o violencia. Dichos gobiernos declaran que los países deberían promover la asunción de medidas de prevención, protección y rehabilitación para eliminar cualquier tipo de explotación, abuso y violencia contra las mujeres y adolescentes, con especial atención a la protección de los derechos, la seguridad y las necesidades de quienes están en situaciones potenciales de ser explotadas como mujeres inmigrantes regularizadas o no y mujeres y menores en situación de asilo.

Los estados miembro de la Unión Europea (UE) ratificaron este plan de acción y, un año más tarde, durante la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres en Beijing, se amplió la definición de VG englobando también cualquier acto de violencia física, sexual y psicológica que se produzca dentro de la familia o comunidad, o que sea perpetrado o tolerado por un Estado y que resulte, o pueda resultar, en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico incluyendo la amenaza de tales actos, la coacción y la privación arbitraria de la libertad que se produzca en la vida pública o privada, o en situaciones de conflicto armado (1). Algunos grupos de mujeres son especialmente vulnerables a la VG: las mujeres mayores, las desplazadas, las indígenas, las refugiadas, las inmigrantes, las que viven en zonas rurales empobrecidas o de áreas remotas y las mujeres recluidas.

Los países que forman la UE respaldan este plan de acción, así como muchos otros acuerdos que reconocen el género como un determinante de la salud y la VG como una cuestión de salud pública, además de ser una violación de los derechos humanos y un crimen contra la humanidad; por ello, la UE paralelamente al establecimiento de objetivos para eliminar la VG, intensifica sus esfuerzos para establecer un marco político coherente. Al mismo tiempo que se dan estos avances, se desarrollan nuevas políticas europeas de asilo y vecindad (2), desconociéndose aún, el impacto de estas polí-

ticas sobre la protección y la salud de las personas solicitantes de asilo, refugiadas e inmigrantes indocumentadas dentro del territorio de la UE.

Violencia de género en la práctica

La violencia de género puede ser de naturaleza física, psicológica, socioeconómica, sociocultural o sexual. Además de los efectos negativos sobre el bienestar y la participación social de las supervivientes, la VG puede tener consecuencias importantes sobre su salud sexual, reproductiva, física y psicológica; cada vez más las evidencias empíricas indican que la salud y los comportamientos relacionados con ella, están determinados por la interacción de un conjunto complejo de factores contextuales que incluyen estresores, promotores de salud y dotación genética (3). Entre los factores estresantes se incluyen variables sociales, culturales, económicas y medioambientales tales como la pobreza, la discriminación, las condiciones de habitabilidad inadecuadas, las comunidades desestructuradas socialmente, la privación material, la desigualdad salarial, la opresión, el desempleo, la falta de apoyo social y de educación.

En Europa, las personas inmigrantes, solicitantes de asilo, refugiadas e indocumentadas se enfrentan a diario con estos factores que afectan a su salud y que están correlacionados con derechos humanos básicos de tipo económico, social, cultural, civil y político cuyo disfrute se convierte en un desafío cuando la posibilidad de hacerlo está completamente entrelazada con la situación legal de la persona. Así, las personas refugiadas poseen permiso de residencia, que les asegura el acceso a los servicios de atención de salud y el ejercer la mayoría de los derechos a pesar de las barreras económicas, culturales, físicas y psicológicas que pueden encontrar cuando intenten hacerlo. En cuanto a las personas solicitantes de asilo, se encuentran en el proceso de alcanzar esta situación o les ha sido denegada su petición con implicaciones importantes para el acceso a la atención de la salud y al disfrute de los derechos antes mencionados. Las investigaciones más recientes indican que, en Europa, no existe coherencia en relación con este tema, por ejemplo, el acceso a la atención de SSR de las personas que solicitan asilo es diferente entre los países de la UE; en algunos, las mujeres que solici-

tan asilo sólo tienen derecho a la atención de emergencia, en otros se hacen excepciones si está embarazada y, en otros, el acceso a la atención de salud no está limitado (4). Estas restricciones afectan también a la posibilidad de acceder a unas buenas condiciones de vivienda, empleo y participación social entre las solicitantes de asilo, en definitiva el hecho de ser una persona inmigrante indocumentada aumenta el riesgo de enfermar.

En la actualidad, el Centro Internacional de Salud Reproductiva (ICRH) de la Universidad de Ghent, está desarrollando un proyecto de investigación participativa comunitaria para prevenir la VG contra las minorías en Europa. Con financiación Daphne EC, este proyecto de investigación se realiza en Bélgica (ICRH, Zijn, NVR), Países Bajos (Movisie, Pharos) y Gran Bretaña (TandemCom) por algunos centros de investigación y organizaciones comprometidas con la VG, los derechos de las mujeres y la salud de la población refugiada. La investigación se está realizando en colaboración con un consejo asesor comunitario y, además, se formó a 21 personas (13 mujeres y 8 hombres) refugiadas o solicitantes de asilo originarias de Afganistán, Iran, Iraq, Somalia, la antigua Unión Soviética y de comunidades rumanas y kurdas. En este momento ya han realizado 250 entrevistas en profundidad con sus pares de Bélgica y Países Bajos y están colaborando en el análisis de los resultados y el desarrollo de estrategias y herramientas de prevención.

Los resultados de la investigación se presentarán en el Seminario Europeo de Ghent, del 15 al 18 de febrero de 2008, aunque, hasta el momento, las conclusiones preliminares señalan algunos determinantes de importancia para la prevención y protección de la salud. El perfil general de las personas que tomaron parte en la investigación es mujer u hombre, con estudios superiores, en edad reproductiva, con pocos o ningún familiar que les acompañe y que se esfuerza por salvar las dificultades para su participación activa en la sociedad. En general, en primer lugar relacionan la salud sexual con el bienestar físico y mental; en segundo lugar con una visión respetuosa de las relaciones sexuales y la sexualidad; en tercer lugar la relacionan con una vida sexual satis-



**Marleen
Temmerman**



**Ines
Keygnaert**

factoria y, finalmente, con la planificación familiar y la fertilidad. Además, están convencidas de que cada una es responsable de su propia salud sexual. En lo relativo a la VG, los resultados preliminares son muy claros: una abrumadora mayoría de las personas que participaron en el estudio admitían que estaban familiarizadas con diversos tipos de violencia como la agresión física, la reclusión, la discriminación estructural, el abuso sexual, la violación, la explotación sexual, los crímenes de honor o los matrimonios forzados.

La mayoría de los casos permanecen ocultos debido a que estas personas desconocen sus derechos y el funcionamiento del sistema legal del país en el que viven y, además, sienten miedo ante las posibles consecuencias negativas para el proceso de solicitud de asilo o de integración social; los agresores, por otra parte, son conscientes de este mecanismo, se aprovechan de él.

Prevención

Desde una perspectiva socio-ecológica de la prevención de la VG, se entiende que el estado de salud y las conductas relacionadas con ella, afectan y se ven afectadas por los niveles personal, interpersonal, organizacional, comunitario y político, siendo la premisa central de este modelo que ninguno de estos ámbitos funciona independientemente de los demás. Así, cualquier programa de prevención alcanzará una mayor efectividad si se procura que exista sinergia entre los diferentes niveles que comprende el modelo (5).

Cuando se preguntaba a las personas encuestadas sobre el riesgo percibido y los factores de prevención frente a la VG, sus respuestas y sugerencias hacían referencia por igual a los ámbitos antes mencionados (individual, interpersonal, organizacional, comunitario y político). El procedimiento de solicitud de asilo y la situación legal que se deriva de cada una de sus fases resultó ser una variable que afectaba a todos los niveles, así como un aliciente para el cambio positivo. Estos resultados confirman la premisa de que “aunque el sexo biológico, asociado con el género, contribuye a un riesgo diferente ante los problemas de salud, los determinantes sociales tienen un importante papel en la vulnerabilidad a nivel individual, comunitario, político de programa” (6).

Conclusión

En Europa, las mujeres y los hombres jóvenes, en situación de refugio, de solicitud de asilo o sin documentos, son personas extremadamente vulnerables ante la VG. Dado que todos los derechos humanos se consideran interdependientes e indivisibles, y que se han ratificado acuerdos internacionales para la eliminación de la VG, los gobiernos deberían empezar a darse cuenta de que son responsables de ir corrigiendo poco a poco las condiciones que impiden ejercer los derechos sobre la salud y los relacionados con ella. Los cambios políticos estructurales deberían ir acompañados de un enfoque integral y participativo con intervenciones multidisciplinarias, así se crearía una sinergia sólida entre los diferentes ámbitos a los que se ha hecho referencia anteriormente. En Europa, el derecho a la salud y a la vida sin violencia todavía es una utopía para muchas personas refugiadas, en busca de asilo o indocumentadas, y la VG es una práctica común, por tanto, la investigación y el paso a la acción son cuestiones urgentes.

Referencias

1. *Sexual and Gender-Based Violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons, Guidelines for Prevention and Response*. (“Violencia sexual y de género contra personas refugiadas, retornadas o desplazadas. Directrices para la prevención y respuesta”) Ginebra. UNHCR, 2003 pag 7-13.
2. Ucarer EM, *Managing Asylum and European Integration: Expanding Spheres of Exclusion?* (“Manejo del asilo y la integración europea: ¿ampliar las esferas de la exclusión?”) *International Studies Perspective*. 2001; 2: 288-304.
3. Krieger J, Allen C, Cheadle A et al. *Using Community-Based Participatory Research to Address Social Determinants of Health: Lessons Learned from Seattle Partners for Healthy Communities* (“Utilización de la investigación comunitaria participante para abordar los determinantes sociales de la salud: lecciones aprendidas en Seattle para tener comunidades saludables”). *Health, education and behaviour*. 2002; 29 (3):361-382. pag 368.

4. Janssens K, Bosmans M., Temmerman M. *Sexual and Reproductive Health and Rights of Refugee Women in Europe. National Policies on Sexual and Reproductive Health for Asylum Seekers and Refugees; Survey Analysis* (“Derechos y salud sexual y reproductiva de las mujeres refugiadas en Europa. Política nacional sobre salud sexual y reproductiva para solicitantes de asilo y refugiadas. Análisis del estudio”) Ghent: ICRH; 2005
5. Diclemente R.J., Salazar L.F., Crosby R.A. et al. *Prevention and Control of sexually transmitted infections among adolescents: the importance of a socio-ecological perspective- a commentary*. (“Prevención y control de las infecciones de transmisión sexual entre adolescentes: comentario sobre la importancia de la perspectiva socio-ecológica”). *Public Health*. 2005; 119:825-836 pag 831
6. Sen G., Ostlin P., *Unequal, Unfair, Ineffective and Inefficient Gender Inequity in Health: Why it exists and how we can change it. Final report to the WHO Comisión on Social Determinants of Health* (“Desigualdad, injusticia, ineficacia e inequidad de género en salud: por qué existe y como puede cambiarse. Informe final para la Comisión sobre determinantes sociales de la salud de la OMS”) *Women and Gender Equity Knowledge Network*. Ginebra: OMS, 2007. pag 48.

Ines Keygnaert

Estudiante de doctorado en Ciencias Socio-médicas
Univesidad de Ghent
Investigadora sobre VG, Centro Internacional de Salud Reproductiva (ICRH)
Centro colaborador de la OMS. Ghent, Bélgica
Ines.keygnaert@ugent.be

Marleen Temmerman

Médica, Master en Salud Pública, Obstetricia/Ginecología
Doctorada en Filosofía, Profesora de Ginecología. Universidad de Ghent
Directora del Centro Internacional de Salud Reproductiva (ICRH) Centro colaborador de la OMS. Ghent, Bélgica
marleen.temmerman@ugent.be

MUJERES JÓVENES, IGUALDAD DE GÉNERO Y BIENESTAR SEXUAL

¿Por qué es importante tener en cuenta la cultura?

Los derechos humanos básicos sobre salud sexual y reproductiva han contribuido a que el género y la sexualidad se conviertan en aspectos fundamentales para alcanzar un nivel óptimo de salud y bienestar. Añadir la cultura a este enfoque sobre el género y la sexualidad ayuda a valorar los numerosos factores culturales que afectan a las vidas de las mujeres jóvenes y las niñas en Europa. Aunque el discurso sobre el género ha estado siempre asociado a cuestiones de las mujeres, sigue siendo importante reconocer que las mujeres y las niñas soportan la mayor carga de mala salud sexual y reproductiva. De hecho, al introducir la dimensión cultural, salen a la luz cuestiones relacionadas con la discriminación de género y las desigualdades, sobre riesgo y vulnerabilidad y sobre el poder de las personas para controlar o ejercer sus derechos sexuales.

Este artículo se centra, en particular, en dos prácticas discriminatorias de género que han estado de actualidad en la agenda política del Reino Unido y, en general, de Europa. Se trata de la mutilación genital femenina (MGF) y los matrimonios forzados; ambas prácticas están relacionadas con la población inmigrante y han surgido especialmente durante las dos últimas décadas. El artículo no ahonda en los orígenes históricos de estas prácticas, sino que se centra en los aspectos clave, los avances políticos realizados y algunos desafíos que aún quedan pendientes en relación con la promoción de la igualdad de género y el bienestar sexual para las mujeres jóvenes afectadas por ambas prácticas o en riesgo de estarlo.

Dimensión cultural de la sexualidad: MGF y matrimonios forzados

La sexualidad es una parte importante del ser humano y se ve influida por múltiples variables, incluyendo las culturales. Las “ideas” sobre cómo debe ser una “verdadera” mujer o un verdadero hombre proliferan en todas las culturas y afectan a las percepciones sobre lo que el otro sexo quiere o necesita, al tiempo que, conforman la base para prácticas discriminatorias como la MGF o los matrimonios forzados. Las estructuras y sistemas tradicionales a menudo impiden hablar entre hombres y mujeres sobre los deseos o las prácticas sexuales; además, aquello que se considera placentero está siempre influido por la percepción que cada persona tiene de sí misma “como hombre” o “como mujer”. Los mandatos de género sobre sexualidad asignan, a hombres y mujeres, diferentes licencias, posibilidades, poderes y limitaciones en el ámbito sexual (1).

La OMS define la MGF como “la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones a los órganos genitales femeninos por motivos culturales o por cualquier otra razón no terapéutica”. La MGF continúa siendo valorada en algunas culturas, entre otras razones se incluyen el conferir identidad de género, la virginidad, la estética, los ritos de iniciación o el aumento del placer sexual en los hombres. Así, en algunas comunidades, la presión para realizar MGFs continúa existiendo debido a que las normas de género están muy arraigadas. Por otro lado, la concepción europea prevalente de la sexualidad podría causar ansiedad añadida a las mujeres; también las mujeres, pueden permanecer en silencio ante los efectos psicológicos adversos de la MGF. Una mujer que había sido mutilada expresaba así sus preocupaciones en torno a la sexualidad y sus miedos después de haber contraído matrimonio: “sientes que tu autoestima desaparece cuando te das cuenta de que no puedes mantener relaciones sexuales de manera adecuada...”

Estimaciones recientes indican que, a nivel global, entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres han sido sometidas a una MGF y que, cada año, 3 millones más (la mayoría menores de 15 años) sufrirán esta práctica (3). En Europa, la falta de datos fiables compromete los esfuerzos políticos dirigidos a eliminar esta violación de los derechos humanos. En Gran Bretaña un estudio sobre la prevalencia de la MGF, de próxima publicación, estima que casi 33.000 chicas menores de 15 años en Inglaterra y Gales se enfrentan al riesgo potencial de sufrirla, a pesar de las limitaciones de las estimaciones, los resultados “indican que el número de mujeres que habitan en Inglaterra y Gales que han sufrido MGF es significativo y va en



Naana
Otoo-
Oyortey

aumento. Por ello, es necesario emprender acciones para proporcionar una atención adecuada a las niñas y mujeres afectadas y prevenir que la MGF continúe realizándose en la siguiente generación” (4).

El matrimonio forzado es otra cuestión importante para la igualdad de género que en los últimos 10 años ha estado presente en la agenda política del Reino Unido. Según los datos disponibles, esta práctica, reconocida en Gran Bretaña como una forma de violencia de género y de abuso infantil con graves consecuencias psicológicas y para la salud en general, afecta a cientos de niñas y mujeres jóvenes, algunas incluso de 13 años. El matrimonio forzado puede tener lugar en Reino Unido o en el extranjero y la mayoría de las veces afecta a mujeres del sur y el este de Asia, de Oriente Medio, Europa y África (5).

El matrimonio forzado se define como un matrimonio realizado sin el consentimiento pleno de ambas partes y que, a menudo, incluye la coacción; debería considerarse como un matrimonio infantil cualquiera formalizado con menores de 18 años (6). El matrimonio forzado, de cualquier tipo, representa una violación de los derechos humanos y va en contra del bienestar sexual, aunque todavía muchas familias justifican esta práctica basándose en la cultura, la tradición y, con frecuencia, en la presión que ejercen las figuras de autoridad dentro de la familia.

¿Son la política y la legislación las mejores opciones para abordar las cuestiones culturales?

Las consecuencias sociales y para la salud de la MGF se abordan, principalmente, desde organismos públicos incluyendo el gobierno y los servicios sanitarios, legales y sociales. Si bien las medidas legales y políticas proporcionan un entorno que permite trabajar sobre muchas de las violaciones de los derechos sexuales y reproductivos que se amparan en la cultura, la clase política ve también en ellas una forma segura de incidir sobre la cultura y la tradición. En 2003, se aprobó en Gran Bretaña, la modificación legal sobre MGF que abordaba los “vacíos” del Acta de Prohibición de la Circuncisión Femenina de 1985, sin embargo, desde el activismo esta medida se considera insuficiente para acabar con la MGF, ya que, en muchos casos, no se tienen en cuenta los deseos de padres y madres, la ley tiene una visión demasia-

do “eurocéntrica y blanca sobre las decisiones tomadas en la familia y la responsabilidad paterna y materna” (2). Hasta la fecha no han tenido lugar muchos procedimientos judiciales con éxito en Reino Unido relacionados con la MGF. ¿Significa esto que existe poco apoyo por parte de la comunidad hacia esta ley?

El enfoque del gobierno del Reino Unido sobre los matrimonios forzados parece estar encaminado a adoptar un marco más estructurado y coordinado. Así, la Unidad de Matrimonios Forzados-una unidad combinada del Ministerio de Exteriores y de la Commonwealth junto con el Ministerio del Interior- es la principal apuesta gubernamental para abordar esta cuestión. Esta unidad central se caracteriza por el trabajo de casos, el desarrollo de políticas, la coordinación con proyectos de trabajo de calle dirigidos a aumentar la sensibilización y el trabajo en colaboración con grupos comunitarios y de voluntariado (5). La publicación *Dealing with cases of forced marriage: practice guidance for health professionals* (“Abordaje de casos de matrimonios forzados: guía práctica para profesionales de la salud”) es un ejemplo del modelo de marco político desarrollado por la unidad para respaldar los esfuerzos gubernamentales dirigidos a detectar a las personas en situación de riesgo y a proporcionar protección y atención a las afectadas.

En Europa, el conocimiento del evidente incremento de prácticas basadas en la cultura nos llega a través de las noticias sobre los “asesinatos de honor” y, en algunos casos, de reportajes sensacionalistas sobre víctimas de MGF en los medios de comunicación que tienden a marginar aún más a ciertas comunidades. Con el fin de abordar de manera seria este aumento en la violación de los derechos humanos sobre la salud y el bienestar, es preciso tener unos criterios básicos comunes y elaborar una estrategia coordinada a nivel europeo que respalde los esfuerzos políticos. También es muy importante contar con el apoyo sostenido del gobierno y con alianzas efectivas con organizaciones sociales para movilizar a las comunidades y en especial a la gente joven, si queremos romper el ciclo de las arraigadas prácticas culturales. Los gobiernos pueden pensar que las medidas políticas y legislativas son suficientes para resolver el problema, pero no podemos olvidar las ventajas que

ofrecen las estrategias que sitúan en el centro de la acción a las comunidades y a las propias personas como agentes necesarios de cambio.

Referencias

1. Cornwall A., Jolly S., eds. *Sexuality Matters* (“Trastornos sexuales”). IDS Bulletin, 2006; 37(5) 1-11.
2. Lockhart H. *Female Genital Mutilation: Treating the Tears* (“Mutilación genital femenina: tratamiento de los desgarros”) Londres. Middlesex University Press, 2004. pag. 121.
3. HRP *Female genital mutilation-new knowledge spurs optimism* (“Mutilación genital femenina: los nuevos datos inducen al optimismo”) *Progress in Sexual and Reproductive Health*, nº72. Ginebra: HRP, 2006.
4. Dorkenoo E., Morison L., Macfarlane A., *A statistical study to Estimate the Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales: Summary Report* (“Estudio estadístico para estimar la prevalencia de la MGF en Inglaterra y Gales. Resumen del Informe”). Londres: FORWARD, 2007 (en imprenta).
5. Ministerio de Exteriores y Commonwealth y Ministerio de Sanidad británico. *Dealing with cases of forced marriage. Practice guidance for Health Professionals* (“Abordaje de casos de matrimonios forzados. Guía práctica para profesionales de la salud”) (on line). Londres, 2007 (citado el 16 de septiembre de 2007). Disponible en: www.fco.gov.uk/Files/kfile/Health%20Guidelines%20FINAL.pdf
6. Otoo-Oyortey N., Pobi S. *Early marriage and poverty: Exploring links for policy and programme development* (“Matrimonio precoz y pobreza. Búsqueda de vínculos para el desarrollo de programas y políticas”) Londres. Foro sobre matrimonio y derechos de las mujeres y niñas y Federación Internacional de Planificación Familiar.

Naana Otoo-Oyortey

Oficial Técnica

Federación Internacional de Planificación Familiar, Londres
notoooyortey@ippf.org

LA VISIÓN DE LA JUVENTUD SOBRE GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

“Los determinantes de la salud y la enfermedad no son los mismos para las mujeres y los hombres ya que el género interactúa con las diferencias biológicas y los factores sociales. Las mujeres y los hombres desempeñan papeles diferentes en diferentes contextos sociales, valorándose sus funciones de forma distinta, siendo las de los hombres en general más valoradas. Todo ello afecta al grado en que las mujeres y los hombres tienen acceso y control sobre los recursos y la toma de decisiones para proteger su salud, lo que se traduce en diferentes patrones de riesgo para la salud, desigualdades en el uso de los servicios y en los resultados de salud” (1).



Esta afirmación forma parte de la Declaración de Madrid en la que se señala la importancia de que exista igualdad de género para ambos sexos. La forma en que la juventud se inscribe en el proceso es el elemento esencial para alcanzar la meta.

Vulnerabilidad de ambos sexos

Los roles de género se interiorizan en la infancia y son diferentes para cada sexo y en cada cultura; además, estos roles generan inequidades y desigualdades entre niños y niñas, influyendo en todas las áreas de la vida, incluida la salud sexual y reproductiva (SSR), pudiendo suceder, por ejemplo, que las chicas se vieran obligadas a mantener relaciones sexuales y que los chicos no encontraran la manera de expresar sentimientos relacionados con el amor. Además, la variedad de mensajes que reciben las y los jóvenes sobre género, roles e identidad, procedentes de los medios de comunicación, las familias y sus iguales, hace que les resulte difícil tomar decisiones informadas sobre su SSR. Así, los estereotipos de género y los mensajes contradictorios no sólo hacen vulnerables a las chicas y los chicos a una mala SSR, sino que representan un obstáculo para que la juventud disfrute de su sexualidad.

Aunque en el pasado los temas de género y SSR se asociaban principalmente a las mujeres y las cuestiones de mujeres, en la actualidad se reconoce que los hombres son igualmente importantes.

Los patrones de inequidad de género condicionan el control, por parte de los hombres, de los recursos económicos, la distribución del poder político, militar o cultural implicando que algunos grupos específicos de hombres controlen la mayor parte de los recursos necesarios para hacer posible la equidad en el acceso a los servicios sanitarios, en la exposición a factores de riesgo y en el estado de salud de las mujeres (2). La investigación indica que la visión de las mujeres como objeto sexual al que se puede coaccionar para tener relaciones sexuales se adquiere en la adolescencia y se mantiene en la edad adulta (3). Por tanto, la implicación de los hombres en las iniciativas y el trabajo relacionado con la SSR es muy necesaria desde el inicio de la juventud si se quiere alcanzar la equidad de género en este ámbito para chicos y chicas.

Importancia de la educación

Como se ha mencionado anteriormente, los mensajes contradictorios que recibe la juventud sobre género y SSR pueden generar tanto actitudes positivas como negativas; por ello se necesita un entorno de apoyo que proporcione una educación sensible al género que ayude a las personas adolescentes a comprender el concepto de género, cómo influye en ellas mismas y en su SSR. Por desgracia, aunque la educación es el punto de partida para fomentar la igualdad de género entre la juventud, muchos países aún tienen pendiente incluir en sus agendas

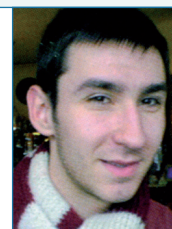
estas cuestiones. Por ejemplo, en la antigua República Yugoslava de Macedonia no se imparte educación sexual y las ONGs representan la única fuente de información sobre SSR para jóvenes. Así mismo, es importante señalar que chicas y chicos tienen necesidades diferentes y que, por ello, requieren diferentes tipos de información; en este sentido, durante 2006, la red de juventud ASTRA llevó a cabo una investigación en 10 países de Europa del Este y de Asia Central, que ayudó a conocer los temas sobre los que sentían que tenían poca información (Tabla 1) (4). Resulta interesante observar que, cuando se pregunta a los chicos, éstos percibían que su conocimiento e información sobre SSR eran adecuados; sin embargo, la investigación mostró que los chicos eran quienes, con mayor frecuencia, carecían de información correcta en comparación con las chicas.

Talleres relevantes y sus conclusiones

Durante 2007, la Asociación de Planificación Familiar de la República de Moldavia llevó a cabo diversos talleres, realizados desde la perspectiva de género, con diferentes grupos diana. Estas experiencias demostraron la importancia de trabajar con jóvenes desde edades tempranas, así como la dificultad de trabajar con personas un poco más mayores que ya han estructurado su identidad y su rol de género basándose en mitos y estereotipos presentes en la sociedad.



Irina Druta



Daniel Kalajdzieski

Tema	Chicos (%)	Chicas (%)
Anatomía/ fisiología del aparato reproductivo	24,4	23,3
Concepción	23,4	25,3
Infertilidad	29,8	33,2
Métodos anticonceptivos	30,2	37,5
ITS	38,5	43,1
Principios de comunicación asertiva	13,2	17,4
Alcohol y estupefacientes	23,4	17,4
Tabaco	14,6	9,5
Cáncer de mama	22,4	43,1
Cáncer genital	32,7	43,1
Violencia doméstica	15,1	22,1
Abuso sexual	19,5	31,6
Ninguno	17,0	9,5

Tabla 1. Temas relacionados con la SSR sobre los que la juventud piensa que necesita más información.

El taller que se realizó con un grupo del ejército de la República de Moldavia evidenció la existencia de muchos estereotipos relacionados con el género y la SSR. Por ejemplo, muchos hombres consideraban que el uso de métodos anticonceptivos era responsabilidad de las mujeres; pensaban que las mujeres sólo querían casarse por el dinero y que ellas deberían practicar la abstinencia sexual y ser fieles. Por el contrario, un hombre sólo era considerado un “hombre de verdad” si era promiscuo y tenía múltiples parejas sexuales.

Las mujeres también creían y fomentaban estos estereotipos. Un taller llevado a cabo con mujeres por el UNFPA en la prisión de Rusca, en la República de Moldavia, halló que muchas mujeres tenían una opinión discriminatoria hacia los hombres y las relaciones de pareja, algunas señalaban que todos los hombres eran unos mentirosos; otras muchas pensaban que el único propósito de las mujeres era el de formar una familia y que la esposa debía siempre obedecer a su marido y especialmente en lo relativo al uso de métodos anticonceptivos o cuestiones reproductivas.

En ambos talleres se dio formación sobre SSR y género y se cuestionaron mitos y estereotipos, aunque se hizo hincapié en la importancia de la igualdad de derechos y en el acceso a los servicios de SSR, fue difícil generar cambios de opinión, siendo estos mínimos en la mayor parte de los casos.

Por otro lado, nuestra campaña de información, educación y comunicación sobre género y SSR realizada en campamentos de verano con jóvenes, proporcionó una gran oportunidad para generar nuevas ideas y opiniones, siendo de los grupos con los que resultó más fácil hablar sobre género y otros temas relacionados con la SSR; fue gratificante observar cómo los y las jóvenes eran capaces de ir más allá de los mitos, estereotipos y, en algunos casos, los propios roles de género.

Conclusión

Nuestra experiencia a la hora de trabajar sobre género y SSR con jóvenes, demuestra la importancia de contar con una educación integral y temprana sobre SSR. Esta formación permite que las personas jóvenes sean conscientes y se comprendan así mismas, además de entender los roles de género e identidades de las demás personas y de proporcionarles un estilo de vida más saludable, ya que, con las habilidades y la información necesaria, serán capaces de empezar a preocuparse por su SSR y de aprovechar las ventajas que ofrecen los servicios de salud. Como resultado, tendremos una generación de jóvenes más igualitaria con respecto al género.

Referencias

1. WHO. *Mainstreaming gender equity in health: the need to move forward: Madrid statement*. (“La equidad de género en la salud mediante el mains-

streaming: la necesidad de avanzar. Declaración de Madrid”). OMS, 2002.

2. Connell R.W., *The Role of Men and Boys in Achieving Gender Equality. Report of Expert Group Meeting* (“El papel de los hombres y los niños en el logro de la igualdad de género. Informe de un grupo de personas expertas”). 21-24 octubre 2003, Brasilia (Brasil). Nueva York; UNDAW, 2004. pag. 3.
3. Mikulenac M. *What about boys? A literature review of Adolescent Boys* (“¿Qué pasa con los chicos? Revisión bibliográfica sobre chicos adolescentes”). Ginebra. OMS, 2000. pag. 29.
4. Chrucie E. *Youth's voices report on sexual and reproductive health and rights in the Central and Eastern Europe and Balkan countries*. (“Informe sobre la opinión de la juventud en relación a los derechos de salud sexual y reproductiva en Europa Central y del Este y los países balcánicos”). Varsovia. Grupo sobre juventud de ASTRA, 2006. pag. 69.

Irina Druta
Miembro de la YSAFE
irina_druta@yahoo.com

Daniel Kalajdzieski
Miembro de la YSAFE
kalajdzieski22@yahoo.co.uk

EL MODELO INTEGRAL DE LA REPÚBLICA DE MOLDAVIA

La violencia contra las mujeres es endémica en la República de Moldavia, aproximadamente un tercio de todas las mujeres de 30 años ha sufrido violencia desde los 15 años; entre las mujeres rurales esta proporción es algo mayor que entre las mujeres que viven en las ciudades. La violencia ejercida por los hombres contra las mujeres está muy extendida y casi un tercio (32%) de las mujeres que alguna vez han estado casadas informan haber sufrido violencia emocional, física o sexual por parte de su marido (1).

Sin embargo, las estadísticas oficiales se elaboran en el Ministerio de Interior y en ellas se incluyen sólo las muertes y las lesiones físicas graves por lo que los datos son limitados y la mayoría de los casos de violencia dentro de la pareja (de tipo psicológico, económico y sexual) permanecen ocultos. No obstante, durante los últimos años ha tenido lugar una mayor sensibilidad en la República de Moldavia sobre la violencia de la pareja y su significado como parte de un problema mayor de violencia de género (VG), llevándose a cabo diversas iniciativas legislativas y dando pasos para desarrollar y fomentar políticas de igualdad de género, incorporando la dimensión de género en las acciones y documentos estratégicos. En un número anterior de *Entre Nous* se describían los esfuerzos del Ministerio de Salud moldavo para integrar todo lo relacionado con la violencia de género en la atención a la maternidad (2). Con este artículo se pretende describir el modelo moldavo de integración de la violencia de género en la pareja y el abuso sexual en el contexto más amplio de la Estrategia Nacional sobre Salud y en los servicios de atención a la salud reproductiva (SR).

Antecedentes

Tras su independencia de la antigua Unión Soviética, la República de Moldavia sufrió una crisis social y económica que afectó de forma negativa sobre la SR de la población produciéndose un incremento en el número de embarazos no deseados y de abortos, en la incidencia de infecciones de transmisión sexual (incluido el VIH/Sida) y en la mortalidad y la morbilidad infantil y materna. Para manejar el problema, el gobierno tomó diversas medidas como la creación, en 1994, por el Ministerio de Salud, de 47 centros de planificación familiar en distritos y ayuntamientos; también, el 24 de mayo de 2000, el Parlamento aprobó la ley sobre “protección de la salud reproductiva y la planificación familiar” y, finalmente, se puso en marcha y evaluó el Programa Nacional sobre Protección de la Salud Reproductiva y Planificación Familiar (1999-2003). Aunque la evaluación realizada en 2003 mostró algunas mejoras como la reducción de la tasa de abortos y el aumento en el uso de métodos anticonceptivos modernos, seguramente, se debió a que la mayor parte de

los esfuerzos se centraron en la planificación familiar, sin que se trabajara sistemáticamente en otras prioridades de SR como, por ejemplo, la VG.

En esta línea, el Ministerio de Salud pretendía desarrollar una Estrategia Nacional sobre Salud Reproductiva que diera continuidad al Programa Nacional sobre Planificación Familiar y Protección de la Salud Reproductiva (1999-2003). Así, se pretendía mejorar la disponibilidad y el uso de los servicios de SR mediante su integración en los servicios sanitarios de atención primaria para que, de esta manera, se puedan tratar aspectos más amplios de la SR además de la planificación familiar.

Intervención

El 23 de febrero de 2004, con el fin de elaborar la Estrategia Nacional sobre Salud Reproductiva, el Ministerio de Salud creó un Grupo de Trabajo nacional, el cual, en su diagnóstico inicial de la situación, que incluía el análisis del contexto internacional y europeo, identificó la violencia de género dentro de la pareja y el abuso sexual como una de las once prioridades estratégicas. Un análisis en profundidad de la situación mostró que era necesario un modelo integrado de planificación familiar dentro de los servicios de SR siempre que estos estuvieran incluidos en la atención primaria (AP) y que se contara con mecanismos efectivos de derivación hacia servicios especializados. Para reducir la violencia de género dentro de la pareja y el abuso sexual, se consideró importante el alcanzar objetivos concretos, en primer lugar, el desarrollo de vínculos entre la sociedad civil y el estado; en segundo lugar, la mejora en el acceso a los servicios de planificación familiar y su implicación en la orientación y asesoramiento a las víctimas de violencia de género y abuso sexual, por último, la creación de centros especializados de consulta para las víctimas con igual acceso para mujeres y hombres. Para lograr los objetivos, la Estrategia señala la necesidad de dotar al personal de AP con conocimientos y habilidades útiles para la identificación, asesoramiento y derivación de las víctimas de violencia de género dentro de la pareja y de abuso sexual; también es necesario que la población tome conciencia de la existencia del problema y los



**Valentina
Baltag**

recursos existentes. Entre las acciones que propone la Estrategia se incluye la formación de las personas que trabajan en los centros de planificación familiar sobre los temas mencionados anteriormente; el desarrollo de directrices para el manejo de casos de VG por parte de las y los profesionales de AP, y la integración de la VG en la curricula de formación de pre y postgrado para profesionales de la salud.

Tras varias revisiones inter pares realizadas dentro y fuera de la OMS, la Estrategia Nacional sobre Salud Reproductiva se puso en marcha el 26 de agosto de 2005, tras ser aprobada por el gobierno moldavo (3).

Puesta en marcha y apoyo de la OMS

Como parte del proceso de implementación de la Estrategia, el Ministerio de Salud revisó recientemente el papel de los centros de planificación familiar de todo el país y, finalmente, en octubre de 2006, se integraron en los de SR. De acuerdo con esta reorganización, se ampliaban las funciones del personal de los centros de atención a la SR haciéndose responsables de 11 áreas diferentes incluidas en la Estrategia Nacional sobre Salud Reproductiva, en concreto: planificación familiar, maternidad segura, adolescencia y juventud, infecciones del aparato reproductivo, aborto seguro, infertilidad, violencia de la pareja y abuso sexual, tráfico de personas, cáncer de mama y cérvix, salud sexual de las personas mayores y, por último, salud sexual y reproductiva de los hombres. Bajo esta nueva regulación del Ministerio de Salud, las y los profesionales de los centros de atención a la SR deben asumir las siguientes funciones dentro del área de violencia de la pareja y abuso sexual:

- Actividades de información, educación, comunicación y asesoramiento sobre prevención de la violencia de la pareja y del abuso sexual.
- Derivación de las víctimas de violencia a los servicios apropiados.
- Puesta en marcha de programas específicos dirigidos a víctimas de violencia y abuso sexual.

Aunque las y los profesionales habían recibido previamente formación sobre planificación familiar y anticoncepción y, en algunos casos, también sobre aspectos relacionados con el aborto, fue necesario

proporcionarles formación adicional para poder afrontar sus nuevas responsabilidades (temas como la violencia, la trata, etc.) entre las que, especialmente, la violencia resultó un reto. Siempre ha existido una cultura del silencio en torno a la VG, lo que dificulta particularmente la recogida de datos fiables, e incluso las mujeres que estarían dispuestas a hablar sobre esta cuestión, en ocasiones, lo encuentran difícil debido a sentimientos de vergüenza o miedo; por ello, resulta muy importante establecer una relación de confianza y asegurar la confidencialidad y la privacidad durante toda la intervención con las mujeres que acuden a buscar asesoramiento sobre SR. Teniendo en cuenta todos estos aspectos, el Ministerio de Salud entendió que la atención a estas mujeres sólo podía estar en manos de personal especializado, decidiendo desarrollar un curso de formación con una duración de 11 días y once módulos (uno para cada área de la Estrategia) para lo cual pidió el apoyo de la Oficina Regional Europea de la OMS. En el momento de escribir este artículo, se ha remitido a la OMS para su revisión, el borrador del módulo sobre violencia de la pareja. Para desarrollarlo se utilizó como base el curso de Formación para Formadoras y Formadores de la OMS al que hicimos mención en nuestro artículo anterior (2). Entre el material para entregar que incorpora el módulo, se encuentra el protocolo de identificación y atención a los casos de violencia de género para profesionales. Es importante señalar que el objetivo de esta formación no era conseguir que las personas profesionales de los centros de atención a la SR fueran expertas en las 11 áreas de la Estrategia, sino que fueran capaces de identificar problemas y realizar una derivación adecuada a los recursos existentes.

Pasos adelante

Hasta la fecha, ya se han elaborado los borradores de 6 de los 11 módulos y se espera que a finales de año se haya formado a profesionales de 47 de los centros en 4 de estos módulos: violencia de género, salud sexual y reproductiva masculina, cáncer cervical y de mama, y salud de las personas mayores. A finales de 2008 la totalidad de profesionales de los centros de atención a la SR habrán recibido el curso de formación completo.

Posteriormente se dará seguimiento a la detección, asesoramiento y derivación de las víctimas de violencia, así como, a la sistematización de los datos recogidos para planificar intervenciones futuras.

Referencias

1. Centro Nacional de Ciencia y Medicina Preventiva Aplicada (CNCMPA). Moldavia y la ORC Macro, 2006. *Moldova Demographic and Health Survey 2005* ("Estudio demográfico y de salud en Moldavia 2005"). Calverton, Maryland. Centro Nacional de Ciencia y Medicina Preventiva Aplicada del Ministerio de Salud y Protección Social y ORC Macro, 2006.
2. Baltag V., Cosgrove K., *Addressing violence during pregnancy in the Republic of Moldova* ("Abordaje de la violencia durante el embarazo en la República de Moldavia") *Entre Nous* 2005; 61:18-19.
3. Disponible en: www.euro.who.int/reproductivehealth/ctryinto/CtryInfores?Country=MOA&CtryInputSubnuts

Valentina Baltag

Doctorada en Ciencias y Filosofía.
Oficial Técnica
Salud Sexual y Reproductiva en la
Adolescencia, incluyendo VIH/Sida
Oficina Regional Europea de la OMS
vba@euro.who.int

CUESTIONES DE GÉNERO EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: EL CASO DE TAJIKISTAN

El modelo histórico de desarrollo de Tajikistan, al igual que sucede en toda Asia Central, muestra que, de forma generalizada se ha subestimado a las mujeres y se les ha apartado del proceso de desarrollo. Aunque se dieron algunos avances en materia de igualdad de género durante la época soviética, aún queda mucho por hacer para que las mujeres puedan poner en práctica sus capacidades (1, 2).

La independencia y el consiguiente periodo de transición provocaron muchos cambios sociales, la pobreza extrema, el desempleo y el limitado acceso a la cobertura de las necesidades básicas afectaron a toda la sociedad y especialmente a las mujeres y a la infancia. Además, los prejuicios de género han impedido que las mujeres sean reconocidas como iguales a los hombres, que participen en las decisiones políticas y que disfruten de la igualdad de oportunidades en el empleo y la economía.

El reciente Proyecto de Valoración de Políticas de Género en Tajikistán identificó las desigualdades de género y el acceso a los servicios de atención a la salud reproductiva (SR) como dos temas de importancia en relación a las políticas y los servicios de salud (3). El objeto de este trabajo era reconocer los avances y desafíos en la integración de la perspectiva de género haciendo énfasis en las desigualdades de género existentes en el ámbito de la salud sexual y reproductiva.

Recogida y análisis de datos

El estudio se llevó a cabo entre 2005 y 2006 y se revisaron todos los documentos políticos sobre salud y género elaborados desde 1992. En el Instituto de Investigación Obstétrica "Tajik" y la ONG local "Género y Desarrollo" se elaboraron indicadores sociales y sanitarios sensibles al género, realizándose, en áreas rurales y urbanas, 250 entrevistas a diversos grupos poblacionales como las direcciones de salud, el personal profesional de salud, las personas líderes de la comunidad y usuarias. La participación en la entrevista era voluntaria y todas las respuestas mantenían la confidencialidad y el anonimato.

Creencias comunes sobre el género y la SSR

Las desigualdades de género en Tajikistan, se sustentan en razones culturales, históricas, tradicionales, religiosas y familiares, insertándose en la cultura patriarcal y patrilineal que valora más a los hombres que a las mujeres, lo que favorece que las mujeres se encuentren en una situación

socioeconómica desfavorecida que incide negativamente en su salud (4). En este contexto, la mayoría de los hombres (66%) pensaban que el uso de anticonceptivos era responsabilidad de las mujeres y otros (78%) que la vasectomía puede reducir la vitalidad y que podía generar esterilidad; algunas mujeres (28%) también compartían esta creencia. Sin embargo, a pesar de que los hombres pensaban que el uso de anticonceptivos era responsabilidad de las mujeres, los miembros masculinos de la familia tomaban decisiones relativas al acceso y uso de los servicios de atención a la SR (86%); además, los hombres también tomaban decisiones sobre cuestiones relacionadas con la fertilidad (58%), incluso en las familias en que no había hijos varones, tras la recomendación médica de no tener más embarazos, eran los hombres de la familia los que insistían en intentarlo una vez más (48%).

Los niños eran más valorados que las niñas y, por ello, se les facilitaba el acceso a la educación y la atención de salud. Además, en algunas familias, cuando alguna criatura enfermaba, sólo se llevaba al hospital a los varones, se dan casos incluso de madres inmigrantes que abandonan a sus hijas niñas recién nacidas en los hospitales a los pocos días de nacer u otras que son abandonadas en áreas próximas a las ciudades.

La "cultura del silencio" fue el factor clave que contribuyó a que no se buscara atención a la salud reproductiva y al elevado número de casos de ITSs; en este sentido, la mayoría de las mujeres pensaba que las ITSs eran un mal que tenían que tolerar; el 36% de las mujeres declaraba que les resultaba embarazoso hablar de estos temas ya que no era aceptable dentro de su cultura (36%).

Acceso y calidad de los servicios de atención a la SSR

La mayoría de las mujeres respondieron en la entrevista que la ausencia de mujeres médicas era la razón por la que no buscaban atención de salud, ya que las usuarias no se encontraban cómodas con

varones médicos para hablar de problemas de SR (56%). El liderazgo de la comunidad y las direcciones de salud de ámbito nacional y local están, en su mayoría, ocupadas por varones (88%) y en los grupos focales entrevistados, para estos ámbitos, no pensaban que la participación de las mujeres en la toma de decisiones fuera importante. Esto también puede haber contribuido a la falta de actitudes sensibles al género entre profesionales de salud - hombres y mujeres- hacia las mujeres que se deciden a solicitar atención en los servicios, siendo la falta de habilidades y formación fue uno de los aspectos que se citaba como obstáculo para que las mujeres llegaran a ser médicas y para que accedieran a puestos de dirección.

En la mayoría de las clínicas de zona se podían colocar DIUs y realizarse abortos, sin embargo se trataba de un servicio de mala calidad y que se prestaba en condiciones higiénicas deficitarias. Además, el personal profesional que trabajaba en centros de planificación familiar y en la dirección de programas, no estaba familiarizado con la legislación sanitaria y médica ni con los protocolos quirúrgicos y los procedimientos de esterilización de instrumental establecidos por el Ministerio de Salud. Por ejemplo, en estos centros, no se realizaba un examen previo a las mujeres a las que se les colocaba un DIU con el fin de descartar la presencia de ITSs (48%) y las usuarias tampoco fueron informadas de otros métodos anticonceptivos alternativos ni sobre los riesgos potenciales asociados al uso de cada método anticonceptivo (42%).

Otra problemática es que en la provincia de Khatlon no existen medios de transporte regular entre los diferentes pueblos y distritos, así, cuando una mujer necesita atención ginecológica u obstétrica tiene que caminar 6-7 horas hasta llegar a una clínica en el pueblo o ciudad más cercana. Fue interesante observar que en estudios anteriores en algunas regiones de Tajikistan se encontró correlación entre la posición social de las mujeres y el comportamiento de búsqueda de atención de salud reproductiva. El estu-



Santino Severoni



Nazira Artykova



Gulnora Rasulova



Viloyat Mirzoeva

dio llevado a cabo en Khatlon también halló que la posición de las mujeres dentro de la familia se correlacionaba positivamente con la probabilidad de que se realizaran exámenes prenatales, dejara de realizar esfuerzos físicos durante el embarazo y diera a luz en condiciones asépticas (5).

Género y riesgo de ITSs y VIH/Sida

Desde 1992 se ha producido un rápido incremento de la prostitución en la ciudad de Dushanbe y, más aún, en Tajikistan. La pobreza y el bajo nivel económico ha forzado a muchas mujeres a entrar en la prostitución y aunque las mujeres corren un gran riesgo de contraer ITSs y VIH/Sida, no existen servicios dirigidos a ellas, declarando la mayoría que el uso del condón lo decidían los clientes y sólo algunas (6%) negociaban sobre esta cuestión.

Las mujeres tampoco podían utilizar métodos de protección en las relaciones sexuales dentro del matrimonio, de acuerdo con la tradición, las mujeres deben obedecer a los maridos en todas las circunstancias, incluyendo las relaciones sexuales, siendo rechazadas por sus comunidades las mujeres de hombres inmigrantes que retornaron a sus pueblos con VIH/Sida.

Las mujeres jóvenes también están en situación de riesgo, se valora con especial énfasis su "ingenuidad" lo que dificulta que las mujeres jóvenes busquen información sobre salud sexual y anticoncepción. Con el resurgir, a partir del proceso de cambio económico, de la ideología tradicional y los roles de género, desde jóvenes las mujeres son socializadas para tener una actitud sumisa ante los hombres y si mantienen relaciones sexuales no se les motiva para que hablen abiertamente de sexo con sus parejas.

Las entrevistas realizadas con profesionales de la salud y la revisión de los datos del despistaje anual confirmaron una elevada prevalencia de ITSs (52%). El diagnóstico incorrecto, los tratamientos inapropiados, junto con la colocación de DIUs contribuyen a las elevadas tasas, debidas también a que la mayoría de profesionales de la salud no tenían un conocimiento adecuado sobre las ITSs, las habilidades para asesorar a las usuarias, ni los recursos necesarios para realizar un diagnóstico adecuado. El resultado es que muchas mujeres recibieron tratamiento para problemas que no tenían (32%).

Política y recomendaciones

Los cambios políticos que han tenido lugar en Tajikistan, y sus consecuencias

para la salud durante la última década, indican que existen factores estructurales asociados con el sistema de salud que inciden sobre el acceso a los servicios y, por tanto, sobre el estado de salud de la población. Un problema asociado a las cuestiones de género en la atención de salud es la falta de integración entre la medicina de familia, la SR y los servicios de atención al VIH debido a que las políticas existentes y los servicios de atención sanitaria aún tienen un enfoque vertical que genera barreras para acceder a servicios de calidad, respetar la confidencialidad y alcanzar la equidad de género y esto a pesar de que las cuestiones de género tienen una importancia especial en la Estrategia Nacional sobre Salud Reproductiva para 2014 y, en la Estrategia Nacional de Desarrollo adoptada en 2007.

El Proyecto para la Valoración de Políticas de Género señaló algunas recomendaciones que pueden ayudar a superar las barreras:

1. El gobierno de Tajikistan debería realizar seguimiento de la puesta en marcha de la política de género y del uso de documentos estratégicos en los centros sociales y sanitarios.
2. La integración de los servicios de atención a la SSR- incluyendo las ITSs y el VIH/Sida- en la medicina de familia podría mejorar el acceso de los grupos más vulnerables y hacer que desciendan las desigualdades de género y las barreras culturales.
3. El Ministerio de Salud debería aumentar el número de mujeres proveedoras de salud mediante formación básica y de postgrado, con guías sobre género apropiadas y mediante el desarrollo de protocolos.
4. Sensibilización y formación para las personas proveedoras de salud sobre temas de género y SR.
5. Intervenciones comunitarias orientadas a mejorar la situación de las chicas y las mujeres dentro de la familia y en la comunidad a todos los niveles.
6. Visibilizar la estigmatización y discriminación y prevenir, en todos los niveles, la violencia en las familias, en las comunidades y en el entorno laboral.

Referencias

1. *Latest updates from MDG Needs Assessment Activities* ("Últimos datos sobre las actividades de evaluación de necesidades en relación con los ODM") Tajikistan. Nueva York,

PNUD, 2005. Disponible en: www.untj.org/reports

2. *Human Development Report 2006: Beyond Scarcity: Power, poverty and the water global crisis* ("Informe sobre desarrollo humano 2006. Más allá de la escasez: pobreza, poder y crisis global del agua") Nueva York. PNUD, 2006. Tajikistan Human Development Report.
3. Sharapova N. *Gender analysis of the health policies in the republic of Tajikistan within the provision of the family planning services to the population at the national center of the reproductive health. A WHO case study* ("Análisis de género de las políticas sanitarias en la República de Tajikistan para la provisión de servicios de planificación familiar para la población en el Centro Nacional sobre Salud Reproductiva. Un caso de estudio de la OMS"). Copenhague. OMS, 2005 pag 13.
4. *UNIFEM Annual Report 2005-2006*. ("Informe anual de UNIFEM 2005-2006"). Nueva York. UNIFEM, 2006.
5. *WHO, UNFPA and Ministry of Health Tajikistan. Rapid assessment of the State Reproductive Health Services in the Republic of Tajikistan* ("OMS, FNUAP y Ministerio de Salud de Tajikistan. Evaluación rápida del estado de los Servicios de Salud Reproductiva en la República de Tajikistan"). Octubre-noviembre 2000. Copenhague. OMS, 2003.

Gulnora Rasulova

Médica, Doctorada en Filosofía. Investigadora Jefa; Instituto de Investigación Científica sobre Ginecología, Obstetricia y Pediatría. Dushanbe. República de Tajikistan. g_rasulova@list.ru

Viloyat Mirzoeva

ONG Género y Desarrollo República de Tajikistan viloyat.mirzoeva@mail.ru

Nazira Artykova

Médica, Doctorada en Ciencias. Oficial de enlace, Oficina de la OMS en Tajikistan artykova.who@tajnet.com

Santino Severoni

Médico, Doctorado en Salud. Representante de la OMS/ Director de la Oficina de la OMS en Tajikistan sseveroni.who@tajnet.com

SALUD Y ATENCIÓN A LA SALUD EN PORTUGAL: ¿EL GÉNERO ES IMPORTANTE?

La preocupación sobre las desigualdades de género en la salud y en la atención de salud es relativamente reciente. El estudio de Nathanson (1) se considera, en general, la primera investigación realizada en este ámbito. El reconocimiento político de la existencia de desigualdades de género en salud y en la atención a la salud comienza con la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas, celebrada en Beijing en 1995 y su Plataforma de Acción. Este último documento señala la existencia de desigualdades en salud entre hombres y mujeres, principalmente debidas a las desigualdades de género existentes en la sociedad. También postula que la desigualdad en el acceso a los servicios y en el trato que mujeres y hombres reciben en el sistema sanitario son las principales causas de las desigualdades de género en salud (2).

En marzo de 2007 terminamos un informe encargado por el Ministerio de Salud portugués llamado “Salud y atención de salud en Portugal: ¿el género es importante?”. En este artículo se resumen los principales resultados y conclusiones sobre la situación en Portugal.

Desigualdades e inequidades de género en la salud

La primera parte de nuestro trabajo se centró en las desigualdades de género en el ámbito de la salud, ya que para entender porqué existían diferencias en el trato que recibían hombres y mujeres, era preciso investigar previamente sobre el estado de salud. La creencia general es que “las mujeres viven más pero tienen un peor estado de salud” (3), la mayor expectativa de vida de la mujeres no puede cuestionarse, puesto que se trata de un hecho sobradamente documentado, pero, su “peor estado de salud”, es algo más complejo de evidenciar. ¿Es que hay enfermedades más prevalentes entre las mujeres?, ¿las mujeres mueren por las mismas causas que los hombres?, ¿se ve afectada la salud de las mujeres y los hombres por los mismos factores?, ¿los síntomas son los mismos para mujeres y hombres?, ¿se presentan de igual manera?, ¿se debería tratar igual a mujeres y hombres, con procedimientos similares y con la misma intensidad?. La respuesta a estas preguntas permitirá identificar las necesidades de ambos sexos y dirigir las respuestas del sistema de salud hacia la cobertura de esas necesidades.

La segunda parte de nuestra investigación se centró en las desigualdades de género en la atención de salud, principalmente en la potencial discriminación o sesgo que pudiera existir en el trato: ¿se benefician las mujeres y los hombres del mismo tipo de tratamiento cuando presentan el mismo problema?. La cuestión es, por tanto, de equidad y justicia; por

tanto, al observar diferencias de trato, habrá que distinguir las debidas a diferentes necesidades de las no justificadas clínicamente para, a continuación, abordar los problemas de discriminación.

Según la definición de Whitehead (4) las diferencias en salud que son “innecesarias, evitables y, por tanto, injustas” representan situaciones de inequidad en la salud. Al contrario de las diferencias debidas a la biología, las relacionadas con el género aparecen como evitables e injustas y son el resultado de la situación social de la mujer (o del hombre), del papel que tienen atribuido o de la discriminación en la vida cotidiana, más allá de la potencial falta de equidad en la atención de salud. Todos estos aspectos se refieren a circunstancias que, generalmente, están fuera del control de las personas y que conducen a situaciones consideradas injustas (4).

La situación en Portugal

La esperanza de vida de las mujeres en Portugal es más elevada que la de los hombres, en el año 2000 las mujeres vivían, como media, 80 años y los hombres 73,2 años, pero este dato no implica necesariamente que las mujeres tengan una mejor salud. Si se compara la situación de Portugal con la de la Europa de los 15 en el año 2003, se observa que los hombres tienen más años de vida saludable (5) lo que confirma la creencia de que “las mujeres viven más pero tienen una peor salud”.

Para documentar esta creencia, examinamos los datos de la Encuesta Nacional de Salud de Portugal (ENSP) de 1998-1999 desde una perspectiva de género siendo nuestros resultados similares a los que ya se han obtenido en otros países. Las mujeres, como media, presentan peor estado de salud que los hombres, utilizan más los servicios de atención de salud, tienen más días de discapacidad y es más probable que sufran enfermedades cróni-

cas como hipertensión o diabetes de mayor prevalencia entre las mujeres.

Nuestros hallazgos también indican que las mujeres acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud independientemente de su situación socioeconómica, por tanto, el impacto de género en la salud no es una simple consecuencia de las diferencias socioeconómicas entre hombres y mujeres. Dado que, en Portugal, las mujeres tienen un menor nivel socioeconómico que los hombres y, al igual que la población desfavorecida, tienen una peor salud, se podría pensar que el exceso de mala salud que sufren las mujeres se deriva de su peor nivel socioeconómico, sin embargo, las diferencias de género se observan entre hombres y mujeres con similares ingresos, educación y disponibilidad de seguro de salud.

En estudios anteriores sobre equidad en la prestación de asistencia sanitaria en Portugal se evidenció que existía inequidad en el acceso a las consultas de especialistas a favor de los estratos económicos más altos, en nuestro estudio hemos demostrado que se obtienen los mismos resultados al analizar por separado hombres y mujeres.

Las desigualdades de género en el estado de salud son menores entre la población más desfavorecida. El estado de salud es sistemáticamente peor en las mujeres y, si bien la salud de los hombres se deteriora más a medida que el nivel económico decrece, se reducen las diferencias de género en las clases más desfavorecidas. Lo que demuestran estos hallazgos es que las diferencias en la salud de hombres y mujeres no son homogéneas en los distintos grupos de ingresos.

También estudiamos el sesgo de género en el tratamiento de afecciones cardiovasculares utilizando los datos de altas médicas en los hospitales públicos portugueses entre 2000 y 2004 (192.058 altas), observando diferencias significativas



Ana
Alexandre
Fernández



Céu
Mateus



Julian
Perelman

entre mujeres y hombres en el uso de procedimientos diagnósticos de alta tecnología (cateterización) y revascularización. En comparación con los hombres, es un 28% menos probable que se utilice en las mujeres el método diagnóstico mencionado y un 30% menos probable el tratamiento de revascularización, encontrándose los mismos resultados cuando se utilizan odd-ratios ajustados. Interesa resaltar otros tres resultados, el primero es que las diferencias por sexo son mayores entre quienes sufren una cardiopatía sin que tenga lugar un episodio agudo previo, la explicación podría ser que, una vez que la enfermedad cardíaca se manifiesta clínicamente, hay menos margen para interpretaciones divergentes entre profesionales. El segundo es que las diferencias prácticamente no variaron entre 2000 y 2004 excepto por el uso de la revascularización en los casos de infarto agudo de miocardio donde se acentuaban, lo que contradice la expectativa de que el sesgo profesional desaparecería debido al mayor conocimiento sobre enfermedades cardíacas crónicas en las mujeres y a la mayor difusión de las técnicas. Y por último, las diferencias en el tratamiento se reflejaban en las diferencias en la mortalidad hospitalaria, aunque las mujeres tienen una mortalidad mayor, la diferencia no es significativa entre mujeres y hombres tratados con revascularización.

También abordamos el tema de las listas de espera para cirugía. Se utilizaron los datos del sistema portugués para la gestión de listas de espera SIGIC ("Sistema Integrado de Gestión de Inscritas para Cirugía"). Este sistema prioriza las admisiones para cirugía en función de la necesidad clínica, la posición en la lista (las primeras personas inscritas, serán las primeras en ser operadas) y de que se hayan realizado las pruebas pre-operatorias, con esto se pretendía acabar con las inequidades en los tiempos de espera. En el estudio, tratamos también de estimar si el sexo afectaba de alguna manera al tiempo de espera para cirugía electiva en casos no vitales en los hospitales públicos de Portugal. Se encontró que el sexo se correlacionaba significativamente con los tiempos de espera de algunas intervenciones quirúrgicas, esperando las mujeres un 5% más para operaciones de oftalmología, un 13% más para operaciones de otorrinolaringología y un 9% más para cirugía de venas varicosas. Los hombres, en cambio, esperaban más para las operaciones del túnel carpiano y las de prótesis de cadera. En las operaciones de prótesis de rodilla y de artroscopia no se encontró ninguna correlación con el sexo.

Conclusiones

La situación de Portugal es idéntica a la de otros países en los que se realizaron estudios similares (EEUU, Canadá y Reino Unido, por ejemplo). La investigación ha proporcionado las evidencias necesarias para informar a la clase política; con estos datos, el Ministerio de Salud portugués está más preparado para acabar con las desigualdades de género en la salud y la atención de salud. Desde aquí, se proponen los siguientes pasos para la acción:

- **Primero:** evaluar la situación actual y las tendencias recientes en las desigualdades de género en salud y medir sistemáticamente la influencia del género sobre diferentes tipos de enfermedades y tratamientos. Debido a problemas de tiempo, utilizamos los datos que estaban fácilmente disponibles pero deberían investigarse otros datos dado que la variable "sexo" generalmente está disponible. Precisaríamos ser capaces de evaluar, también, las diferencias de género en el uso de fármacos, especialmente para el tratamiento de enfermedades cardiovasculares y en la atención psiquiátrica (en este caso las desigualdades ya están documentadas en EEUU). Así mismo, de evaluar el tratamiento para las enfermedades que constituyen las principales causas de mortalidad entre las mujeres, como son los accidentes cerebrovasculares y el cáncer. Además, es necesario evaluar sistemáticamente el estado de salud de las mujeres con especial atención a sus enfermedades específicas - como el cáncer de mama o de cérvix -, a las enfermedades más prevalentes como las que afectan a su salud mental, a la violencia de género y a la salud materna.

- **Segundo:** investigar las causas una vez que se ha observado que existen desigualdades de género en el acceso al tratamiento, de hecho, en el caso de las enfermedades cardiovasculares aún no se ha resuelto el problema principal: ¿existe sesgo de género en el tratamiento o las desigualdades de género son el resultado de las diferencias "biológicas" en la salud y las actitudes hacia la misma?. Para dar una respuesta, tendremos que investigar mediante entrevistas a las y los pacientes así como al personal de medicina, puesto que, las actitudes parecen ser un factor clave. Comprender la gestión de las listas de espera, de las derivaciones a cirugía electiva y de las admisiones de las y los pacientes debe ser otro de los objetivos de la investigación.

- **Tercero:** Relacionar las posibles políticas e intervenciones para reducir las desigualdades de género en la salud y estimar su impacto potencial. En el caso del

tratamiento de las enfermedades cardiovasculares, debería desarrollarse una estrategia que hiciera más consciente al personal de medicina de que existen desigualdades de género y eliminar así presunciones como que "el infarto de miocardio es una enfermedad de hombres". El incremento en los casos de cáncer de pulmón y de enfermedades respiratorias en las mujeres, mientras permanecen estables en los hombres, exige pensar en cómo poner en marcha estrategias de promoción y prevención más orientadas a las mujeres. La búsqueda de estrategias tendrá que basarse en la evidencia, por lo que revisar y evaluar las experiencias en otros países sobre políticas de género, permitirá identificar aquellas que aseguren los mejores resultados.

Referencias

1. Nathanson C.A., *Illness and feminine role: a theoretical review* ("Enfermedad y rol femenino: revisión teórica"). *Soc. Sci. Med*, febrero 1975; 9(2) 57-62.
2. Gijsberg van Wijk CMT, Kolk AMM, Van den Bosch WJHM. *Male and female morbidity in general practice: the nature of sex differences* ("Morbilidad masculina y femenina en atención primaria: naturaleza de las diferencias por sexo") *Soc. Sci. Med*, 1992; 35; 665.
3. Annandale, E. *The Sociology of Health and Medicine* ("Sociología de la salud y la medicina"). EEUU. Polity Press, 1998.
4. Whitehead M., *The concepts and principles of equity and health*. ("Conceptos y principios de equidad y salud"). *International Journal of Health Services Research*, 1992; 22(3):429-445.
5. Eurostat database. www.epp.eurostat.ec.europa.eu. Acceso el 4 de octubre de 2006.

Céu Mateus

Escuela Nacional de Salud Pública
Universidad Nueva de Lisboa, Portugal
ceum@ensp.unl.pt

Julian Perelman

Escuela Nacional de Salud Pública
Universidad Nueva de Lisboa, Portugal
jperelman@ensp.unl.pt

Ana Alexandre Fernández

Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Nueva de Lisboa, Portugal
ana.alexandre@fcm.unl.pt

IMPACTO DE GÉNERO SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA ANTIGUA REPÚBLICA YUGOSLAVA DE MACEDONIA

La salud sexual y reproductiva (SSR) está relacionada con el género y altamente condicionada por el nivel de igualdad de género de un país. Las diferencias sexuales y los distintos roles de género de mujeres y hombres, contribuyen a resultados diferentes en la salud reproductiva. La antigua república yugoslava de Macedonia- país en fase de incorporación a la UE- bajo el régimen socialista realizó grandes avances en el ámbito de la igualdad de género, incluidos los derechos de salud sexual y reproductiva. Así, el índice de desarrollo de género del país es de 0,791 mientras el índice de desarrollo humano es de 0,796 de lo que se deduce que las desigualdades de género son mínimas (1).

Los cambios legales e institucionales que han tenido lugar en este país en los últimos cincuenta años han mejorado de manera importante el acceso y la calidad de los servicios de atención a la SSR; sin embargo, el respeto hacia muchos derechos sexuales y reproductivos no ha seguido un camino paralelo a los cambios en los roles de género y en el papel de la mujer dentro de la familia y la sociedad. La tradicional división del trabajo dentro y fuera del hogar se ha mantenido a pesar del enorme avance de las mujeres en las áreas de educación y empleo, el rol tradicional de las mujeres permanece especialmente en las zonas rurales y entre las mujeres de origen albanés y de etnia romaní. Todavía es importante la influencia de la familia en cuestiones como el matrimonio y, con frecuencia, se acuerdan matrimonios entre familias a edades precoces, sobre todo, entre niñas de zonas rurales y de minorías étnicas. La falta de expectativas en el empleo y la educación, así como, la prohibición de mantener relaciones sexuales antes del matrimonio, son otras de las razones por las que las chicas se casan tan jóvenes y tienen embarazos no deseados. De acuerdo con el estudio cualitativo KAP (encuesta realizada en 2005), la mayoría de las mujeres encuestadas no están en condiciones de negociar sobre sexo seguro, sobre planificación familiar, ni tampoco decidir cuándo y con quién contraer matrimonio. Las mujeres manifestaban que, debido a los roles de género tradicionales, la comunicación entre cónyuges sobre planificación familiar es mínima y que las decisiones sobre métodos de protección las tomaban los hombres (2).

Ha aumentado, durante el periodo de transición, el impacto negativo de las desigualdades de género y de la persistencia de los roles tradicionales de género sobre la salud reproductiva (SR) de las

mujeres. Entre las razones subyacentes a este hecho se encuentra el significativo descenso de la disponibilidad, el acceso y la calidad de los servicios, y la falta de conocimiento e información sobre SSR. El deterioro de las instalaciones públicas de salud, la privatización de la atención primaria y las reformas en el sistema de aseguramiento de la salud, han ido en detrimento de la disponibilidad y la calidad de los servicios de SR. Igualmente, el empobrecimiento general de la población y su menor poder adquisitivo han afectado negativamente en la capacidad de las mujeres para pagar centros apropiados de atención a la SR. La nueva Ley de Atención de Salud de 1998, no especifica nada sobre la mejora o la protección de la salud de las mujeres y, hasta la fecha, el país no ha desarrollado ninguna estrategia integral sobre SR.

Principales aspectos de interés

Los efectos más negativos de la desigualdad de género en la salud reproductiva responden a factores culturales y estructurales y, se manifiestan en los casos de infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados y abortos. Las ITSs constituyen un problema importante de SR ya que, aunque los datos muestren una prevalencia muy baja, parece claro que esto no se debe a la existencia de medidas preventivas, sino a que se reportan pocos casos y a la automedicación. Según el personal de medicina responsable de diagnosticar la clamidia, el herpes genital y otras ITSs el número de casos está incrementándose muy rápidamente, especialmente entre la población más joven (3). El deficiente sistema de vigilancia, la falta de datos específicos sobre la prevalencia de las ITSs y la ausencia de políticas estatales adecuadas para abordar esta cuestión son sólo algunas de las debilidades del sistema de salud actual y que afectan desproporcionadamente a mujeres y hombres, reca-

yendo la prevención y el tratamiento sobre las mujeres ya que los hombres, en muchos casos debido a los roles tradicionales de género, rechazan reconocer las ITSs como su problema. Así, parece que las infecciones recurrentes son responsabilidad de las mujeres, responsables también de afrontarlas.

La prevención de los embarazos no deseados y el acceso a abortos seguros son otras cuestiones en las que los roles de género y la desigualdad tienen un papel importante. El aborto constituye, aún hoy en día, el método más utilizado para el control de la fecundidad en la antigua República Yugoslava de Macedonia, sin embargo, la calidad de los centros donde se realiza continúa siendo muy baja y en el país aún no se ha adoptado un modelo integral de atención. Las estadísticas oficiales revelan que, durante la última década, el número de abortos registrados ha disminuido de manera constante aunque aún continúa por encima de la media de la UE; así, en 2001, el número total de interrupciones voluntarias de embarazo por cada 1000 nacimientos fue de 315,55, y en las mujeres de hasta 20 años la tasa fue de 188,01 (4). Sin embargo, el descenso de las cifras oficiales no se corresponde con la situación real, sino que es el reflejo de una recogida de datos inadecuada, acudiendo muchas mujeres, debido a los prejuicios y la presión social, a clínicas privadas para interrumpir su embarazo, ya que estos casos no se registran.

Además, tampoco hay que olvidar que, especialmente en zonas rurales, todavía se utilizan “métodos tradicionales” para interrumpir el embarazo sin que tampoco se registren. Los datos sobre asesoramiento postaborto y acceso a los centros de planificación familiar son inexistentes pero se cree que, o bien no están disponibles estos recursos o la atención no se proporciona por especialistas en ginecología.



Tatjana
Sikoska

Los servicios de planificación familiar en el país resultan insuficientes e inadecuados y han generado un descenso en el número de métodos anticonceptivos prescritos como consecuencia del aumento del coste de las revisiones médicas tras la reforma del sistema de salud. De acuerdo con la última Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados llevada a cabo entre 2005 y 2006, la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos es de 14%; de éste porcentaje un 5% responde que usa condones, un 3% la píldora anticonceptiva y un 1% el diafragma. Este estudio también muestra que el 34% de las mujeres informaban que los centros de planificación familiar no habían respondido a sus necesidades, frente al 29% que considera los servicios disponibles como adecuados (5). La baja prevalencia de uso de métodos anticonceptivos también es debida a su elevado precio y a las dificultades existentes para obtener la píldora anticonceptiva sin receta médica (6).

Según los datos disponibles, otras de las debilidades fundamentales del sistema de SR del país son la falta de atención a la educación para la salud y los servicios de promoción de la salud, no existiendo información orientada a las personas, por lo que las mujeres tienen poco acceso a la información vital para ellas y para sus familias. Además, el desconocimiento sobre sus derechos sexuales y reproductivos contribuye a perpetuar su posición subordinada dentro de la familia.

Intervenciones y colaboraciones

El deterioro de los servicios de planificación familiar ha incidido negativamente sobre el derecho de las mujeres a gestionar su propia fecundidad y su SR. Con el fin de hacer frente a esta tendencia negativa en el ámbito de la SR y los derechos de las mujeres en el país y a la ausencia de una estrategia nacional integral para la promoción de la SR, el FNUAP ha comenzado a apoyar al gobierno en sus intentos para asegurar el acceso universal a la SR de la población. Los objetivos específicos de esta colaboración incluyen:

a) Mejorar la prevención de embarazos no deseados mediante el aumento en el uso de métodos anticonceptivos modernos y la mejora en el acceso a la información, los conocimientos y los servicios de planificación familiar.

b) Garantizar las condiciones necesarias para el aborto seguro (mejorar las normas estándar, la responsabilidad, la atención y el asesoramiento postaborto)
c) Prevenir las ITSs, especialmente la clamidia, a través de la detección temprana y la sensibilización.

Para avanzar en las áreas mencionadas anteriormente será preciso llevar a cabo diversas intervenciones, incluyendo las dirigidas a:

- Mejorar el sistema de recogida de datos, el conocimiento de las tendencias, los determinantes y las políticas y necesidades de intervención,
- Mejorar la prevención mediante actividades educativas y de sensibilización dirigidas tanto a la población general como al personal de medicina.
- Mejora de los estándares de calidad de la planificación familiar y de los servicios de atención a la SR.
- Superar las barreras en el uso de métodos anticonceptivos modernos en lo referente a la accesibilidad, la asequibilidad y las barreras sociales y culturales basadas en el género.

La primera fase de este proyecto ya ha comenzado, todas las partes interesadas a nivel nacional están realizando una evaluación estratégica de la situación de la planificación familiar, los abortos y el uso de métodos anticonceptivos; las deficiencias, los problemas y las necesidades identificadas servirán para elaborar las recomendaciones de políticas de referencia para el desarrollo de un programa piloto que se implementará en una segunda fase que, probablemente, se extenderá a todo el país en los próximos años. De esta manera, el FNUAP y los organismos nacionales que participan esperan mejorar la salud reproductiva y los derechos de las mujeres, disminuir el impacto negativo de la desigualdad de género y fomentar un cambio en las normas sociales y culturales basadas en los roles tradicionales de género.

Referencias

- PNUD. *Human Development Report 2006, Human Development Indicators Country Fact Sheet Macedonia TFYR, 2006* ("Informe sobre desarrollo humano, 2006. Indicadores de desarrollo humano, informe sobre Macedonia ERY, 2006"). Disponible en: http://hdr.undp.org/hdr2006/statistics/countries/country_fact_sheets/cty_fs_MKD.html

- Kacarska Fotevska I., Panova M., Pavlovski B. *Qualitative research on KAP among Macedonian women, regarding reproductive health, osteoporosis and menopause issues*. ("Investigación cualitativa KAP entre las mujeres macedonias: salud reproductiva, osteoporosis y cuestiones asociadas a la menopausia"). Proposición de tesis de investigación. Universidad de Roma "La Sapienza", 2005.
- Macedonia HIV/AIDS National Strategy 2003-2006 ("Estrategia nacional sobre VIH/Sida en Macedonia 2003-2006"). Disponible en: http://www.balkans-fight-hiv.org/documents/nationalAIDSstrategy/nationalAIDSstrategy_mk.pdf
- Making Pregnancy Safer. Towards the European Strategy for Making Pregnancy Safer: Improving maternal and perinatal health. Country profiles: the former Yugoslav Republic of Macedonia. Key national indicators for assessing maternal and perinatal health status*. ("Una maternidad más segura. Hacia una estrategia europea para lograr una maternidad más segura. Mejora de la salud materna y perinatal. Perfiles nacionales: antigua República Yugoslava de Macedonia. Indicadores nacionales clave para evaluar el estado de la salud perinatal y materna"). Copenhague. OMS, 2007. Disponible en: www.euro.who.int/pregnancy/20070524_1
- Multiple Indicator Cluster Survey 3 in Macedonia 2005-2006*. ("Encuesta de indicadores múltiples por conglomerados 3 en Macedonia 2005-2006"). UNICEF, PNUD y Oficina Nacional de Estadística, 2007.
- Reproductive Health Supplies in the Central and Eastern Europe* ("Centros de atención a la salud reproductiva en Europa central y del este") Varsovia. Red ASTRA, 2007. Disponible en: <http://www.astra.org.pl/articles.php?id=155>

Tatjana Sikoska

Técnica del Programa Nacional, FNUAP Antigua República Yugoslava de Macedonia
sikoska@unfpa.org

PLAN DE ACCIÓN DANÉS PARA COMBATIR LA TRATA DE SERES HUMANOS 2007-2010

El 1 de marzo de 2007, el gobierno danés puso en marcha su segundo plan de acción contra la trata. El primer plan de acción comenzó en 2002 y se centraba en la trata de mujeres con fines de explotación sexual aunque en 2005 se añadió un anexo sobre trata de menores. El segundo plan está dirigido a la trata de seres humanos, esta ampliación en su alcance es positiva para Dinamarca, no sólo desde la perspectiva de los derechos humanos sino porque la trata de niños y hombres para el trabajo en condiciones de esclavitud parece estar aumentando.

Otro aspecto positivo de este segundo plan de acción es que en él toma parte el Ministerio de Desarrollo, lo que permite que el Ministerio de Exteriores y el “Programa para países vecinos” que desarrolla en materia de trata en Moldavia, Ucrania, Bielorusia, Bulgaria y Rumania, estén vinculados al plan. De manera similar, las actividades realizadas en este campo por la Cooperación Nórdico-Balcánica, la Unión Europea, la Organización para la Seguridad y Cooperación en Europa y la OTAN estarán incluidas en el plan de acción con el fin de lograr la expansión y fortalecimiento de las redes de organizaciones internacionales gubernamentales (OG) y no gubernamentales (ONG) colaborando contra la trata de personas.

Lecciones aprendidas

Al igual que en el primer plan de acción, la prevención de la trata de personas, la protección y el apoyo a las víctimas de trata y el enjuiciamiento de traficantes y especuladores son elementos esenciales del plan, por ello se requiere la coordinación entre numerosos y variados actores que intervienen en la lucha contra la trata de personas. Sin embargo, las experiencias en Dinamarca, al igual que otros países, han demostrado que la cooperación entre actores numerosos en la práctica puede ser difícil y requerir mucho tiempo, de hecho una evaluación de la aplicación del primer plan de acción puso de manifiesto que si bien la cooperación entre la policía y las ONG del ámbito social en general ha sido buena, la cooperación entre las organizaciones no gubernamentales podrían mejorarse.

En la evaluación se recomendó que el trabajo de identificación y apoyo a las víctimas estuviera mejor coordinado y que se garantizara la calidad, otra recomendación

fue formalizar la cooperación entre los interlocutores sociales y el sector salud (a través de protocolos) con el fin de responder mejor a las necesidades inmediatas de las víctimas en materia de salud. Los servicios sanitarios ofrecían tratamiento para las víctimas en una casa de acogida segura durante el periodo de “reflexión” (periodo de tiempo que permite a las víctimas recuperarse, por lo general 30 días para quienes provienen de países no pertenecientes a la UE), ofreciéndose, además, la realización de pruebas y tratamiento para las ITS y para los casos de aborto. Sin embargo, a menudo eran prácticas para casos individuales únicamente siendo necesario realizar seguimiento y evaluación para garantizar que estos servicios están estandarizados y se ofrecen a todas las personas. La evaluación puso de manifiesto, también, que muy pocas mujeres aceptaban ser atendidas por una ONG en su país natal, ya que las colocaba en posición vulnerable para ser nuevamente víctimas de la trata a su regreso, por ello, en el futuro, las víctimas que cooperen con la policía en su repatriación podrán permanecer hasta 100 días en el país con el fin de asegurar un retorno seguro.

Nueva organización del trabajo y nuevas iniciativas

Con el fin de lograr un enfoque holístico en la asistencia a las víctimas, el segundo plan de acción establece un nuevo marco de colaboración. Dentro del mismo, algunas iniciativas están dirigidas a todas las víctimas de trata y, otras, están orientadas específicamente a mujeres y menores. En general, el nuevo plan de acción introduce nuevas iniciativas para facilitar la identificación de las víctimas de trata y mejores oportunidades para reconocer posibles fuentes de identificación. Como ejemplos de estas iniciativas se incluyen, además de la existencia de una línea telefónica de

ayuda y del trabajo de calle para llegar hasta las mujeres extranjeras que ejercen la prostitución, los nuevos centros en las ciudades más importantes y los métodos interdisciplinarios de intervención para la identificación de las víctimas de trata con fines de explotación sexual (tales como la colaboración entre la policía, las organizaciones sociales y las instituciones sanitarias), que siguen siendo el grupo principal de las personas objeto de trata. Además, la policía y otros grupos de profesionales relevantes recibirán formación sobre todos los aspectos relacionados con la trata de personas, incluida la identificación de las víctimas. Por último, se han creado grupos locales de policía, servicios sociales y sanitarios, ONGs y trabajo social de calle con mujeres extranjeras que ejercen prostitución como iniciativa dirigida a reforzar la colaboración, el apoyo a las víctimas y la sensibilización sobre la trata de personas a nivel local. Estos grupos también servirán para garantizar el apoyo a los esfuerzos gubernamentales mediante la colaboración multidisciplinaria en el ámbito local, donde se encuentran las víctimas.

Nuevo Centro Nacional sobre Trata de Seres Humanos

Con la prolongación del mandato, el Grupo de Trabajo Interministerial sobre Trata de Mujeres continúa siendo responsable de la coordinación de la estrategia gubernamental en el ámbito de la trata de personas. Además, se ha creado una nueva institución, el Centro sobre Trata de Seres Humanos, dependiente del Consejo Nacional de Servicios del Ministerio de Asuntos Sociales que debería comenzar a funcionar a finales de 2007.

Dicho centro servirá como órgano de coordinación de la asistencia social, la protección y el apoyo a las víctimas de trata, teniendo diversas funciones. En



**Nell
Rasmussen**

relación a la trata de mujeres se encargará de coordinar los esfuerzos locales y de facilitar la cooperación operativa entre actores involucrados, también será responsable de gestionar el trabajo de calle, la línea de teléfono y los centros de atención directa y de establecer las normas de protección y asistencia a las víctimas en las casas de acogida. En relación con la trata de personas, el Centro servirá como centro de recopilación de datos e investigación, así mismo, como centro de documentación y seguimiento. Desde aquí también se establecerán protocolos y normas estándar para la identificación y protección de las víctimas, siendo responsable de la transmisión de información entre todas las partes del ámbito local y estatal, y de la formación de profesionales. Por último, también colaborará con las autoridades de Exteriores con el fin de prepa-

rar el retorno de las víctimas de trata, incluyendo la cooperación con las autoridades y ONGs de los países de origen.

Conclusión

Aunque no está basado principalmente en los derechos humanos, el nuevo plan de acción danés se ajusta a la mayoría de las recomendaciones de buenas prácticas realizadas por el Grupo de Personas Expertas sobre Trata de Seres Humanos de la Unión Europea, permitiendo junto con el nuevo Centro sobre Trata de Seres Humanos reforzar de forma importante los esfuerzos del gobierno danés para acabar con la trata de seres humanos dentro del marco legal existente. Ambas medidas permiten que Dinamarca continúe reafirmando su compromiso con la cooperación europea e internacional en el ámbito de la trata de personas.

El plan de acción puede consultarse en la página web del Departamento de Igualdad de Género del Ministerio de Asuntos Sociales de Dinamarca: http://ligeuk.itide.dk/files/PDF/Handel/Menneskehandel_4K.pdf

Nell Rasmussen

Consultora Jefa, MML
Grupo de Personas Expertas de la UE
sobre Trata de Seres Humanos
ner@vfcudsatte.dk



VIOLENCIA DE PAREJA EN LA ADOLESCENCIA EN LA REPÚBLICA DE CROACIA

Hasta hace poco, en la República de Croacia, el problema de la violencia de pareja en la adolescencia no era objeto de investigaciones sociales, ni de actividades de educación o prevención. En 2004 el Centro para la Educación, Asesoramiento e Investigación (CESI) llevó a cabo una investigación que mostró que el 60% de las y los adolescentes había vivido algún tipo de relación violenta y que un 43% de jóvenes había actuado de forma violenta en sus relaciones. Los resultados de la investigación se utilizaron para desarrollar un programa de educación y prevención dirigido a la juventud y para las campañas de sensibilización de los tres últimos años. Además, el CESI ha elaborado y publicado un manual para personal educador titulado “Más vale prevenir que curar: prevención de la violencia en las relaciones entre adolescentes” y, ha formado alrededor de 60 docentes de secundaria para la aplicación de este programa.

En 2007, el CESI amplió la investigación con el fin de explorar la prevalencia, formas, causas, consecuencias y factores de riesgo de la violencia en las relaciones de pareja entre adolescentes. El objetivo de esta investigación era aumentar la comprensión de las necesidades y problemas de la juventud en el contexto de las relaciones violentas y elaborar e implementar programas preventivos, eficaces y de calidad, para integrarlos en la educación escolar.

Resultados de la investigación

En la investigación participaron 1014 estudiantes de 16 a 19 años de 42 escuelas de secundaria de la República de Croacia. La mayoría de las y los jóvenes que participaron (87%) ya habían salido con alguien y, de este grupo, el 79% consideraba que la violencia en estas citas representaba un problema muy serio. Para algunas personas, conocer casos de conductas violentas en las relaciones de pareja, formaba parte de su día a día dentro de su red social: alrededor de un tercio (28%) de las personas jóvenes conocía alguien de su grupo de iguales que había sufrido violencia en una relación y un quinto conocía de primera mano a alguien que mantenía una relación violenta.

Más de dos tercios de las y los adolescentes (70%) informaron que alguna vez se habían enfrentado a una situación violenta con sus parejas y un poco menos de la mitad (43%) admitía haberse compor-

tado de manera violenta con su pareja al menos una vez. En general, los resultados muestran que la prevalencia de la violencia, en las citas entre adolescentes, varía en función del tipo de violencia. Los patrones observados indican que las formas más comunes de conducta violenta, mediante las cuales se pretende dominar y controlar a la pareja, son escenas de celos, comportamientos posesivos y controladores, acusaciones y chantaje emocional, siendo la violencia sexual y la agresión física menos frecuentes.

Los celos son la experiencia que caracteriza las relaciones entre adolescentes (58%); además, una cuarta parte había sufrido comportamientos violentos por parte de su pareja a causa de los celos, que son un instrumento para mantener el control y la dominación dentro de la relación, no reconociendo estas conductas como violentas una parte importante de las y los adolescentes en la investigación; algunas personas jóvenes tampoco percibían como violentas algunas formas de violencia física y sexual en sus relaciones de pareja. La falta de conocimientos y la ignorancia sobre los comportamientos violentos junto con la creencia de que algunas formas de violencia en una relación son “normales”, contribuye a que la gente joven tenga tolerancia al riesgo y a la violencia y, por tanto, no encuentre razones suficientes para poner fin a este tipo de relaciones. Aunque la mayoría de jóvenes reconocía que los celos (57%) eran la razón por la que se

comportaban de manera violenta con sus parejas, al mismo tiempo, una buena parte (61%) consideraba que eran una expresión de amor y no de dominación o control. Además de los celos, el miedo a la ruptura (29%), la “provocación” de su pareja (27%) y los problemas de comunicación (21%) se esgrimían también con frecuencia como causa del comportamiento violento.

Entre los factores de riesgo que se identificaron en relación con la victimización pero que también están relacionados con el ejercicio de formas de violencia emocional/ psicológica en la pareja adolescente, se encuentran la baja autoestima, el consumo frecuente de alcohol, la presencia/ experiencia de violencia familiar, la aceptación de estereotipos de género tradicionales, las actitudes permisivas hacia el uso de la violencia, los problemas de comunicación en las relaciones y la influencia de sus iguales y de los medios de comunicación. Merece también la pena mencionar que alrededor de la mitad de las personas adolescentes (53%) afirmaban que habían sido víctimas y victimarias de violencia de pareja.

En relación con la dimensión sexo/ género del problema, cabe destacar una proporción significativamente mayor de chicas víctimas y perpetradoras de violencia emocional/ psicológica, mientras que los chicos ejercían más violencia sexual hacia sus parejas, además, los chicos aceptaban más las actitudes sexistas y



Amir
Hodžić

tradicionales sobre los roles de género y aquéllas que justificaban la violencia en determinadas situaciones, también les costaba más identificar ciertos comportamientos violentos.

Aunque tanto las chicas como los chicos experimentaban diversas formas de violencia de pareja, las emociones, reacciones y consecuencias de estas conductas violentas por parte de la pareja, no son en absoluto neutrales al género. Las consecuencias para las chicas son más serias y negativas conllevando más sentimientos de dolor, tristeza, inseguridad, miedo, vergüenza, culpa y malestar. Los chicos, por su parte, afirmaban que, tras haber sufrido violencia, se sentían más indiferentes y despreocupados e incluso encontraban divertidas estas situaciones.

El miedo, la vergüenza, la falta de sensibilización sobre el tema, la desconfianza y la falta de información pertinente y de recursos son las principales causas por las que las y los adolescentes tratan de resolver por sí el problema. Por las mismas razones, confían en su capacidad y habilidades para terminar con la relación violenta y, con frecuencia, no cuentan nada a las personas adultas, ni buscan ayuda o consejo fuera de su grupo de iguales. Al preguntarles por cómo reaccionarían ante una hipotética situación de violencia física por parte de su pareja en una cita, sólo una pequeña minoría de las y los adolescentes, respondía que llamaría a la persona u organismo adecuado para denunciar la situación y pedir ayuda y apoyo.

Educación y prevención

Alrededor de tres cuartas partes de las y los estudiantes que realizaron la entrevista (78%) informaron que no existen programas o actividades relacionadas con la prevención de violencia en sus colegios. La investigación señala las siguientes necesidades en cuanto a los programas orientados a la educación y prevención: aumento de la sensibilización y reconocimiento de las diferentes formas de violencia emocional/ psicológica, incluyendo las señales de alarma de una relación violenta; cambio de actitudes ante la violencia y los estereotipos de género; comprensión de las dinámicas de poder y control en las relaciones entre adoles-

centes; desarrollo y fortalecimiento de la autoestima y la autoconfianza, de las habilidades de comunicación y de resolución de problemas como aspectos importantes para mantener una relación saludable y no violenta; sensibilización y promoción de la igualdad de género y del derecho a vivir sin violencia como derecho humano básico; campañas de sensibilización sobre la influencia del grupo de iguales y de los medios de comunicación; formación adicional para personas clave del ámbito social; anonimato, confianza y conocimiento experto; asesoramiento y apoyo para las víctimas adolescentes de violencia de pareja; información sobre mecanismos y recursos para denunciar los casos de violencia de pareja en adolescentes y, por último, la intervención psicosocial con las personas agresoras en las citas.

Para dar respuesta a las necesidades que se identificaron, el CESI en colaboración con *Open Media Group* está llevando a cabo una campaña de sensibilización para la prevención de la violencia basada en el género (VG) llamada "El silencio no es oro", apoyada financieramente por la Comisión Europea, el Ministerio de Ciencia, Educación y Deportes croata y CARE Internacional. La campaña se extiende de diciembre de 2006 a agosto de 2008 y está dirigida principalmente a estudiantes de educación secundaria pero también a profesorado, personal responsable de elaborar políticas y población general. El objetivo de la campaña es el de aumentar la sensibilización sobre la importancia de eliminar los estereotipos de género y otras causas de VG entre jóvenes. Además, se pretende desarrollar la responsabilidad de las y los jóvenes como partes de la sociedad que tomarán decisiones en el futuro, y fomentar los valores de igualdad de género para el cambio de actitudes y comportamientos de la juventud.

El papel de los medios de comunicación en la campaña es el de sensibilizar a la población joven y general sobre los diferentes tipos de VG. Para ello, se utilizan vídeos en televisión y materiales impresos (carteles, luminosos y anuncios en los periódicos) para abordar tres cuestiones: violencia doméstica, violencia / violación en las citas de adolescentes y

trata de mujeres y niñas. En principio, cada uno de los temas se presenta por separado con mensajes claros y contundentes y, al final de la campaña, se combinan los tres temas con el fin de mostrar que los tres tipos de violencia son violencia basada en el género. Todas las actividades de la campaña se pueden consultar en www.cesi.hr y en www.sezamweb.net

Además de la campaña mediática, en otoño de 2007, alrededor de 60 docentes de educación secundaria participaron en un curso de formación dirigido a mejorar sus conocimientos y habilidades para trabajar con jóvenes en relación con la VG. El curso incluye una parte de formación en técnicas de expresión (cine, teatro, prensa y cómic) para utilizar con jóvenes y finalizada la formación las y los docentes plantearán el tema de la VG a su alumnado, que trabajará sobre uno de los temas relacionados con la VG a través de técnicas creativas como el teatro, los cortos, los cómic o los reportajes. Cada colegio realizará un proyecto diferente y todos ellos se presentarán en el Encuentro de Final de Campaña en junio de 2008 en un CD junto con otros proyectos para su distribución local y regional.

Asimismo, el CESI- a través de diversas actividades- continúa apoyando y respaldando la inclusión de la perspectiva de género en los programas de prevención de la violencia en la juventud y la inclusión de la educación sexual en la currícula escolar de manera integral y sistemática.

Amir Hodžić

Centro para la Educación, el Asesoramiento y la Investigación (CESI)
Zagreb, Croacia
hodzic@policy.hu

SELECCIÓN DE RECURSOS SOBRE GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



Análisis de género en salud: se herramientas seleccionadas, OMS 2002.

Se trata de una publicación del Departamento de Género y Salud de las Mujeres de la OMS, en Ginebra. Proporciona una revisión crítica de todas las herramientas disponibles para el análisis de género y su aplicación a la salud, centrándose especialmente en aquellas que permiten identificar las desigualdades e inequidades de género. Las herramientas que se examinan incluyen: determinantes sociales de la salud, conductas de búsqueda de atención sanitaria, calidad de la atención, promoción de la salud, impacto de la financiación sanitaria, política y participación y consulta. **Está disponible en inglés en: www.who.int/gender/documents**



Integración de la perspectiva de género en los programas sobre VIH/Sida. Documento de revisión. OMS, 2003

Este documento examina el impacto del género en la pandemia de VIH/Sida y propone un marco para valorar las cuestiones relacionadas con la integración de la perspectiva de género a nivel de las políticas y los programas. Se hace referencia a diferentes formas de intervención- no producir daños, sensible al género, transformador de género y empoderamiento- y se presentan diversos ejemplos de programas que han demostrado su eficacia. **Disponible en inglés en: www.who.int/gender/documents**



Implicar a hombres y chicos jóvenes para cambiar las inequidades en salud basadas en el género: Evidencias de los programas de intervención. OMS, 2007

Revisión reciente que analiza 59 estudios sobre intervenciones en materia de salud sexual y reproductiva llevadas a cabo con hombres y chicos jóvenes, población que, generalmente, se descuida en el ámbito de la SSR. Se evaluó la eficacia de los programas que fomentan la participación de los hombres para alcanzar la equidad de género y la igualdad en salud, evaluando la eficacia general y la perspectiva de género del programa.

Disponible en inglés en: www.who.int/gender/documents/newpublications/en/index.html



Importancia del género en las Metas de Desarrollo del Milenio (MDMs) sobre salud. OMS, 2003.

Este documento reconoce la importancia de la perspectiva de género para alcanzar las MDMs e identifica las áreas donde las cuestiones relacionadas con el género pueden incidir en la consecución de las metas, incluyendo las relacionadas directa e indirectamente con la SSR. Se señala la necesidad de contar con datos desagregados por sexo y de desarrollar indicadores de género.

Disponible en inglés en: www.who.int/gender/documents



Transformar los sistemas de salud: Género y derechos en salud reproductiva. Plan de formación para profesionales de programas de salud. OMS, 2005.

Este manual sirve como material formativo para todas las personas implicadas en la salud reproductiva (profesionales de la salud, la política y la planificación). Pretende asegurar que los servicios de salud reproductiva se basen en los derechos y sean sensibles al género. El manual está dividido en 6 módulos, comienza explicando la construcción social del género y finaliza relacionando el género con la salud, abordando los conceptos y herramientas sobre análisis de género, desigualdades de género e integración de la perspectiva de género. Se trata de un recurso esencial para todas las personas que deseen adquirir las habilidades y herramientas necesarias para trabajar desde una perspectiva de género y poner en práctica programas de SSR.

Disponible en inglés, chino, español y ruso en: www.who.int/reproductive-health/gender/index.html

Género y derechos en salud reproductiva y materna: Manual para talleres de formación. OMS, 2007

Se trata de una nueva publicación de la OMS. Este manual está diseñado para su uso en un taller de 6 días sobre género y derechos de salud reproductiva y materna. Se señala la importancia de aumentar la sensibilización sobre la igualdad de género con la participación de mujeres y hombres.

Disponible en inglés en: www.who.int/reproductive-health/gender/index.html



Lisa
Avery



Mujeres, envejecimiento y salud: Marco para la acción. Centrandose en el género. FNUAP, 2007

Este documento se centra en el estado de salud de las mujeres de mediana edad en adelante, en el género y en cómo la inclusión de la perspectiva de género y del envejecimiento son necesarias para los programas, acciones y políticas dirigidas a mejorar la salud y el bienestar.

Disponible en inglés en: www.unfpa.org/publications



Estado de la población mundial, 2006. Camino hacia la esperanza: mujeres y migración internacional. FNUAP, 2006

Este informe examina la magnitud de la migración femenina y se centra en los riesgos y desafíos a los que se enfrentan las mujeres que migran, especialmente en las violaciones de los derechos humanos, la trata de personas, la violencia de género, los temas de SR y las ITS, incluido el VIH/Sida. El informe llama la atención sobre la necesidad de alcanzar la igualdad de género y el reconocimiento de los derechos humanos básicos en el marco político de la migración.

Disponible en inglés, francés y español en: www.unfpa.org/publications



Presupuestos de Género y Derechos Reproductivos de las Mujeres: Recursos, FNUAP, 2006.

Este documento sirve como recurso para obtener conocimientos y ayuda en la integración del enfoque de género en los programas de salud reproductiva, incluida la forma de abordar la inequidad de género y la desigualdad en el marco de las políticas nacionales.

Disponible en Inglés, francés y español en: www.unfpa.org/publications



Investigación sobre salud sexual y reproductiva en países con rentas medias y bajas. Foro Global para la Investigación en Salud y OMS, 2007

Este documento sirve como referencia para identificar las necesidades, deficiencias y prioridades en la investigación sobre salud sexual y reproductiva. La pobreza, la equidad y el género se presentan como temas entrelazados que inciden de forma significativa sobre la salud sexual y reproductiva.

Disponible en inglés en: www.who.int/reproductive-health/publications/research



Cambio, Elección y Poder. Mujeres jóvenes, modos de vida y prevención del VIH. IPPF, FNUAP y Jóvenes Positivas, 2007.

Este documento trata sobre la vulnerabilidad de las chicas jóvenes y adolescentes ante la infección por el VIH, poniendo el foco en la pobreza y la desigualdad de género.

Páginas web útiles

- Departamento de Género, Mujer y Salud de la OMS: www.who.int/gender
- Departamento de Investigación y Salud Reproductiva de la OMS: www.who.int/reproductive-health
- Sociedad Internacional para la Salud de los Hombres y el Género: www.ismh.org
- EngenderHealth: www.EngenderHealth.org
- Instituto Europeo de la Salud de las Mujeres: www.eurohealth.ie
- Red sobre Género y Equidad en Salud: www.ids.ac.uk/ghen
- Fondo de Naciones Unidas para el Desarrollo de las Mujeres: www.unifem.org
- División de Naciones Unidas para el Avance de las Mujeres: www.un.org/womenwatch/daw
- Womenwatch: www.un.org/womenwatch

Próximos eventos

Disminuir la desigualdad de género. Congreso Regional Noreuropeo de la Asociación Médica Internacional de Mujeres. Septiembre 3-6, 2008. Malmö (Suecia). www.malmokongressbyra.se

Entre Nous

*La Revista Europea sobre
Salud Sexual y Reproductiva*

Entre Nous es una publicación de:

Programa de Investigación y Salud Reproductiva.

Oficina Regional Europea de la OMS

Scherfigsvej 8

DK-2100 Copenhagen Ø

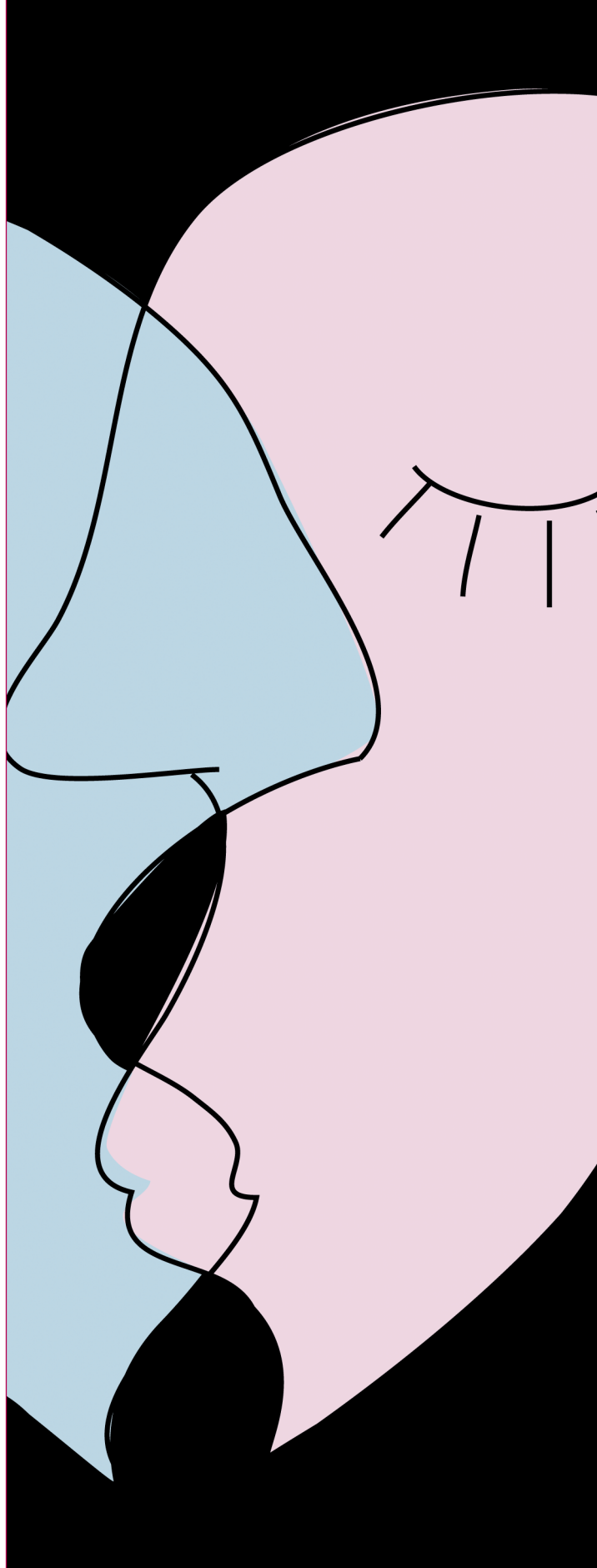
Dinamarca

Tel. (+45) 3917 1602 ó 1451

Fax: (+45) 3917 1818

[entrenous@euro.who.int.]

www.euro.who.int/entrenous



Entre Nous