

SALUD SEXUAL Y  
REPRODUCTIVA EN UNA  
EUROPA  
MULTICULTURAL



*Entre Nous*



REVISTA EUROPEA SOBRE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EUROPA

NÚM. 55 - 2003

**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 1341  
Fax: (+45) 3917 1850  
Correo-e: entrenous@who.dk  
www.euro.who.int/entrenous

**Editora Jefe**

Dra. Gunta Lazdane

**Editor**

Jeffrey V. Lazarus

**Ayudante editorial**

Dominique Gundelach

**Maquetación**

To om bord, Aarhus. www.toombord.dk

**Imprenta**

Central tryk Hobro a/s

Entre Nous está financiada por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), Nueva York, con la colaboración 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, 2000 en español, 2000 en portugués, 1000 en búlgaro, 1000 en ruso y 500 en húngaro.

**Entre Nous se edita:**

**En búlgaro:** por el Ministerio de Sanidad de Bulgaria, 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 el Centro de Información de la Salud de la OMS para las Repúblicas de Asia Central.

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

Las ediciones española y portuguesa se distribuyen directamente a través de las y los representantes del FNUAP y las Oficinas Regionales de la OMS para los países lusos e hispanohablantes de África y América del Sur.

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

Los artículos publicados en *Entre Nous* expresan el punto de vista de sus autores y no representan necesariamente la opinión 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 y los correspondientes documentos, dirigirse a la unidad de Salud Comunitaria y de la Familia en la dirección señalada abajo.

Rogamos soliciten publicaciones de la OMS directamente a la distribuidora de cada país o a Distribución y Venta, OMS, CH-1211, Ginebra 27, Suiza.  
ISSN: 1014-8485.  
NIPO: 207-04-009-9

<b>Editorial</b> <i>Por el Dr. Gunta Lazdane y Jeffrey V. Lazarus</i>	<b>3</b>
<b>Permitir que las mujeres decidan</b> <i>Por Marcia Gillespie</i>	<b>4</b>
<b>La Religión y las Políticas Públicas</b> <i>Por Nafis Sadik</i>	<b>6</b>
<b>Problemas de Salud de las minorías étnicas y las mujeres migrantes</b>	<b>9</b>
<b>Buenas prácticas en prevención del VIH e ITS entre las mujeres de Europa occidental</b> <i>Por Martine de Schutter y Lucie van Mens</i>	<b>12</b>
<b>Aspectos socioculturales de la salud sexual y reproductiva en Kosovo</b> <i>Por Jim Goodson</i>	<b>14</b>
<b>Red Europea de la IPPF: Bush lleva a cabo una guerra secreta contra las mujeres</b> <i>Por Nina Pedersen</i>	<b>16</b>
<b>Integración de los grupos vulnerables: personas portadoras del VIH como mediadoras en Argentina</b> <i>Por Peter Weis</i>	<b>18</b>
<b>Mujeres romanís y atención pública sanitaria</b> <i>Por Corinne Packer</i>	<b>20</b>
<b>Formación</b>	<b>23</b>
<b>Recursos</b>	<b>24</b>
<b>Recursos disponibles en internet</b>	<b>26</b>

Pág. 3      Pág. 15      Pág. 16      Pág. 18      Pág. 19



## EL EQUIPO EDITORIAL DE ENTRE NOUS

**Dra. Assia Brandrup-Lukanov**  
Directora, División de Salud, Educación y Protección Social de la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ).

**D. Bjarne B. Christensen**  
Jefe de Secretariado Sex og Samfund, Asociación Danesa de Planificación Familiar.

**Dr. Helle Karro**  
Jefe del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina. Universidad de Tartu, Estonia.

**Dr. Evert Ketting**  
Escuela de Salud Pública de los Países Bajos  
Social de la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ).

**Dra. Malika Ladjali**  
Especialista Principal del Programa UNESCO, París.

**Dña. Adriane Martín Hilber**  
Oficial Técnica Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, Ginebra.

**Dña. Nell Rasmussen**  
Directora PRO-Centret, Copenhague.

**Dr. Peer Sieben**  
Director Nacional y Representante del FNUAP, Rumania.

**Dña. Lyn Thomas**  
Directora Regional de la Federación Internacional de Planificación Familiar, Londres.

**Dr. Robert Thomson**  
Consejero de Derechos sobre Sexualidad y Salud Reproductiva Equipo del Servicio Técnico Nacional del FNUAP para Europa (en Bratislava)



Foto: Jeffrey Lazarus



## Derechos y salud sexual y reproductiva en una Europa multicultural

Nos gustaría comenzar este editorial con un agradecimiento especial para la Dra. Assia Brandrup-Lukanow, quien ha sido la Editora Jefe de *Entre Nous* durante muchos años y quien ha hecho de esta revista un referente para un amplio número de lectores y lectoras no sólo en Europa, sino en todo el mundo. Le deseamos suerte en su nuevo puesto en la Agencia Alemana de Cooperación Técnica (GTZ) y nos complace darle la bienvenida como miembro del consejo editorial.

La actual Editora Jefa, la Dra. Guntā Lazdane, proviene de un entorno social y cultural diferente. Nacida en Latvia, una de las quince repúblicas de la antigua

Unión Soviética, vivió allí en un tiempo en que los Beatles estaban prohibidos; la planificación familiar no existía y la salud sexual era un tabú tanto en la escuela como para los proveedores de servicios. Este pasado, que afectó a muchas personas en la Región Europea, es una de las razones por las que el multiculturalismo es un tema tan importante para *Entre Nous*.

La cultura, las prácticas tradicionales y las percepciones individuales constituyen los principales factores a la hora de tomar decisiones referentes a la anticoncepción y la reproducción. Pero, ¿qué implicaciones tiene hablar de salud reproductiva y sexual para que resulte un tema tan conflictivo? A menudo se critica la defensa del derecho a la regulación de la fertilidad como causa última de la disminución de la población en muchos países europeos. Aunque las propuestas de los programas de salud reproductiva y sexual (SRS) y sobre la legislación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la Organización Mundial de la Salud no están «trabajando para tener menos niños y niñas». Nuestros programas se dirigen a reducir la mortalidad materna y avanzar del aborto a la contracepción, apoyando el aborto seguro y legal como parte de las activida-

des, como describe elocuentemente Thoraya Obaid, Directora Ejecutiva del FNUAP, en la entrevista de las páginas 4 y 5.

Esto no siempre es fácil en una región con una gran diversidad de culturas, tradiciones y, por último, economías. De esta circunstancia se aprovecha el gobierno de los Estados Unidos cuando ataca el derecho de las mujeres a optar por el aborto. Vicky Claeys, la nueva directora regional de la Federación Internacional de Planificación Familiar (FIPF), describe en las páginas 16-17, que Europa requiere una nueva actitud frente a las medidas del presidente Bush. Europa necesita una mayor financiación para proteger los derechos reproductivos y sexuales frente a los recortes de Estados Unidos al FNUAP y la FIPF. Como respuesta casi la mitad de los estados miembros de la UE, así como la Comisión Europea, han incrementado sus contribuciones a ambas organizaciones.

Cultura y religión están a menudo vinculadas y todas las religiones tienen una opinión sobre la sexualidad y la reproducción humana. En el debate actual, se pone el énfasis en el papel de la religión debido a las crecientes dificultades que han de afrontar los defensores de la salud reproductiva y sexual como resultado de la influencia de la Iglesia. Es interesante el caso de Europa donde, en su parte occidental la influencia de la iglesia está disminuyendo (especialmente en Irlanda), mientras que en otras como Polonia, Eslovaquia y Rusia, se está incrementando. Como plantea, en las páginas 6-8, la Dra. Nafis Sadik, el consenso de El Cairo y Beijing «presenta un desafío cultural; pero lo que caracteriza una cultura como viva reside en su habilidad para hacer frente, adaptarse y arrancar con fuerza desde el cambio». En este artículo se lamenta que la Iglesia Católica cierre los ojos ante la prevención de la mortalidad materna, los embarazos no deseados y el aumento del riesgo de contraer una infección por VIH, debido a su inquebrantable oposición al aborto y a todas las formas de control de la natalidad. De todos modos, no se debe olvidar que en el contexto programático, cualquier religión tiene múltiples voces.

Por otro lado, Martine de Schutter y Lucie van Mens presentan una iniciativa europea que tiene como población diana las mujeres de la población general en Europa occidental (págs. 12-13). Su red para la prevención del VIH/SIDA y de las infecciones de transmisión sexual (ITSs) en Europa, se llama PHASE, y llama la atención sobre el incremento de la incidencia de ITSs en Europa y la carencia de un enfoque de género. Las buenas prácticas no consisten sólo en asegurar la disponibilidad de condones, sino en que las mujeres se sientan con derecho a vivir su

sexualidad y negocien sus relaciones sexuales. Recientemente ha publicado un número dedicado a las buenas prácticas, especialmente importante para las mujeres inmigrantes.

Los aspectos sociales que influyen en la salud reproductiva y sexual se centran, a menudo, en el estigma, el aislamiento y la discriminación. El Dr. Peter Weis escribe en las páginas 18-19 sobre la iniciativa alemán-argentina que plantea como grupos diana a las y los consejeros y asesores. Las personas portadoras del VIH/SIDA que provienen, a menudo, de poblaciones especialmente vulnerables como las personas que ejercen la prostitución y los hombres que realizan sexo con hombres, están siendo ayudadas a desarrollar, implantar y evaluar proyectos dirigidos a personas portadoras del VIH. Esta iniciativa es similar a aquella de participación política y social de hombres y mujeres jóvenes como agentes de cambio en la promoción de la salud, un tema que será abordado en mayor detalle en el próximo número de *Entre Nous*, y que informa sobre la formación de pares y la educación para jóvenes.

Las colaboraciones en este número de *Entre Nous*, reflejan de forma mayoritaria la necesidad de una política que refleje la realidad actual lo que supone revisar el Programa de Acción ICPD, hacer una llamada para la eliminación de la discriminación de mujeres y niñas y el derecho a decidir libremente el número y el espaciamiento entre embarazos. En diferente medida, los 52 países de la Región Europea todavía afrontan este desafío. Los encuentros de El Cairo y Beijing establecieron las bases que han dado lugar a avances pero el desafío es mantener y construir estos progresos en una sociedad multicultural.

**Dra. Guntā Lazdane**  
[gla@who.dk]  
Editora Jefa.

**Jeffrey V. Lazarus**  
[jla@who.dk]  
Editor.

# PERMITIR QUE LAS MUJERES DECIDAN

Una entrevista con Thoraya Obaid, Directora Ejecutiva del FNUAP

Por Marcia Gillespie

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) apoya los programas de planificación familiar y de salud maternal en más de 140 países donde se ha ayudado a las mujeres a decidir sobre su reproducción y a reducir las tasas de mortalidad materna e infantil. Aun a pesar de estos importantes logros, durante mucho tiempo este tema ha sido un objetivo de los miembros anti-derecho a decidir del Congreso de los Estados Unidos, quienes han hecho uso de la «Ley de la Mordaza», un estatuto que, a modo de represalia, prohíbe cualquier apoyo de cooperación internacional de los Estados Unidos a programas de planificación familiar que incluyan el aborto. Desde 1986 hasta 1992 estos fanáticos tuvieron éxito en el bloqueo del apoyo económico de los Estados Unidos. Este dominio terminó cuando Bill Clinton accedió al despacho oval y, sorprendentemente, esta nueva situación continuó durante el primer año de la administración de George W. Bush, finalizando en 2002 cuando la administración Bush congeló una partida de 34 millones de dólares para el FNUAP, después de que los políticos contra «el derecho a decidir» en el congreso acusaron al FNUAP de apoyar una política coercitiva sobre el aborto en China. En julio de 2002, tras meses de recortes, la administración anunció oficialmente el fin de la financiación. Una carta firmada por Colin Powell anunciaba la decisión afirmando que «a pesar del modesto presupuesto del FNUAP para China y de los beneficios que producen sus programas, el FNUAP apoya y está involucrado en programas de planificación familiar en China que permiten al gobierno chino implementar de forma más efectiva su programa de aborto coercitivo». Esto sucedió a pesar de que una revisión del programa financiado en China llevado a cabo por el Departamento de Estado de los Estados Unidos, no encontrase «ninguna evidencia de que el FNUAP hubiera apoyado o aprobado programas de aborto coercitivo», y que recomendará su financiación. La acción de Bush también ignoró cínicamente que la financiación de los Estados Unidos para el FNUAP siempre había exigido que se mantuviera una cuenta separada para los fondos cedidos por su país y que se prohibía su uso para programas relacionados con el aborto en China.

Esta tajante decisión no sólo distorsiona los hechos relacionados con el trabajo del FNUAP en China, sino que también pone en riesgo la salud y las vidas de millones de mujeres, niños y niñas, las personas más pobres de China. De acuerdo con el FNUAP, la pérdida de la financiación de los Estados Unidos, el 12% de los 270 millones de dólares que conforman su presupuesto, tendrá como consecuencia dos millones más de

embarazos no deseados, 800.000 abortos más, 4.700 muertes maternas más y 77.000 muertes infantiles más de niños y niñas menores de cinco años. Aunque la financiación de los Estados Unidos será dirigida a los programas de salud internacional llevados a cabo por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el alcance de la organización llega sólo a un poco más de la mitad de los países a los que apoya el FNUAP. En un comentario sobre esta acción en el Washington Post, David S. Broder, afirmaba certeramente «cuando nuestro gobierno genera argumentos sobre temas de un interés especial que terminan costando vidas, nos avergonzamos».

Más adelante en 2002, conocí a Thoraya Ahmed Obaid, la Directora Ejecutiva del FNUAP, para tratar el trabajo de la organización y el impacto de la retirada de la financiación de los Estados Unidos. Fue la tercera persona en ocupar este puesto, nombrada en octubre de 2000 por Kofi Annan, el secretario general de la ONU, asumió el puesto en enero de 2001. El apoyo a los gobiernos para establecer programas que empoderen a las mujeres, ha sido durante mucho tiempo el objetivo de su trabajo. Como directora de la División para los Estados Árabes y Europa del FNUAP, Obaid también trabajó como Subdirectora de la Secretaría Ejecutiva de la Comisión Económica y Social para Asia Occidental, prestando asistencia técnica para afrontar la desigualdad de género, como parte integral de los programas de desarrollo social. En 1975, puso en marcha el primer programa de desarrollo para mujeres en Asia occidental en el que se ayudaba a los gobiernos a establecer unidades organizacionales a nivel nacional para las mujeres. Obaid es la primera mujer de Arabia Saudí en recibir una beca del gobierno para estudiar en una universidad de los Estados Unidos. Obaid –quien se ha divorciado y vuelto a casar, y es madre de dos hijas– dice de su trabajo: «He tenido una buena vida. Tuve una educación, he disfrutado de buena salud y una buena atención sanitaria, tengo unas niñas sanas y una familia feliz – he podido tomar decisiones. Y esto es lo que quiero para todas las mujeres del mundo».

## Sobre el trabajo del FNUAP

El setenta por ciento de los recursos se destinan al área de salud reproductiva con objeto de reducir la mortalidad materna, incrementar el personal sanitario formado que presta atención al parto, disminuir los embarazos en la adolescencia, prevenir el VIH y otras infecciones de transmisión sexual, prevenir la violencia contra las mujeres y promover la educación de las niñas. Estas son las bases. Nuestro principal objetivo es el de crear un

ambiente y proporcionar las herramientas para que las mujeres y los hombres puedan determinar el número de hijos e hijas y el espaciamiento entre ellos. Nuestro objetivo no es el control sino la planificación. Por ejemplo, en Afganistán asesoramos al gobierno con los censos, en la creación de servicios estadísticos, en la formación de personal y en el sistema de monitoreo de la información sobre demografía y salud.

Considero que es muy importante promover el diálogo entre las diferentes religiones y creencias culturales. El año pasado tuvimos una participación más activa en esta área con el apoyo financiero del gobierno Suizo para dar un espacio al género y la cultura. También hemos creado y organizado en el área técnica una unidad centrada en la cultura, el género y los derechos humanos. La idea es que ningún tema puede contemplarse desde una sola perspectiva y todos deben incluir la multiplicidad de las perspectivas. El género es transversal. Los derechos humanos constituyen el marco de todo nuestro trabajo e incluyen mucho más que los derechos civiles, tienen en cuenta también los derechos sociales, económicos y culturales. También están muy relacionados con la religión y la cultura.

A nivel nacional, cuando desarrollamos un programa o proyecto, primero debemos asegurarnos el apoyo de la comunidad, sin bien, requiere que se hable su lenguaje, se comprenda y se trabaje para incorporar sus valores y sus creencias religiosas y culturales. En la religión, la compasión es un tema importante. Así que la pregunta es cómo usar esta compasión para eliminar la violencia contra las mujeres, o promover los derechos de las mujeres, o prevenir la mortalidad materna, por poner algunos ejemplos. La idea es construir sobre creencias sociales positivas de forma que la comunidad pueda ayudarse a sí misma en su propio contexto.

¿Cómo se trabajan o se evitan las creencias y prácticas patriarcales dentro de las culturas y las religiones?

Pienso que, esencialmente, todas las religiones son «pro-población». Es un problema de interpretación. Yo fui educada en un contexto islámico. Mis padres veían el Islam como una fuerza de bien, de cambio, más que como un sistema de creencias restrictivo. Por eso sé que lo importante es cómo se interprete la religión y sus valores.

Deberíamos ser capaces de promover la interpretación de la religión más cercana al valor de la felicidad de los seres humanos. También creo que podemos hacer mucho si establecemos un diálogo basado en el principio de que las mujeres no deberían morir en los partos, un principio por el que las mujeres pudieran planificar sus vidas sin sufrir maltrato físico ni de otro tipo.

## Financiación del FNUAP

En respuesta a la decisión de la administración de Bush de no financiar el FNUAP en 2002, Lois Abraham de Nuevo México y Jane Roberts de California, iniciaron una campaña para motivar a 34 millones de

personas a donar un dólar o más para el FNUAP. Las donaciones pueden hacerse mediante cheque a nombre de «El Fondo de Población de las Naciones Unidas» dirigido al Fondo de Población de las Naciones Unidas, a la atención de la jefa-

tura de Sección de Movilización de Recursos, 220, Este, Calle 42, planta 23, Nueva York, NY 10017, EEUU. Como alternativa, también puede hacerse un donativo desgravable en [www.uscommittee.org](http://www.uscommittee.org).

## El efecto de la financiación

Aunque varios gobiernos han aportado recursos económicos, es difícil cubrir el conjunto de necesidades. Por ejemplo, la Unión Europea en un voto de confianza hacia el FNUAP comprometió 32 millones de euros, cantidad equivalente en dólares. Pero ese dinero no es para un año, 20 de estos millones se designaron para varios años y para ser usados en 13 países. Aunque tratemos de minimizar las consecuencias sobre los países mediante recortes significativos aquí en la central —en cuestiones de administración, viajes y formación del personal— somos una organización pequeña y nuestros costes de gestión no son muy altos. La inmensa mayoría del dinero de nuestro presupuesto se destina a nuestros programas, así que será ahí donde tengamos que hacer los recortes. Los programas que estaban previstos para comenzar este año no han podido ser desarrollados. No habrá difusión de muchos de los programas existentes, ni adquisición de equipos y otras herramientas y suministros relacionados. Como resultado, atenderemos

a menos personas, la calidad de nuestros servicios se verá mermada, y finalmente las mujeres resultarán afectadas por ello. Por poner un ejemplo, un programa en Kenia centrado en lograr partos seguros y la supervivencia de madres, hijas e hijos, tendrá que suspenderse. En India, en el estado de Maharashtra, puede que no se inicie un programa de partos seguros en pueblos de difícil acceso, así como otros programas pre- y post- parto no se realizarán; asimismo diferentes proyectos para tratar y reducir la expansión de infecciones de transmisión sexual serán interrumpidos; los planes para abrir un centro de asesoramiento y ayuda legal para mujeres víctimas de la violencia, también se retrasarán. En Burkina Faso, nuestros trabajos de rehabilitación de servicios sanitarios se verán restringidos, al igual que un programa en Vietnam para formar a 40.000 profesionales sanitarios y crear 500 clínicas con equipamientos médicos básicos y suministro de fármacos en provincias montañosas de difícil acceso. En Bangladesh, donde una mujer muere cada hora debido a complicaciones durante el embarazo y el

parto, un programa que forma a médicos y médicas en procedimientos obstétricos de urgencia, está en peligro.

## ¿Abandonarías China?

Me preguntaron si querría dejar China a un lado con el objeto de asegurar la financiación de los Estados Unidos, y dije «no». Con la autoridad del consejo, permaneceré allí. La ONU es una organización universal, una organización multilateral. Trabaja con todos los países mientras actúen de acuerdo con los derechos humanos y los Acuerdos de El Cairo.

## Por Marcia Gillespie

**Anterior Editora Jefa de la revista Ms. Actualmente escritora y consultora en la ciudad de Nueva York.**

*Extractos editados con el permiso de Marcia Gillespie y Conciencia, un diario de ideología católica. El texto completo apareció por primera vez en Conciencia, invierno 2002-2003.*

## En sus propias palabras: Thoraya Obaid habla sobre la religión

### La religión importa

La religión es una fuerza motivadora muy importante. Puedo nombrar cinco razones principales por las que la religión debe tenerse en cuenta y elaborar agendas de trabajo sensibles al Programa de Acción para la Población y el Desarrollo —acordado en 1994 en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) en El Cairo— sus guías o esfuerzos.

En primer lugar, las religiones comparten una posición moral común con respecto a la vulnerabilidad en la sociedad y esta inquietud moral coincide con las inquietudes de las Naciones Unidas en relación a la justicia, la compasión, la solidaridad, la igualdad y el respeto. Además, la mayoría de los valores de las personas en todo el mundo se derivan de creencias religiosas.

En segundo lugar, la religión es importante porque es un refugio en el que la gente se siente segura. Es una forma de poner orden y dar significado al desorden y a los rápidos cambios que acontecen y al caos que se percibe a menudo en los países del Sur como resultado de la globalización, las crecientes desigualdades, la pobreza y los conflictos militares —en otras palabras, como resultado de un sistema global injusto.

A lo largo de los años, el Fondo de

Población de las Naciones Unidas se ha asociado con instituciones religiosas y organizaciones basadas en la fe para trabajar sobre iniciativas innovadoras con el fin de alcanzar metas comunes y salvar vidas. Muchas/os líderes religiosas/os se han esforzado para prevenir la expansión del VIH/SIDA, fomentar la maternidad segura y defender la dignidad de hombres y mujeres mediante la afirmación de su capacidad moral para tomar sus propias decisiones en relación a la reproducción. En nuestro trabajo en todo el mundo, hemos descubierto que el hecho de construir alianzas con miembros de tradiciones religiosas e involucrarles en los programas puede, de hecho, determinar el éxito o el fracaso de las actividades. Esto es así especialmente en las sociedades tradicionales donde las acciones de las mujeres para regular la natalidad pueden alterar el contrato social, y donde el control sobre las mujeres es muy fuerte.

En tercer lugar, las religiones tienen representantes en las esferas públicas y políticas, que deciden sobre asuntos importantes como las políticas, los recursos o los programas. Las religiones tienen representantes entre los que se benefician de tales programas y que son capaces de movilizar a las comunidades quienes están empoderadas para articular sus propias demandas.

En cuarto lugar, las religiones poseen instituciones bien establecidas dentro de las

comunidades, que proporcionan los servicios necesarios para las personas con menos recursos, desfavorecidas y excluidas. Integrantes respetados del clero a los que ven como sus líderes espirituales y sociales. Consecuentemente, los y las líderes religiosa/os ejercen una gran influencia sobre cómo las personas piensan y se comportan.

Finalmente, la religión es importante porque el diálogo dentro de las Naciones Unidas, entre el Norte y el Sur, el Este y el Oeste, ha girado sobre la cultura y la religión, así como sobre las políticas de poder. De esta manera, la tensión termina siendo una discusión política sobre creencias religiosas y valores culturales; conflictos entre las creencias y los sistemas de valores de las diferentes sociedades.

*[«Construyendo Puentes para el Desarrollo Humano: El Papel de la Cultura y la Religión en la Promoción de Principios Universales del Programa de Acción sobre Población y Desarrollo», Declaración de Thoraya Ahmed Obaid, Directora Ejecutiva, Fondo de Población de las Naciones Unidas, en el Centro de Estudios Árabes Contemporáneos, Universidad de Georgetown, Washington, DC el 25 de abril de 2002.]*

# LA RELIGIÓN Y LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

Corrección del balance: extractos de una conferencia presentada en Estocolmo y Madrid,  
octubre de 2002  
Por Nafis Sadik



**En este artículo consideramos el papel de la religión y la cultura en relación a lo que los países y la comunidad internacional tienen que hacer para alcanzar La Meta del Desarrollo Global consistente en reducir a la mitad, en los próximos 15 años, el número de personas que viven en situación de pobreza extrema.**

**La cuestión es muy importante puesto que ofrece la oportunidad de considerar el progreso realizado hacia la mejora de los derechos y la salud reproductiva y hacia la igualdad de género.**

La lucha contra el VIH/SIDA, la prevención de la mortalidad materna y la búsqueda de una buena salud reproductiva, contribuyen al objetivo último de acabar con la pobreza. Estas metas requieren un esfuerzo común que involucra no sólo a los gobiernos sino también a la sociedad civil – organizaciones representativas, incluyendo las instituciones religiosas.

## El consenso de El Cairo

Estos son los objetivos que nos propusimos para el área de planificación familiar y derechos reproductivos y, aunque ha llevado algún tiempo, pienso que junto a los gobiernos y la sociedad civil, hemos alcanzado unos buenos resultados. Cuando me uní a las Naciones Unidas en 1970, la población era el tema social que más divisiones causaba en la agenda internacional. Era una cuestión tan delicada que apenas existía acuerdo sobre cómo abordarla, dejando aparte la posibilidad de llevar a cabo alguna acción al respecto. Hoy no sólo tenemos un acuerdo, sino que también se desarrollan acciones en países de todo el mundo basadas en el consenso alcanzado en El Cairo en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) en 1994.

Una de las piedras angulares del consenso es el reconocer, como un problema más de derechos humanos y como contribución al desarrollo, la autoridad de las mujeres y la mejora de su salud reproductiva. La otra es que –dentro del marco de los derechos humanos universales– cada nación tiene soberanía para elaborar y llevar a cabo sus propias políticas. Estos dos principios se refuerzan con un tercero: la necesidad de la acción internacional.

Aunque hemos realizado un largo camino, aún no hemos llegado al final. Tenemos también nuevos e importantes desafíos, como la prevención del VIH/SIDA. La pandemia ya está diezmando la población de los países más afectados en África. En los países asiáticos, el VIH/SIDA está destinado a extenderse entre la población. En Filipinas, por ejemplo, el gobierno ha descartado el uso de fondos del gobierno para pagar anticonceptivos, y se ha opuesto firmemente al uso de condones. El gobierno justifica esta política basándose en que los esfuerzos deben hacerse para preservar «los valores religiosos y culturales» de Filipinas.

Ciertamente, yo no me opongo a que se preserven los valores religiosos y culturales, pero encuentro difícil entender cómo la exposición de la gente a la infección y a la muerte puede preservar un valor cultural. Este planteamiento es uno de los mayores obstáculos frente al progreso de la

infección y la afectación por VIH/SIDA, para la mejora de la salud reproductiva y el empoderamiento de las mujeres.

### El consenso internacional

A nivel internacional hay un consenso sobre población desde 1974, y se ha hecho mayor y más profundo con el paso de los años. El gran avance en la ICPD se confirmó en la Cuarta Conferencia Mundial sobre las Mujeres, en Beijing en 1995. Los países han continuado con sus esfuerzos sobre la base de este consenso. Creo que es importante recordar esto, puesto que la controversia que ha surgido en cada conferencia internacional desde El Cairo y la ausencia de referencias a la salud reproductiva en Las Metas de Desarrollo Global podrían dar la impresión contraria.

Alcanzar un consenso en las Naciones Unidas es un proceso complejo y delicado. En ocasiones unos cuantos oponentes pueden interrumpirlo o desviarlo. Es importante señalar que el número de los que se oponen a tal consenso sobre población, ha ido disminuyendo cada vez más con el paso del tiempo. En 1974 casi todos los países de América Latina se oponían inicialmente a la acción internacional. En la mayoría de los países africanos, la planificación familiar no podía ni siquiera mencionarse. Hoy, podemos contar con los dedos de una mano el número de opositores.

Así que, a pesar de los esfuerzos hechos desde El Cairo, el acuerdo sobre población y desarrollo continúa en el mismo lugar. Aunque algunas delegaciones internacionales tomaron en un principio una postura conservadora en las conferencias internacionales, el resultado final ha sido el proteger el espíritu del consenso. Algunas veces, como en la Cumbre de la Tierra en Johannesburgo, hemos tenido que llamar la atención a algunas delegaciones para evitar que se omita o desvíe este espíritu de consenso, pero siempre hemos fracasado frente a ellas. A pesar de ello el consenso sobre la salud reproductiva y el empoderamiento de las mujeres se hace cada vez más fuerte en lugar de debilitarse frente a estos ataques, puesto que las delegaciones son capaces de ver tales estrategias de oposición y las rechazan.

Creo que el ruido hecho por la oposición a nivel internacional es inversamente proporcional a su influencia real. La fuerza de los consensos de El Cairo y Beijing se basa en que proviene de los países en sí mismos, de sus gobiernos y de la creciente influencia de

sus sociedades civiles, especialmente de los movimientos de mujeres. La sociedad civil es un término que se ha hecho común sólo desde el final de la Guerra Fría, pero que describe un fenómeno con raíces profundas en los países en vías de desarrollo. La Asociación Internacional de Planificación Familiar celebró su 50 aniversario en 2002. En 1952 reunió a todas las asociaciones de planificación internacional en la India, en Sri Lanka y en otros países en vías de desarrollo. Muchos países han establecido grupos de mujeres profesionales y asociaciones de mujeres, incluyendo sociedades de mujeres rurales. Son organizaciones que hacen posible el consenso internacional. A cambio, la discusión internacional sobre temas de género ha

necesario un liderazgo y una orientación, pero sin duda, la resistencia incondicional es la peor de todas las respuestas.

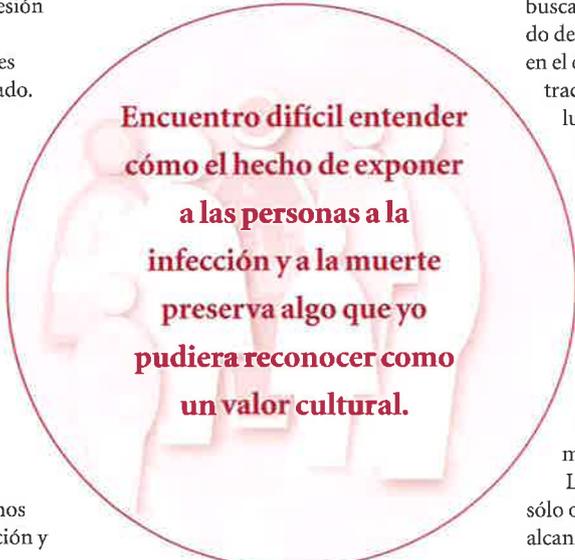
El consenso ha hecho posible para los países el pensar sobre la población como una parte esencial para su proceso de desarrollo, y no como una amenaza cultural o una desviación colonialista. A nivel individual, el consenso ha abierto muchas mentes hacia el cambio positivo. En particular, ofrece a las mujeres un camino para su empoderamiento y la igualdad.

Ciertos tipos de culturas conservadoras encuentran en el consenso una amenaza. Creo que esta reacción refleja un miedo profundo hacia las mujeres, y en particular, hacia la fertilidad de las mujeres. Los hombres, en un gran número de sociedades, han buscado el control o incluso se han encargado de la fertilidad. El Síndrome de Couvade, en el cual el hombre imita el dolor de las contracciones del parto y cree estar dando a luz, describe precisamente este proceso, y las razones para que tenga lugar.

Muchas sociedades continúan ignorando que los abortos inseguros son un importante problema de salud. Esto es difícil de explicar de una forma racional, ya que las causas son de sobra conocidas y podrían evitarse fácilmente. De todas formas, si nos fijamos en el miedo irracional a que las mujeres controlen su propia fertilidad, este hecho se hace más comprensible.

Los acuerdos de El Cairo y Beijing, no sólo ofrecen a las mujeres una forma de alcanzar la igualdad, sino que se convierten en un mandato, empezando por el acceso voluntario y universal a métodos anticonceptivos. Durante el proceso de El Cairo y desde entonces, conservadores radicales—en realidad fundamentalistas—han insistido en que la verdadera agenda estaba fomentando el aborto. Esto no es más que una interpretación manipulada—que implica, por ejemplo, el hecho de que el FNUAP promueva los servicios e información sobre planificación familiar para fomentar la promiscuidad que tiene como resultado embarazos no deseados. El FNUAP podría así, financiar programas sobre el aborto, que utilicen la coerción para alcanzar sus objetivos. Esto es tan absurdo que no merece la pena discutirlo—pero debemos tomarlo en serio. Las personas que mantenían este argumento lograron que los Estados Unidos denegasen su apoyo financiero al FNUAP en 2002.

De acuerdo con los ultraconservadores, el término «salud reproductiva» significa en realidad «aborto». En El Cairo, utilizaron



**Encuentro difícil entender  
cómo el hecho de exponer  
a las personas a la  
infección y a la muerte  
preserva algo que yo  
podría reconocer como  
un valor cultural.**

empoderado a estos grupos y les ha dado un peso mayor.

Los acuerdos de El Cairo y Beijing son mucho más que un discurso. Es el análisis de las contribuciones de los miles de participantes en el proceso. Puesto que se extrae de todas las sociedades, el consenso expresa los principios comunes de todas ellas. Esta naturaleza inclusiva y universal, le da una gran fuerza moral.

### Dificultades para el consenso

Los acuerdos de El Cairo y Beijing incluyen tanto medidas para el cambio como el intento de guiarlo de forma positiva. Presentan un desafío para cada cultura; pero la vitalidad de una cultura reside en su capacidad para afrontar, adaptarse y fortalecerse en el cambio. En la actualidad, se están sucediendo cambios de muy diversos tipos sobre los países en vías de desarrollo. Para guiarlos se hace

esta interpretación premeditada para distorsionar toda la discusión sobre derechos y salud reproductiva. Querían hacer creer que, por ejemplo, el lenguaje propuesto significaría que niñas de 10 años tuvieran derecho al aborto sin el consentimiento materno y/o paterno. Esto es ridículo, pero demuestra la naturaleza enrevesada de la oposición. La definición de la Organización Mundial de la Salud establece que la adolescencia empieza a los 10 años por razones médicas: las niñas se quedan embarazadas a edades tan tempranas como los 10 años. Este hecho es una realidad. Los ultra-conservadores en El Cairo, desde entonces, tomaron la posición de ignorar hechos como éste en nombre de lo que ellos llaman «cultura» (...)

Esta línea argumental no reconoce los 20 años de proceso que llevaron hasta El Cairo, y el lenguaje de todos los documentos sobre el consenso realizados durante ese tiempo, que protegen explícitamente tanto la soberanía de los estados como el derecho de los individuos para elegir libremente. De hecho, el lenguaje adoptado por la ONU en Bucarest en 1974 se refiere a los «individuos y parejas». La referencia a las parejas se añade específicamente para que coincidan con los intereses de la Santa Sede. El proceso ha abordado temas delicados—como los derechos de madres y padres versus los derechos de las y los adolescentes— mediante el acuerdo de un marco en el que los países puedan debatir y decidir sobre esta cuestión.

(...) Ciertamente, no existe valor cultural alguno que merezca el que las mujeres se expongan a una infección, daño o muerte como algo más de su cotidianidad. Si algunos extremistas justifican que las mujeres sean oprimidas y explotadas en nombre de la cultura, entonces—en nombre de los valores que todas y todos compartimos— ya es hora de ponerles un límite.

### El papel de la Iglesia

Entre las instituciones religiosas y culturales, la Iglesia Católica tiene una posición única dentro de las Naciones Unidas. La Liga de las Naciones admitió a la Santa Sede en calidad de observador permanente, junto a naciones como Suiza, que tenía algunos de los distintivos de un estado soberano, como el hecho de emitir sellos y que fuera miembro de la Unión Postal Universal. Con este estatus, la Santa Sede acude a las reuniones internacionales y, debido al lento e inclusivo proceso de construcción del consenso, ejerce una influencia desmesurada en relación al tama-

ño de su población. A diferencia de otros pequeños estados, la Santa Sede tiene representantes en todas las capitales de los estados miembros de las Naciones Unidas. Sus misiones diplomáticas cuentan con un personal cualificado y son a veces personas influyentes.

Los conservadores culturales han encontrado un punto de acuerdo en la posición de la Santa Sede en el tema de los derechos y la salud reproductiva y sobre las cuestiones de género. No han tenido éxito en revocar el consenso de El Cairo y Beijing, o incluso en negarlo. Pero sí lo

**Si algunos extremistas justifican que las mujeres sean oprimidas y explotadas en nombre de la cultura, entonces—en nombre de los valores que todas y todos compartimos— ya es hora de ponerles un límite.**

han tenido en crear una oposición que ha sido suficiente para entorpecer el progreso hacia una mayor integración de la población, los derechos y servicios de salud reproductiva y la igualdad de género dentro de la política de desarrollo internacional.

Esto es una tragedia. Es una tragedia porque la iglesia podría contribuir mucho. La Iglesia tiene mucho que decir sobre la pobreza, sus causas y cómo terminar con ella. La Iglesia podría ayudar a los países más pobres del mundo; podría ayudar a las personas más pobres a salir de la pobreza.

Es una tragedia porque las mujeres están sufriendo y muriendo, mujeres cuyas vidas y salud podrían salvarse. La Iglesia podría ayudar a acabar con el escándalo que supone el medio millón de muertes maternas, incluyendo 70.000 derivadas de abortos inseguros. La Iglesia podría ayudar a terminar con todas las formas de violencia contra las mujeres, los matrimonios forzados, los embarazos no deseados, el aumento del riesgo de contraer VIH/SIDA, la violencia doméstica y las violaciones sistemáticas durante las guerras.

Estos son los objetivos de los acuerdos de El Cairo y Beijing. Nuestras metas están claras, son prácticas y razonables. Más que eso, son necesarias. La mayoría de las personas más pobres del mundo, son mujeres. El acuerdo que hemos llevado a cabo a lo largo de las últimas tres décadas está ayudando a ellas y a sus países. Cuando comenzamos con nuestro trabajo, sólo el 10-15% de las mujeres tenían acceso a la planificación familiar. Hoy la cifra es de más del 60%. Ello, por sí solo, es una contribución a la humanidad y a los valores humanos que todos compartimos. Espero que los conservadores en el mundo se den cuenta pronto de que tienen enemigos reales en la pobreza, la opresión y la injusticia, y de que no tienen nada que temer de las mujeres.

*Extractos reeditados con el permiso del Dr. Nafis Sadik. El texto completo del artículo apareció por primera vez en **Conciencia, un diario de opinión católica, invierno 2002-03.***



# PROBLEMAS DE SALUD DE LAS MINORÍAS ÉTNICAS Y LAS MUJERES MIGRANTES

*Afrontando las barreras culturales*

Por Margareta Ackerhans

**En septiembre de 2000, la Oficina Regional Europea de la OMS concertó una reunión para centrarse en las recomendaciones de la conferencia sobre «Problemas de salud de las mujeres pertenecientes a minorías étnicas que viven en Europa», llevado a cabo en Gotemburgo, Suecia, en noviembre de 1999.**

Este artículo está basado en una revisión de la literatura centrada en los problemas de salud de las mujeres inmigrantes que viven en Escandinavia y que incluyen la salud reproductiva, la violencia doméstica y el VIH/SIDA. Puesto que no existe una terminología reconocida universalmente para describir a los y las inmigrantes y los grupos étnicos no nativos, el artículo utiliza los términos de inmigrantes y minorías étnicas indistintamente para referirse a los grupos étnicos no nativos. También es importante señalar que no todos los miembros de un grupo étnico minoritario tienen las mismas condiciones y sería erróneo presentarles como una categoría desfavorecida.

## Salud y exclusión social

El rápido aumento de la inmigración, la guerra y el malestar de décadas recientes, ha puesto a las mujeres de minorías étnicas e inmigrantes y a sus familias en situación de riesgo en todo el mundo. Esto es aplicable a más de cuatro millones de mujeres que viven en la Región Europea, y que necesitan respuesta del sector de salud pública si se quieren alcanzar las metas para la equidad y la salud (1). La equidad en los servicios requiere igualdad en el acceso a un nivel de servicios mínimos para todo el mundo. Para alcanzar este nivel son esenciales al menos tres elementos:

- derecho para todas y todos sin impedimentos económicos o de cualquier otro tipo;
- disponibilidad de todos los servicios, incluyéndose en los mismos la prevención y la salud pública así como la atención sanitaria; y
- cobertura para toda la sociedad (2).

La relación entre migración y salud es compleja, e incluye factores como el nivel socioeconómico, motivado entre otras razones por el desempleo, elementos estructurales y culturales, y un bajo nivel de educación reglada. Otras fuentes de desigualdad son el género y la etnia. La salud de las mujeres inmigrantes es peor que la de los hombres cuando llegan a sus países receptores y continúa deteriorándose mientras viven en él (3). En todo caso, cuando se habla de la salud de las mujeres inmigrantes y de minoría étnica, es importante enfatizar que el sistema de atención sanitaria es sólo uno de los factores que influye en la salud de las personas.

Los países escandinavos ofrecen los mismos servicios para todos los ciudadanos y ciudadanas y residentes permanentes independientemente de su procedencia sociocultural con el fin de minimizar la estigmatización y la exclusión. Aun así, se argumenta que «servicios y políticas igualitarias que no tienen en cuenta diferencias específicas étnicas, lingüísticas y socio-culturales, pueden llevar a excluir más a los inmigrantes y a otros que están invisibilizados en cuanto a la prestación de servicios en la población general» (4). Con algunas variaciones, las mujeres inmigrantes son el grupo más marginado dentro de la nueva sociedad. Existen algunas pautas internacionales y nacionales sobre la planificación de la implementación y dirección de programas enfocados hacia este grupo vulnerable. También es importante señalar que existe cierta desgana por parte de las autoridades nacionales a incluir la etnia en la recogida rutinaria de indicadores de salud.

## Diferencias culturales y barreras selectivas

Existen barreras entre personas usuarias y profesionales de la salud. Algunas de estas barreras son fácilmente reconocibles mientras otras son más sofisticadas como la presencia de barreras estructurales o el racismo sutil. Algunos factores identificados como los roles sexuales, el lenguaje y la religión, resultan ser factores de gran importancia cuando se trata de comprender la salud y las reacciones de las mujeres inmigrantes. De acuerdo con los roles sexuales en general, se puede decir que el estatus de la mujer está a menudo fuertemente vinculado a la crianza de los y las hijas y a la posición del marido. El grado de opresión (cuando éste existe) se relaciona tanto con factores sociales como con la competencia de la mujer en los diferentes roles definidos para ella en la sociedad tradicional. También se argumenta que la restricción en el vocabulario emocional en diferentes lenguas, puede conducir a la somatización de las

experiencias emocionales. Además, la religión tiene un papel central en muchos grupos inmigrantes. De acuerdo con la interpretación islámica, por ejemplo, la enfermedad y el sufrimiento pueden ser considerados como un castigo por haber pecado o como una prueba en la vida.

Hablamos de una situación en la que las mujeres inmigrantes procedentes de países no europeos están inmersas en un nuevo concepto de salud que puede ser culturalmente bastante diferente al suyo tradicional. Esto significa que las inmigrantes están expuestas a nuevos significados de las palabras, tratamientos, y conceptos de familia, que requieren nuevas herramientas cuando tienen que describir y afrontar la enfermedad y la adaptación en el nuevo país. Además, la visión pluralista de la atención sanitaria y del tratamiento, combinada con las diferentes opiniones sobre la salud y la enfermedad, a menudo crean expectativas poco realistas sobre lo que los y las profesionales sanitarias pueden hacer dentro del servicio de atención sanitaria en el nuevo país. Juntamente con una pobre comprensión del lenguaje, un bajo nivel educativo, y una procedencia cultural, religiosa y social diferente, incluyendo también la posición de las mujeres dentro de la familia y en su sociedad de origen, originan problemas de comunicación. Además, cuando se habla de la situación de la salud de las mujeres inmigrantes se ha demostrado que el grado de aculturación es un factor condicionante.

## Áreas de interés

Un amplio número de estudios ha señalado las áreas específicas de la salud donde ciertos colectivos de mujeres inmigrantes se ven significativamente afectadas. Estas áreas incluyen la salud reproductiva, el VIH/SIDA y la violencia doméstica.

### Salud reproductiva

Una interacción insatisfactoria entre las mujeres inmigrantes y las y los profesionales sanitarios ha tenido a menudo consecuencias desafortunadas, particularmente durante los embarazos. Que un embarazo llegue a buen término depende de una combinación de factores biológicos, sociales y culturales. Mejorar la atención obstétrica consiste en algo más que ofrecer simplemente unos buenos servicios médicos. También debe tenerse en cuenta la procedencia social y cultural de las mujeres con el fin de lograr un buen cuidado perinatal.

Un estudio sueco muestra una mayor morbilidad perinatal entre las mujeres inmigrantes procedentes de Etiopía y Somalia. Las muertes maternas potencialmente evitables y

las muertes fetales intraparto y muertes neonatales están probablemente relacionadas con estrategias grupales que favorecen el que la embarazada rechace la participación en programas de cuidados prenatales, la atención hospitalaria o perinatal.

En Dinamarca, se ha demostrado que las mujeres de minorías étnicas e inmigrantes acceden a las revisiones durante el embarazo con mayor dificultad. Además, se ha observado que las mujeres inmigrantes tienden menos a participar en cursos antes y después del parto, o en otros grupos de madres. Las prácticas tradicionales durante el embarazo, por ejemplo, de las mujeres somalíes, no son entendidos en ocasiones por parte de las y los profesionales sanitarios. La falta de comunicación entre ambas partes debido a las dificultades de lenguaje y los malentendidos pueden conducir a una mayor incidencia de mortalidad perinatal (5). También se ha demostrado que las mujeres turcas son más vulnerables que las danesas y se argumenta que se debe a problemas con el lenguaje (6). Se pone así el énfasis en que debería proporcionarse una educación preventiva que tenga en cuenta las diferencias culturales. Un intérprete podría ayudar a hacer que el control de la natalidad y otros temas importantes relacionados con el embarazo y el nacimiento del bebé, fueran más comprensibles (7).

Un estudio noruego revela que en todos los grupos de edad de las mujeres de Oslo, las mujeres de origen no occidental, estaban sobre-representadas cuando se trata de tasas de natalidad y aborto. La interpretación de este hallazgo es que la anticoncepción podría estar usándose de forma limitada, pudiendo existir relación con la filiación étnica o religiosa. Además, se argumenta que el elevado número de abortos entre las mujeres extranjeras en Oslo conduce a un gran desafío lingüístico y cultural para las y los profesionales sanitarios dentro de los servicios preventivos y curativos de salud (8).

#### VIH/SIDA

Sólo la implicación de las y los expertas/os médicas/os resulta insuficiente para solucionar la variedad de problemáticas vinculadas a la propagación del VIH/SIDA. Las diferencias culturales no deberían ser un obstáculo cuando se trata de asegurar que la información llegue a los colectivos de inmigrantes. Muchos progresos, incluyendo un descenso en los nuevos casos de infección en algunos colectivos y en el desarrollo de terapias médicas, han alargado la esperanza de vida para las personas portadoras de VIH. Aún así, no todos los grupos han compartido por igual estos progresos. El número de mujeres infec-

tadas por contactos heterosexuales, continúa incrementándose. La razón es que las mujeres, especialmente las mujeres casadas o las que tienen pareja estable, y las mujeres inmigrantes recién llegadas, no son conscientes del riesgo. (9)

Hasta la fecha, todos los intentos de hacer algo positivo por estas mujeres han sido frustrados por el pensamiento convencional y la perspectiva exclusivamente masculina. Cuestiones importantes sobre la salud de las mujeres inmigrantes, están relacionadas con su sexo, sus hábitos culturales y sus diferencias económicas y sociales así como con sus tradiciones respecto al embarazo y la procreación.

#### Violencia doméstica

Hasta hace poco tiempo la violencia doméstica entre las minorías étnicas y las mujeres inmigrantes,

**Hasta hace poco tiempo, la violencia doméstica entre las minorías étnicas y las mujeres inmigrantes, era un problema no visibilizado.**

era un problema no visibilizado (10). Las mujeres que inmigraron a países escandinavos con sus maridos o que llegaron más tarde con la ayuda de familiares, se encuentran en riesgo de sufrir violencia doméstica. En algunas culturas se espera que la mujer sea responsable de la felicidad, salud y honor de la familia y por ello, ella es culpable si la vida de la familia en el nuevo país no alcanza las expectativas formadas. La mujer se siente alienada, aislada, lejos de su familia, de sus parientes y amigos; no puede entender la nueva lengua y no sabe nada sobre sus derechos.

Existe una aparente resistencia, entre las y los profesionales sanitarios, a preguntar, a las mujeres que presentan lesiones, sobre el maltrato u otras condiciones que podrían relacionarse con la violencia, o bien se interpretan erróneamente los signos externos. Las y los profesionales sanitarios a menudo no tienen tiempo, o no se sienten apoyados o tienen miedo de ofender a las mujeres y su

integridad si les preguntan si su pareja ha abusado físicamente de ellas. De todos modos es importante «atreverse a ver, a preguntar, y a hablar sobre temas considerados tabú» (10) lo que significa hablar de relaciones y de parejas sexuales aunque habitualmente cree conflicto. Si las y los profesionales sanitarios evitan estos temas, se deja a las mujeres solas, frente a frente con el problema. Por todo ello, es importante informar a las y los profesionales sanitarios sobre este problema como parte de su formación y proporcionarles pautas sobre como manejar estas situaciones. La violencia doméstica en una cultura no es sólo una cuestión de patrón cultural, depende también de la conciencia de los hombres para aceptar a las mujeres como iguales. No podemos ignorar el hecho de que los valores patriarcales están presentes incluso en países con tan larga tradición en políticas de igualdad como los escandinavos.

#### Estrategias sensibles a la cultura

Con el fin de lograr una mejor salud, la igualdad y el bienestar de las mujeres inmigrantes se requieren estrategias específicas. Pero no siempre es posible poner en práctica estas estrategias cuando hablamos de mujeres inmigrantes. La salud y la atención social deben satisfacer las demandas de las mujeres extranjeras en Escandinavia con enfoques sensibles, y al mismo tiempo, la paciente extranjera debe intentar comprender y encontrar una coherencia a lo que sucede a su alrededor en el nuevo país. Es necesario que los y las inmigrantes aprendan la lengua del país, que a cambio les proporcionará información sobre el proceso de incorporación de estilos de vida en la nueva y diferente cultura. Aaron Antonovsky dice que la salud es un sentimiento que uno tiene en ciertos contextos, por ejemplo el desarrollo de un sentido de coherencia, y de que los recursos generales son muy importantes para mantener una buena salud bajo condiciones severas de estrés.

#### Conclusiones

La equidad en salud para los grupos inmigrantes debe mejorarse. Se ha observado como las diferencias culturales influyen en la salud de las mujeres de minorías étnicas e inmigrantes. Los programas específicos y sensibles a la cuestión, necesitan la implicación de los colectivos inmigrantes más importantes cuando se trata de formular estrategias con el fin de alcanzar un equilibrio entre una estrategia general y una culturalmente específica. Además, es necesaria la

integración de profesionales sanitarios multi-étnicos.

### Recomendaciones

Se sugieren las siguientes mejoras con el fin de reducir los vacíos existentes en salud:

#### Mejoras globales

- protocolos de salud para personas inmigrantes y seguimiento de los programas – instrumentos bien conocidos en todo sistema sanitario –incluyendo guías de salud para intérpretes;
- intervenciones de salud pública dirigidas a las minorías étnicas;
- participación activa de las mujeres de minorías étnicas en la planificación e implantación de los procesos;
- integración de personal sanitario multi-étnico;
- interacción significativa entre paciente y profesional, esforzándose por captar el contenido emocional y la demanda implícita.
- educación sobre diferencias culturales;
- lograr que las personas clave entiendan la importancia de la competencia cultural;
- lograr que las personas clave entiendan el papel de la religión en la construcción del sistema simbólico;
- establecer grupos diana de minorías étnicas con el fin de facilitar la interacción significativa entre profesionales y pacientes.

#### Mejoras en las áreas de interés. Salud reproductiva

- favorecer la comunicación con las usuarias en relación al parto y las condiciones necesarias para alcanzar una maternidad segura, comparando con los métodos utilizados en el país de origen. Debería explicarse que son imprescindibles los controles preparto, el participar en grupos de mujeres embarazadas y el buscar ayuda tan pronto como aparezcan los síntomas.

#### VIH/SIDA

- deben utilizarse programas sensibles a la cultura donde se explique claramente el riesgo de contagio y cómo prevenirlo.

#### Violencia doméstica

- las y los profesionales sanitarios deben tener suficientes conocimientos sobre la violencia doméstica, su legislación y las políticas existentes;
- debería proporcionarse información y ayuda en su propia lengua a las mujeres maltratadas sobre los servicios sociales y legales a su disposición;
- el personal de los servicios sociales y sani-

- tarios debe formarse para reconocer las situaciones en las que las mujeres han estado expuestas a violencia doméstica;
- todas las personas inmigrantes deberían recibir información y educación sobre sus obligaciones y derechos –si es posible en su idioma y por un profesor o profesora de su propia nacionalidad;
- policía, fiscales y profesionales de la abogacía deben tener información sobre violencia contra las mujeres inmigrantes y la población general debe estar informada sobre cómo actuar y buscar ayuda.

#### Mejoras para la formación de postgrado y la investigación

- es necesaria la integración de temas de género e igualdad en todos los programas de salud de la formación de postgrado;
- es necesaria más información sobre los procesos de aculturación;
- se requiere más conocimiento sobre la situación sanitaria y social de los y las inmigrantes;
- debería investigarse más sobre la salud de grupos étnicos específicos, teniendo en cuenta su origen geográfico, su religión y sus hábitos culturales;
- debería reforzarse la colaboración interdisciplinar.

**Margareta Ackerhans**  
[[margareta.ackerhans@telia.com](mailto:margareta.ackerhans@telia.com)]  
**Consultora de Salud Pública,**  
**Prästgårdsängen 23, S-412 71**  
**Gotenburgo, Suecia**  
**Tel: (+46 31 400 885)**

### Notas

1. «Problemas de salud de las mujeres inmigrantes en Europa» Informe de un encuentro en Gotenburgo, Suecia. Noviembre de 1999. Oficina Regional Europea de la OMS, Copenhague; Instituto Nacional de Salud Pública, Estocolmo; Proyecto Sanitario de la Ciudad, Gotenburgo.
2. Susser, M «Salud Pública Entonces y Ahora, la Salud como un Derecho Humano: una Perspectiva Epidemiológica de la Salud Pública» *American Journal of Public Health*, 1993;83(3):418-426 (referencia de la edición en inglés).
3. Ginsburg, BE y Stenqvist K, 1996. «Refugiados/asilados políticos y Salud en los Noventa» En los procedimientos de un encuentro de expertos/as en Bremen, pp. 61-64.
4. Rajkumar, S. Tesina: «Dilemas en la Atención Sanitaria, atención sanitaria para asilados, necesidades y servicios disponibles en la ciudad de Tampere, Finlandia». Escuela Politécnica de Atención Sanitaria y Enfermería Pirkanmaa, diciembre de 2000.
5. Essen, B. «Mortalidad perinatal entre inmigrantes del Cuerno de África» Malmö, 2001. Tesis Doctoral, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Malmö, Suecia.
6. Dyhr, L. Det almene i del andeledes, Belysning av problemer i mødel mellom praktiserende laeger og tyrkiske invandrerkvinder i Danmark, set fra en klinisk sysnvindel (en Danés). Tesis Doctoral, Central forskningsenhed for almenpraksis, Copenhague, 1996.
7. Elverdam, B. «Fremmede kulturer-gravidities-och födelsetraditioner» (en Sueco). *Manadsskrift for Praktisk Laegegerning*, 77:249-256.
8. Winfridsson, G. HIV-Aktuellt 1996:5.
9. Eskild, A. Et al. «Prosovert abort blant kvinner med fremmedkulturel bakgrunn i Oslo» (en Noruego) *Tidsskrift for Den norske laegeforening* 2002; 122: 1355-1357.
10. Nunez, B. «Roks Nätverk för kvinnor med invandrarbakgrund». Rapport för projektet ROKS, Nätverk för kvinnor med invandrarbakgrund 1999 (en Sueco).

# BUENAS PRÁCTICAS EN PREVENCIÓN DEL VIH E ITSs ENTRE LAS MUJERES DE EUROPA OCCIDENTAL

Por Martine de Schutter y Lucie van Mens

La red de mujeres PHASE (Prevención del VIH/SIDA y las ITSs en Europa) es un proyecto que tiene como población diana a las mujeres de la población general en Europa, en el que participan Austria, Alemania, Grecia, Irlanda, Italia, Países Bajos, Portugal, España, Suecia y el Reino Unido. La mayoría de estos países carecen de un enfoque de género en sus políticas sobre la transmisión de las infecciones de transmisión sexual y no consideran a las mujeres de la población general como grupo que requiere una intervención preventiva específica. De todas formas, en la región europea, está aumentando el número de ITSs, especialmente la clamidia, la gonorrea, las verrugas genitales y la sífilis, como se presenta en esta publicación en la página 13. Aunque se registra una mayor incidencia de ITSs entre los hombres, se ha observado, en la mayoría de los países, un incremento significativo de ITSs entre los y las adolescentes y las mujeres. La tendencia observada es un incremento de la transmisión heterosexual del VIH y de otras ITSs y el aumento de la incidencia entre las mujeres hace necesario urgentemente unas políticas preventivas de atención específica dirigidas a este colectivo.

## Buenas prácticas

Se sistematizaron y analizaron más de 40 proyectos de prevención de ITSs por parte de 10 organizaciones vinculadas a PHASE. Las conclusiones extraídas de este análisis se difundieron y aplicaron desde estas organizaciones y a través de sus redes. ONUSIDA usa el término «buenas prácticas» para referirse a cualquier cosa que funcione, de forma global o parcial, y de la que se puedan extraer conclusiones de las que aprender algo. A pesar de la diferencia de objetivos y métodos utilizados en los distintos proyectos dirigidos a las diversas realidades de las mujeres, existen algunos enfoques comunes que se consideran fundamentales para una prevención efectiva de las ITSs entre las mujeres. Estos enfoques pueden resumirse como buenas prácticas:

### Un enfoque específico de género

Si se quiere alcanzar una prevención efectiva de las ITSs entre las mujeres, deberían considerarse los roles y la posición de género de la mujer. Puesto que las inequidades de género influyen en el riesgo de infección de las mujeres, el sector sanitario debe trabajar en el logro de la equidad de género mediante un proceso de empoderamiento. Un enfoque de género para la prevención del VIH/SIDA y otras ITSs, requiere también el compromiso de los hombres. Las estrategias que resultan eficaces en la prevención de las ITSs, tienen en cuenta nece-

sidades diferentes, tanto de los hombres como de las mujeres, y desarrollan actividades para responder a estas necesidades.

### Una percepción positiva de la sexualidad femenina

Históricamente la sexualidad femenina ha sido vista con un doble rasero y está influenciada por las inequidades de género. Como resultado, la percepción de las mujeres sobre su propia sexualidad y sobre la sexualidad en general, puede ser negativa. Los programas de prevención de ITSs han podido incluso llegar a magnificar la percepción negativa de la sexualidad por parte de las mujeres mediante enfoques que incitaban al miedo. Por esta razón, la prevención de las infecciones de transmisión sexual debe incluirse en una aproximación positiva de la sexualidad femenina. Esta visión debería capacitar a las mujeres para tomar de forma informada sus propias decisiones sobre su vida sexual. El mensaje sobre la sexualidad femenina, debería estar basado en aspectos positivos del sexo como el placer físico y emocional, la satisfacción y la reciprocidad. Tomar decisiones de forma informada también implica reducir el riesgo de consecuencias negativas, no sólo de las ITSs sino también de embarazos no deseados y violencia.

### Diseño de servicios y procesos educativos adecuados a las necesidades de las mujeres.

Las diversas realidades de las mujeres y los roles de género deben tomarse como punto de partida para el diseño de servicios y procesos educativos que respondan a sus necesidades específicas. El incremento en la diversidad cultural (véase el recuadro) en los países europeos también debe tenerse en cuenta. Las normas sobre la sexualidad, las identidades de hombres y mujeres y sus comportamientos, así como la capacidad de tomar decisiones sobre la salud y la sexualidad, están influidos por el entorno cultural al que pertenece el individuo.

### De la información a las herramientas y el comportamiento

El conocimiento sobre sexualidad en general y sobre las ITSs en particular, es una condición necesaria para tomar decisiones saludables, pero no es suficiente en sí misma. La equidad de género se queda en el plano teórico mientras las mujeres no tengan las herramientas para aplicar sus derechos en la práctica e integrar estos derechos en su vida cotidiana y en sus relaciones sexuales. Facilitar estas herramientas a las mujeres es la base

necesaria para una prevención efectiva del VIH/SIDA y otras ITSs.

### Educación entre iguales y grupos de apoyo

Se ha observado que la educación entre iguales cuestiona las creencias normativas relacionadas con el género y con los comportamientos establecidos, a través del diálogo y las interacciones personales. La educación entre iguales puede servir de apoyo activo al refuerzo de las habilidades individuales para la comunicación y negociación de un sexo seguro. Los grupos de apoyo de iguales también pueden tener un papel importante en la ruptura de la soledad de las mujeres y niñas seropositivas o discapacitadas. Es más, deberían apoyarse y fomentarse los grupos de apoyo de mujeres y niñas portadoras de VIH/SIDA y otras ITSs crónicas.

### Integración de la prevención del VIH/SIDA y otras ITSs

La mayoría de los esfuerzos dirigidos a la prevención de ITSs hasta ahora se han dirigido a la prevención del VIH/SIDA, dejando de lado otras ITSs. Muchas mujeres no se ven a sí mismas como el «tradicional» grupo objetivo de prevención de la transmisión del VIH. Como resultado, no perciben estos mensajes preventivos como algo dirigido a ellas. La atención que se ha prestado al VIH/SIDA debe compensarse con la atención a otras ITSs, puesto que éstas pueden afectar a la salud física y mental de las mujeres y causar daños irreversibles. La incorporación de la prevención de las ITSs en los programas de prevención del VIH/SIDA también beneficiará su efectividad puesto que las ITSs son un factor que incide en la expansión del VIH. Nuestra experiencia muestra que las mujeres son más receptivas al enfoque de prevención de las ITSs en general.

### De la prevención de la enfermedad a la promoción de la salud

Las estrategias efectivas de prevención para las mujeres van más allá de la mera prevención de la enfermedad. La promoción de la salud sexual de las mujeres en la población general a través de capacitación, empoderamiento y promoción de la equidad de género, generan un impacto positivo en más aspectos de la vida de las mujeres, en su salud y sus relaciones, y no sólo en los aspectos relacionados con su vida sexual. Cualquier estrategia de promoción de la salud sexual debe reforzar las herramientas y habilidades de las mujeres para ejercer el control sobre los determinantes de su salud y responder a

los desafíos derivados de las desigualdades de género que incrementan el riesgo de ITSs.

### Conclusión

Una lección importante aprendida del análisis de las buenas prácticas, es que una prevención efectiva del VIH/SIDA y otras ITSs, entre las mujeres de la población general, será un proceso orientado a posibilitar y capacitar a las mujeres en la toma de decisiones relacionadas con su sexualidad y sus relaciones sexuales y de pareja, a fin de mejorar su salud sexual y reproductiva. Este proceso demanda que las actividades relativas a la prevención de ITSs, incluyan a las mujeres tanto de forma individual como grupal.

Además, la salud sexual y reproductiva de las mujeres está intrínsecamente vinculada a la de los hombres, por lo que dirigirse a éstos, tanto jóvenes como adultos, como parejas o maridos, debe ser parte integral en la prevención de ITSs. El trabajo por la equidad de género ha de considerarse fundamental en la prevención de las ITSs entre las mujeres ya que, mientras ellas continúen estando en una posición subordinada en la sexualidad, no tendrán la capacidad para tomar decisiones saludables y actuar de la forma más beneficiosa para su salud.

Basándose en el análisis de las buenas prácticas y de la situación epidemiológica en los países involucrados, la Red de Mujeres PHASE recomienda las siguientes acciones de carácter general para alcanzar estrategias preventivas más efectivas para las ITSs, inclu-

yendo el VIH/SIDA, entre las mujeres:

- Dirigirse a las mujeres de la población general mediante campañas de educación e información, puesto que no suelen percibirse a sí mismas como vulnerables al VIH u otras ITSs;
- Incorporar metodologías de prevención con un enfoque de género con el objetivo de mejorar la salud, los derechos y el bienestar de las mujeres;
- Fomentar la investigación sobre la sexualidad de las mujeres y sus experiencias en la negociación de un sexo seguro y sobre el hecho de ser portadora del VIH/SIDA o de otras ITSs;
- Desarrollar bases de datos fiables sobre la salud sexual de las mujeres, incluyendo las ITSs y otras cuestiones relacionadas, haciéndolas fácilmente accesibles;
- Aprender y difundir las conclusiones de enfoques holísticos aplicados en servicios de salud de las mujeres, y extender dichas conclusiones a los servicios sanitarios generales;
- Promover la difusión y el intercambio de información sobre nuevos enfoques de salud y sexualidad de las mujeres;
- Informar a responsables políticos y a los servicios estatales sobre buenas prácticas y metodologías para la prevención del VIH/SIDA y otras ITSs en las mujeres, y ejercer presión para que éste sea un tema presente en las agendas de salud pública;
- Promover la formación de redes, el intercambio de información y la convergencia

de las acciones entre los grupos de mujeres y las organizaciones dedicadas a la prevención de ITSs, tanto gubernamentales como no gubernamentales;

- Llegar hasta las mujeres jóvenes, las mujeres migrantes, las mujeres embarazadas y las infectadas por el VIH.

Las organizaciones que participan en PHASE han finalizado recientemente un proyecto piloto dirigido a conseguir un mayor desarrollo de los enfoques de género en la prevención del VIH/SIDA y otras ITSs. Los resultados de este estudio se publicarán en junio de 2003 y se presentarán en el número 56 de *Entre Nous*.

**Martine de Schutter**

[m.deschutter@soa.nl]

**Directora Internacional de Proyecto, Stichting soa-bestrijding (Fundación Holandesa para el Control de las ITSs)**

**Lucie van Mens**

[l.vanmens@soa.nl]

**Directora del proyecto de la red de mujeres PHASE y trabajadoras sexuales, Stichting soa-bestrijding (Fundación Holandesa para el Control de las ITSs)**

**Postbus 8198**

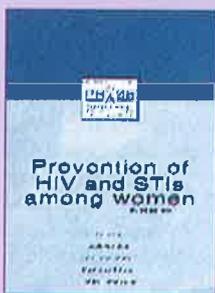
**3503 RD Utrecht**

**Países Bajos**

**Tel: (+31) (0) 30 234 37 00**

**Fax: (+31) (0) 30 233 17 13**

## Prevención del VIH y las ITSs entre las mujeres en Europa



La prevención del VIH y las ITSs entre las mujeres en Europa es el mayor logro de la Red de Mujeres PHASE, un proyecto para la prevención del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión

sexual (ITSs) entre las mujeres de la población general en 10 países de la Unión Europea. Esta publicación da una visión general de los datos existentes sobre la incidencia del VIH/SIDA y otras ITSs entre las mujeres de los países participantes. También proporciona una visión amplia sobre la legislación y políticas existentes sobre género en estos países y las actividades preventivas de ITSs que se han llevado a cabo para llegar a las mujeres de la población general.

Basándose en el análisis de estos datos, la publicación enfatiza las conclusiones extraídas de las buenas prácticas en la prevención de ITSs entre las mujeres.

### Ejemplos de iniciativas exclusivas destacadas en el libro

#### Austria

En Austria, el «proyecto parque» organizó una serie de actividades específicas de promoción de la salud dirigidas a mujeres turcas y serbias a través de intérpretes en los parques de Viena. Las barreras del idioma impiden a las mujeres inmigrantes el acceso a los medios de comunicación como la radio y la televisión. El programa se diseñó para involucrar a las mujeres directamente en la mejora de su salud mediante conversaciones en las que accedían a una mejor información sobre sexualidad e ITSs. Se llegó a mil doscientas diez mujeres en 54 parques diferentes en 2000. La actividad se repitió en 2001.

#### Grecia

En Grecia, el proyecto AFRODITA tenía como objetivo la promoción de la salud y la prevención de la propagación del VIH y otras ITSs entre las mujeres emigrantes que ejercen la prostitución en las regiones fronterizas con Albania y Hungría. Las mujeres inmigrantes que ejercen la prostitución no tienen acceso a la prevención general de ITSs ni a los programas de prevención, debido a las barreras de idioma y a su situación irregular en Grecia. Se desarrollaron materiales educativos en diferentes idiomas y se difundieron, y se proporcionaron pruebas clínicas y servicios sanitarios gratuitos, así como condones y lubricantes.

### Prevención del VIH y ITSs entre las mujeres en Europa

**Pp 140, ISBN 90-5182-030-5**

**Disponible en internet en [www.phase-network.org](http://www.phase-network.org)**

# ASPECTOS SOCIOCULTURALES DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN KOSOVO

Por Jim Goodson

Kosovo se recupera con dificultad del conflicto y sufre una prolongada crisis de identidad, una economía debilitada, tensiones étnicas persistentes y una fragmentación de la comunidad. Las nuevas estructuras gubernamentales creadas en 2002, ofrecen una red de seguridad social muy débil con una inadecuada y deficiente atención sanitaria. Las organizaciones de ayuda humanitaria continúan llenando el vacío a través de sus programas que tienen en cuenta las necesidades de las personas reforzando el tejido comunitario existente.

La salud de mujeres y niños continúa estando afectada. Las madres sin pareja y sus hijos e hijas menores de cinco años son particularmente vulnerables. La tasa de mortalidad infantil estimada en Kosovo, es de 35 por mil, lo que supone el doble o triple de las tasas de otros países europeos y una de las



más altas de Europa del sur (FNUAP, IOM, 2000). La tasa de mortalidad perinatal también es bastante elevada, cerca del 33 por mil nacimientos (FNUAP, IOM, 2000). Muchas mujeres reciben una atención inadecuada o inexistente y se dan unos niveles muy bajos de educación y promoción de la salud.

También es importante señalar el hecho de que la población de Kosovo es muy joven. El sesenta por ciento tiene menos de veinticinco años, y una cuarta parte de la población se sitúa entre los 15 y los 25 años. Las mujeres en edad reproductiva constituyen el 26% de la población total de Kosovo (UNDP, 2002).

Además se ha detectado la preferencia por el sexo masculino del bebé por parte de las madres y padres. Por ejemplo, en las familias donde sólo hay un hijo o una hija, los niños superan en número a las niñas en una proporción de 3 a 1. Esta preferencia también se observa, aunque en menor medida, en familias con más de un hijo/a (FNUAP, IOM, 2001). El conocimiento y uso de la anticoncepción es bajo, con más de un 20% de las mujeres en edad reproductiva que dicen usar alguna forma de anticoncepción, incluyendo métodos modernos y tradicionales (FNUAP, IOM, 2001). Sólo el 59% de las mujeres pien-

san que los condones son efectivos para prevenir embarazos (PSI, 2001).

La falta de conocimiento sobre métodos de planificación familiar modernos entre las mujeres y la preferencia por el sexo masculino de los bebés, puede deberse a algunos aspectos socioculturales de las comunidades de Kosovo. El valor y el papel de la mujer en Kosovo está cambiando junto con otros muchos cambios sociales que se están produciendo. Mientras las mujeres comienzan a tener una mayor responsabilidad y ganan cierta independencia, es importante comprender las influencias históricas que pueden haber moldeado las actitudes hacia las mujeres en Kosovo.

Los turcos del Imperio Otomano dominaron la región desde el siglo quince hasta 1912 e instituyeron una estructura patriarcal bajo la ley de la Shariat. Hoy, la mayoría de las personas albanos-kosovares todavía son de religión musulmana, aunque la adherencia a la tradición Shariat no es muy común. Las y los albanos-kosovares conforman aproximadamente el 90% de la población de Kosovo y sus tradiciones están recogidas en el Código centenario de Leke Dukagjini, o simplemente, el «Kanun». Aunque la mayoría de las y los albaneses ya no siguen este código de leyes, el Kanun ha marcado de forma significativa las normas tradicionales que persisten hoy en la sociedad albanos-kosovar moderna (Kanuni I Leke Dukagjinit, traducción al inglés 1989).

Las leyes del Kanun responden al tradicional sistema de clanes albanés, y ayudan a comprender el papel y la valoración de la mujer dentro de la estructura de clanes existente hoy en Kosovo. De acuerdo con los derechos de herencia, el Kanun reconocía sólo a un hijo varón como heredero legal, pero no a una hija. Establece que «si la línea sucesoria de varones de una familia desaparece, incluso aunque hubiera cientos de hijas, ninguna de ellas tiene derecho a ninguna parte de la herencia de sus padres, ni tampoco ninguno de sus hijos o hijas». El Kanun también establece que «una madre no tiene poder sobre sus hijos e hijas» y da «al padre el derecho de golpear, obligar, retener o incluso matar a su hijo o hija sin ser responsable ante la ley». También «el marido puede golpear y coaccionar a su mujer si ella rechaza sus palabras o sus órdenes». El Kanun «considera a la mujer un elemento superficial en la casa» y establece que «sus padres no intervienen en el ajuar de sus hijas o sobre ningún otro aspecto; el hombre que se case con ella, deberá hacerse cargo de estos problemas» (Kanuni I Leke Dukagjinit, traducción 1989). Aunque los y las kosovares no se rigen por estas leyes en la actualidad, aún están presentes como creencias y la tradición del sistema de clanes permanece fuertemente asentada.

Kosovo siempre ha tenido una sociedad mayoritariamente agraria donde se trabaja intensamente en granjas; esto puede haber contribuido aún más a la preferencia de padres y madres por los hijos varones y al escaso énfasis puesto en la planificación familiar. Un estudio etnográfico de los beneficiarios y las beneficiarias del programa de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de las Sociedades de la Media Luna Roja, encontró claras delimitaciones en las actividades asignadas según el género en la vida cotidiana de la sociedad de Kosovo. Por ejemplo, tareas como el trabajo manual, cuidar de los animales o el asesoramiento de la familia, formaban parte claramente del rol masculino. Mientras limpiar la casa, lavar la ropa y cuidar de los hijos e hijas, eran exclusivamente parte del rol de la mujer. Este estudio también encontró una diferencia importante en la educación formal de hombres y mujeres. Un elevado porcentaje de los hombres que tomaron parte en el estudio, el 67%, continuó sus estudios tras la educación primaria, mientras sólo un 23% de las mujeres lo hicieron (IFRC, 2002). Sólo un 2% de las mujeres del estudio fueron a la universidad, frente al 10% de los hombres; el 16% de las mujeres informaron no haber recibido ninguna educación formal, frente al 7% de los hombres (IFRC, 2002). Indicadores de educación de las mujeres como la alfabetización, a menudo sirven como indicadores igualmente para determinar la situación global sanitaria de una comunidad.

El difícil acceso a la atención sanitaria es otro de los factores que contribuyen a mantener esta deficiente situación sanitaria de las mujeres y los niños y niñas en Kosovo. Las barreras en el acceso son el resultado, en parte, de la discriminación sistemática hacia la minoría albanesa en la antigua Yugoslavia durante los años 90.

Para las y los albaneses estaba virtualmente prohibido el uso de cualquier servicio o institución sanitaria. Así se establecieron de forma clandestina muchas redes alternativas para las comunidades oprimidas. Mientras estas organizaciones ayudaban a llenar el vacío de los servicios necesarios para las comunidades marginadas, se reforzaba al mismo tiempo la práctica de evitar las instituciones sanitarias oficiales. Este comportamiento de evitación continúa existiendo hoy en día por inercia e impide que las personas busquen atención sanitaria en Kosovo.

En teoría, todo aquel que viva en Kosovo tiene derecho a acceder de forma gratuita a los servicios básicos de atención sanitaria. Desafortunadamente, la realidad es algo diferente. Un estudio llevado a cabo por el Banco Mundial encontró que alrededor del 28% de las personas que tomaron parte en él, infor-

maron que no habían buscado tratamiento, al haber tenido algún problema de salud en algún momento, debido a que no podían asumir los gastos que supone la atención sanitaria. La alta incidencia de «tratamientos de pago» encubiertos se debe en parte a los bajos salarios que perciben médicos y médicas que trabajan en las instituciones de atención sanitaria (UNDP, 2002). En la actualidad, los médicos y médicas reciben un salario mensual de 200. Una significativa escasez de profesionales ve incrementada su demanda, lo que fomenta estas prácticas de pago prohibidas. En Kosovo, hay una media de 35 médicos o médicas por cada 10.000 habitantes (UNDP, 2002).

Con un desempleo global estimado de cerca del 55%, cualquier demanda de pago adicional es una barrera añadida para los hogares con un presupuesto limitado. Esta barrera puede resultar especialmente insalvable para las mujeres que necesiten atención sanitaria. Las mujeres aún no han alcanzado el mismo nivel educativo, de alfabetización y de empleo que los hombres. Las tasas de mujeres en educación primaria, secundaria y superior son inferiores a las de los hombres. Este bajo nivel educativo afecta también a la posibilidad de que las mujeres puedan lograr una estabilidad laboral. Sólo el 9,9% de las mujeres sanas tenían un trabajo remunerado en Kosovo en 1999 (FNUAP, IOM, 2000).

La Cruz Roja Americana, la Federación Internacional de Cruz Roja, y las Sociedades de la Media Luna Roja, han colaborado con una contribución económica significativa con la Cruz Roja Kosovar con el fin de poner en marcha la Iniciativa para crear un Centro de Recursos Comunitario. Los Centros de Recursos Comunitarios proporcionan diferentes servicios, incluyendo asesoramiento, grupos de apoyo para mujeres, niños y niñas y familiares de personas desaparecidas, educación para la salud, actividades para la consolidación de las comunidades, facilitación de espacios de ocio, y servicios de referencia para apoyo psicológico y asistencia legal. Mediante el proceso de elaboración de un mapa de los recursos existentes, estos centros han establecido redes para conectar personas usuarias y proveedores de servicios. A través de un sistema de referencia formal, los centros proporcionan un seguimiento que asegura el logro de las metas fijadas para cada usuario o usuaria. Estos centros de recursos comunitarios han mostrado ser la forma ideal para implementar diferentes estrategias comunitarias.

La iniciativa del Centro de Recursos Comunitario, ha funcionado a la hora de mejorar la salud de las mujeres mediante la optimización del acceso a la atención de la salud reproductiva y a los métodos de plani-

ficación familiar. Este proyecto se implantó en colaboración con el FNUAP y con los y las ginecólogas locales de varias comunidades. Un estudio de «línea de base» halló que el sesenta y tres por ciento de los y las usuarias del programa eran mujeres; de ellas, un veintitrés por ciento no estaban casadas y el veintiséis por ciento eran viudas. Además, el setenta y ocho por ciento de las mujeres viudas estaban en edad de poder tener hijos (IFRC, 2002).

El diseño del programa prevé una formación de tres días que incluye la salud reproductiva, la atención preconcepcional, los cuidados prenatales, los métodos de planificación familiar, los derechos humanos, los derechos de las mujeres, la violencia doméstica y las infecciones de transmisión sexual. En la formación participa un/a ginecólogo/a del FNUAP y otro/a seleccionado entre el personal sanitario de la comunidad.

Este enfoque comunitario proporciona información sobre la salud reproductiva y los métodos de planificación familiar a las mujeres más vulnerables de la comunidad y también les facilita acceso gratuito a la atención sanitaria mediante el establecimiento de vínculos con el personal médico local. El acceso a métodos de planificación familiar modernos se refuerza además con la distribución de materiales gratuitos tales como condones, dispositivos intrauterinos y anticonceptivos orales a todas las participantes y al personal de ginecología local con el apoyo de la Corporación Farmacéutica de Kosovo.

Las usuarias que adquieren los conocimientos sobre los métodos de planificación familiar están vinculadas con los recursos de atención sanitaria locales para realizar revisiones gratuitas y seguimientos. También se han seleccionado y formado a voluntarias y voluntarios de la Cruz Roja con el objetivo de dirigirse a las mujeres de los pueblos más aislados y proporcionarles toda la información básica sobre salud reproductiva y planificación familiar disponible en los recursos

comunitarios. Las sesiones de formación están siendo llevadas a cabo en la actualidad por parte de la Cruz Roja y, hasta ahora, han tenido un gran éxito. Hay una demanda creciente de sesiones de formación por parte de las mujeres de otras comunidades. Con algo más de financiación adicional este proyecto comunitario podría ser ampliado para mejorar la salud reproductiva, los métodos de planificación familiar y el acceso a la atención de las mujeres más vulnerables de Kosovo.

**Jim Goodson MPH**  
**[jimgoodson@hotmail.com]**  
**Coordinador del Programa Psicosocial**  
**Federación Internacional de la Cruz Roja**  
**y Asociaciones de la Media Luna Roja**

#### Referencias

- Estudio Kap\_PSI, financiado por el FNUAP. Enero, 2001.
- Estudio sobre salud demográfica y reproductiva. Realizado desde octubre de 1999 hasta febrero de 2000. FNUAP, IOM, y Oficina kosovar de estadística. Enero, 2001.
- Informe sobre Desarrollo Humano en Kosovo 2002. UNDP, 2002.
- Kanuni I Leke Dukagjini, El Código de Leke Dukagjini traducido al inglés por Leonard Fox, 1989. Nueva York. Editorial Gjonlekaj.
- Estudio de línea base de la Iniciativa de Centro de Recursos Comunitario. Federación Internacional de la Cruz Roja y de Asociaciones de la Media Luna Roja (IFRC). Abril, 2002.



# RED EUROPEA DE LA IPPF: BUSH LLEVA A CABO UNA GUERRA SECRETA CONTRA LAS MUJERES *Por Nina Pedersen*

**El Presidente Bush y sus aliados en Europa han puesto en riesgo los derechos y la salud reproductiva de las mujeres. «La administración Bush hará todo lo posible para minar los derechos y salud de las mujeres. Es un proceso muy largo y extenso» afirma Vicky Claeys, la nueva Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar.**



Foto: Jeffrey Lazarus

**Vicky Claeys**

El segundo día de su presidencia, el 22 de enero de 2001, el Presidente Bush, reinstauró la Política de Ciudad de Méjico, también conocida como Ley de la Mordaza. Esta política acaba con la ayuda internacional de EEUU para cualquier organización de planificación familiar vinculada, directa o indirectamente, con actividades relacionadas con la interrupción voluntaria del embarazo (IVE).

Sin fondos, las clínicas se cierran y se deniega el asesoramiento y los servicios de planificación familiar a mujeres y hombres.

Probablemente, el resultado será un incremento en el número de embarazados no deseados y de abortos inseguros. Las actividades de prevención del SIDA también pueden verse afectadas a nivel mundial, convirtiendo la Ley de la Mordaza en algo aún más temible.

Las fuerzas de Bush también están actuando tanto a nivel comunitario como político en Europa. Vicky Claeys, la Directora Regional de la Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), ve la Ley de la Mordaza como algo que también tiene repercusiones en este lado del Atlántico. «Podemos ver los efectos inmediatos en Europa del este, pero resulta más difícil prever lo que sucederá más adelante. Sólo podemos tratar de asumirlo y anticiparlo», afirma Claeys.

## **Pérdida de financiación**

Las dos organizaciones más grandes del mundo en este campo, se han visto fuertemente afectadas. La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) ha perdido 18 millones de dólares de su financiación. En el verano de 2002 el Presidente Bush canceló una transferencia de 34 millones de dólares al Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), organismo que trabaja a nivel mundial para mejorar la salud reproductiva, desafiando la aprobación del congreso para tal contribución.

Antes de que la Ley de la Mordaza se reinstaurara, los EEUU representaban un apoyo activo a la salud reproductiva en Europa del este. Las organizaciones miembros de la Red Europea de la IPPF y las asociaciones de planificación familiar de Albania, Armenia, Moldavia y Rusia, recibían ayuda de EEUU en 2000 y 2001. Pero esto ya no es así. En la actualidad, las asociaciones de planificación familiar de los países del este, rechazan firmar contratos que conlleven las condiciones estipuladas por la Ley de la Mordaza y evitan negociar cualquier tipo de ayuda con los EEUU, puesto que son conscientes de las consecuencias de la Ley. De acuerdo con Claeys, éstas son oportunidades perdidas cuyo efecto resulta difícil de medir, ya que la Red Europea de la IPPF ignora cuál hubiera sido el éxito de las mismas.

Claeys teme que el próximo paso sea el de presionar a los gobiernos de los países de Europa del Este. La situación en Europa del Este empeorará si los Estados Unidos también introducen cláusulas restrictivas en la financiación bilateral de su gobierno.

«Los efectos generales podrían ser muy dañinos» afirma Claeys. Ella proclama la necesidad de más investigación y cooperación entre las ONGs y los gobiernos con el fin de realizar un seguimiento exhaustivo sobre los efectos.

## **Es necesario permanecer alerta**

Debido a las desigualdades de salud entre este y oeste, las mujeres de Europa central y del este, son un objetivo fácil para la campaña de Bush. En estas zonas de Europa, la IVE es todavía el principal método de control de la fertilidad, mientras, en Europa occidental, los métodos anti-

conceptivos son de sobra conocidos. La media de uso de anticonceptivos en la Unión Europea (UE) es de alrededor del 65%, mientras en los países candidatos al acceso a la UE, es de sólo el 35%, de acuerdo con Claeys.

Tanto la UE como los países candidatos necesitan permanecer alerta. La administración Bush está utilizando armas políticas con el fin de ejercer alguna influencia sobre las políticas sanitarias de la UE. «Sabemos que la administración Bush hará todo lo posible por minar la salud y los derechos de las mujeres. Y se trata de un proceso muy largo y extenso», afirma Claeys.

### La Comisión Europea, sorprendida por el ataque

Como antigua directora para temas de derechos de la Red Europea de la IPPF, con sede en Bruselas, Vicky Claeys ha seguido de cerca lo que sucedía en la Comisión Europea durante años. Cuando cesaron las ayudas de EEUU al FNUAP y a la IPPF, tanto la Comisión Europea como algunos gobiernos europeos quedaron sorprendidos ante estas medidas. Casi la mitad de los Estados Miembros de la UE incrementaron inmediatamente sus contribuciones hacia ambas organizaciones y la Comisión Europea lideró lo que el Comisionado Europeo para la Ayuda al Desarrollo denominó «un espacio para la decencia».

«La Administración Bush mina deliberadamente a la IPPF y al FNUAP mediante la difusión de propaganda en un intento de debilitar a las dos organizaciones líderes en temas de derechos y salud sexual y reproductiva», afirma refiriéndose al Senador estadounidense Chris Smith, quien, entre otros, intentó frenar la financiación de la Comisión Europea al FNUAP y la IPPF.

Desafortunadamente, este ejemplo de intento de influencia en la política europea por parte de la Administración Bush no es el único. Ella cree que la futura estructura de la UE también peligra por la influencia de la Iglesia Católica, que Bush apoya moralmente. El 16 de enero de 2002, la Iglesia Católica publicó una Nota Doctrinal que deja clara la intención del Vaticano de debilitar aquellas leyes que no estén de acuerdo con su doctrina.

«Un creciente número de gobiernos europeos ya está en manos de partidos de derechas y la mayoría de los países candidatos están fuertemente influidos por la Iglesia Católica, como por ejemplo Polonia y Malta. Puesto que pronto entrarán en la Unión Europea, todas las decisiones relativas a la salud y las cuestiones éticas pueden verse amenazadas en un futuro cercano».

«La atroz alianza entre Bush y el Papa, pone en peligro algunos de los principios de la democracia y de los derechos humanos en Europa, especialmente los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y las y los jóvenes»

En Polonia sólo el 12% de las mujeres utilizan métodos anticonceptivos modernos frente a la media de los países de la Unión Europea que es del 65%, según los datos extraídos del informe en prensa de la IPPF del 21 de febrero de 2003. La IVE sólo está permitida, en Polonia, en unas condiciones muy restringidas. Aún así, se estima que pueda haber entre 80.000 y 200.000 abortos ilegales al año. Frente a esto, en 2001 se realizaron 124 IVEs de forma legal en este país.

De acuerdo con la IPPF, declaraciones recientes indican que el Presidente polaco no es partidario de llevar a cabo la reforma actual que prohíbe la mayor parte de las IVEs, e incluso, antes de llegar a la presidencia, el actual presidente expresó su compromiso de reformar la ley. A pesar de que el 90% de las y los polacos se consideran católicos, el 49% quiere una flexibilización de la legislación sobre la interrupción voluntaria del embarazo, de acuerdo con el programa presentado en las recientes elecciones.

## La Administración Bush propone ampliar la Ley de la Mordaza al VIH/SIDA y otros programas

[www.planetwire.org/details/3836](http://www.planetwire.org/details/3836)

El 26 de febrero personal de la Administración Bush expuso su intención de ampliar la Ley de la Mordaza, también conocida como la Política de Ciudad de Méjico, también en lo relativo a la financiación del VIH/SIDA y otros programas que salvan vidas de mujeres. La Ley de la Mordaza prohíbe a los EEUU apoyar a otros países en cuestiones de planificación familiar si se comprometen con servicios que oferten el asesoramiento o la prestación de interrupciones voluntarias del embarazo, tratando también de influir en las decisiones políticas cuando este trabajo depende de otros recursos financieros. Una memoria reciente del Departamento de Estado sobre este

tema indica que podría haber dos excepciones en el caso de la financiación para el VIH/SIDA: «las ONGs extranjeras que ni presten asesoramiento ni oferten la prestación de IVE pero implementen programas específicos de VIH/SIDA podrían ser elegidas para ser financiadas; las ONGs extranjeras que no cumplan los requisitos de otra manera siempre que sirvan meramente como intermediarias para una subcontrata que esté de acuerdo con la Política de la Ciudad de Méjico, también podrán ser elegidas». Se espera un debate amplio sobre esta controvertida cuestión entre los miembros moderados, liberales y conservadores del Congreso de los Estados Unidos.

Los derechos temporales versus los fundamentales estaban en la mente de todos y todas cuando la IPPF celebró los 50 años de avance en el campo de la salud y los derechos sexuales el pasado noviembre. El futuro nunca había representado tal desafío, y es muy necesario retomar una postura firme y valiente por parte de las organizaciones.

«En Europa occidental las mujeres jóvenes nacieron con los derechos por los que trabajaron sus madres. Pero ahora es necesaria una nueva actitud debido a Bush. Los derechos pueden perderse de nuevo. Bush ha dejado claro que los derechos pueden ser algo temporal», concluye Claeys.

**Nina Pedersen**

[nins@worldonline.dk]

**Periodista independiente y asesora de comunicación.  
Copenhague, Dinamarca.**

# INTEGRACIÓN DE LOS GRUPOS VULNERABLES PERSONAS PORTADORAS DEL VIH COMO MEDIADORAS EN ARGENTINA *Por Peter Weis*

**Un proyecto argentino-alemán de Salud Sexual en Buenos Aires centrado en las personas que conviven con el VIH/SIDA y otros grupos vulnerables: no sólo como población objetivo, sino como asesoras y mediadoras locales y nacionales**

Al igual que en muchos otros países con epidemia de VIH, muchas, sino la mayoría, de las personas portadoras de VIH/SIDA en Argentina, todavía provienen de los llamados grupos vulnerables: hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (MSM), personas que consumen drogas y mujeres que ejercen la prostitución. Un proyecto sanitario argentino-alemán apoyado por la Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ) fomenta desde 1999, en estrecha colaboración con la sociedad civil e instituciones gubernamentales, en la Capital Federal y la Provincia de Buenos Aires, formas alternativas de trabajar con el VIH: todos los proyectos de intervención para promocionar el sexo seguro, desarrollar, implantar y evaluar cuestiones relacionadas con el género y los derechos humanos, son llevados a cabo en parte por personas portadoras de VIH, u otros grupos vulnerables y gente joven. Además, estas personas han asumido la tarea más importante consistente en la educación de calle y la mediación. Especialmente en los periodos de pre- y post-test de la gente joven son otros jóvenes que

asesoran, y en el caso de las mujeres que ejercen prostitución son también sus pares quienes lo hacen. Lo mismo sucede con los hombres que mantienen relaciones homosexuales y las personas portadoras de VIH.

Ayudar a las personas estigmatizadas, de los grupos vulnerables, a empoderarse y visibilizarse casi siempre trae problemas en una sociedad donde las clases medias y altas mantienen una mentalidad conservadora, y donde el machismo está ampliamente aceptado y la perspectiva de género es, todavía hoy, algo excepcional. Es una sociedad donde hablar abiertamente de sexualidad y derechos de las minorías sexuales es tabú: de eso no se habla.

## **Dos ejemplos de colaboración de personas portadoras de VIH:**

Alejandro Freyre, homosexual, ha vivido con el VIH desde 1989. Es uno de los miembros fundadores de la ONG Fundación Buenos Aires Sida, organización dirigida por jóvenes comprometidos/as y que se centra en la promoción del sexo seguro y trabaja por los derechos de las minorías sexuales. Es asesor de la GTZ desde el año 2000.

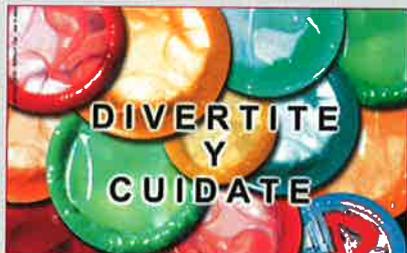
María Eugenia Gilligan tiene SIDA desde 1996. Colabora con ONGs con el fin de crear redes de trabajo, para desarrollar y difundir una respuesta multisectorial a la epidemia, en diferentes comunidades de las afueras de Buenos Aires. Como ex-adicta a la cocaína, conoce por propia experiencia el riesgo al que se exponen los grupos de adolescentes que integran el proyecto en relación al sexo, la violencia y las drogas.

La participación directa de personas portadoras de VIH en la planificación y coordinación de este proyecto, tiene un impacto considerable. Mientras desde el punto de vista clásico de la salud pública y la cooperación técnica, la prevención del VIH es una

prioridad (aunque sólo fuera por la relación coste-beneficio argumentada ante la escasez de recursos), a menudo hay otras cuestiones de mayor importancia para las personas afectadas directamente por el VIH. Entre ellas, la defensa de sus derechos humanos y dignidad, el acceso a las terapias antirretrovirales y la creación de redes de grupos de autoayuda. Con razón, las personas con VIH/SIDA quieren, en primer lugar y sobre todo, mantenerse con vida y vivirla con dignidad. Esta visión ha sido producto de un proceso de aprendizaje a lo largo de todo el proyecto, lo que incluye también a los socios/as del gobierno. Éstos todavía tienen alguna dificultad para comprender a activistas como Alex Freyre, quien es bastante popular en los medios de comunicación o en manifestaciones públicas frente al Ministerio de Sanidad, reivindicando una mejor política sobre tratamientos y una mayor disponibilidad de servicios de laboratorio (como el análisis de la carga viral o el recuento de CD4). El proyecto también se enfrenta en ocasiones con la línea que divide los conflictos de lealtad entre la sociedad civil y los grupos diana del proyecto por un lado, y la cooperación con socios/as gubernamentales en la burocracia ministerial por otro.

## **La colaboración como asesores/as de personas infectadas por el VIH permite desarrollar o profundizar con mayor facilidad en las siguientes líneas de trabajo:**

- Trabajo relacionado con los derechos humanos, como el mantenimiento del secreto profesional, la confidencialidad de los resultados de laboratorio y las relaciones con los medios de comunicación;
- Realización de pruebas de carácter voluntario (VCT) y asesoramiento, por ejemplo, en estrategias de afrontamiento o trata-



El proyecto ofrece asesoramiento individual, sobre sexo seguro y reducción del daño en discotecas de Buenos Aires, realizado por pares sobre todo en los barrios más desfavorecidos. Aquellos que son capaces de responder algunas preguntas simples sobre el uso del condón al final del asesoramiento, se les regala una cámara Polaroid y un Diploma en Sexo Seguro: «esta persona sabe cómo utilizar correctamente un condón»



El sexo seguro, la sensibilidad y las diferencias de género en distintos entornos socio-económicos y culturales son temas complejos. Pero el acceso de los y las jóvenes a condones de calidad es de gran importancia para todos los proyectos de salud sexual, si se quiere que funcione la prevención del VIH y de los embarazos no deseados en adolescentes: los condones no sólo deben ser baratos y de buena calidad, sino que deben formar parte de la cultura joven.



Muchos, sino la mayoría, de los hombres de Argentina conocen a Bárbara. Ella era presentadora en el canal de pago erótico de televisión «Venus». Bárbara trabaja de cerca de forma voluntaria con el proyecto. Su mensaje central: las mujeres atractivas no lo hacen sin condón.

mientos antirretrovirales, riesgos individuales y reducción del daño (incluyendo prácticas sexuales, uso de condones e intercambio de jeringuillas) a personas de grupos vulnerables por parte de sus pares;

- Expansión de la respuesta multisectorial ante el SIDA y reducción de la medicalización de los programas de VIH;
- Educación de calle con la gente joven (por ejemplo, en actividades al aire libre, en discotecas, clubes deportivos o actividades de ocio);
- Educación sexual en las escuelas, utilizando un enfoque de mediación y abordando el tema del VIH conjuntamente con la prevención de embarazos en adolescentes;
- Modelos participativos de cooperación entre el gobierno y la sociedad civil y capacidad de actuar dentro de la sociedad civil;
- Acceso a grupos vulnerables en escenarios de subculturas diversas (gays, travestís, hombres y mujeres que ejercen prostitución, entre otros).

El equipo de trabajo de personas infectadas por VIH, condujo a nuevos desafíos: las personas jóvenes portadoras tienen una actitud diferente a la de las adultas con respecto a su vida y su trabajo. Esto debe tolerarse y aceptarse. A pesar del avance de las terapias para el VIH (en Argentina, todas las personas usuarias tienen acceso gratuito a tratamiento, según la ley) la enfermedad continúa avanzando. Aunque el miedo a una muerte cercana no es omnipresente, no siempre puede ser reprimido. El trabajo cotidiano del proyecto también permite abordar este tema. La muerte de personas enfermas, las estancias en hospitales y la muerte de amigas y amigos, son parte inseparable de las experiencias del proyecto, y que necesitan tiempo, comprensión y compasión en el trabajo diario.

Durante los dos últimos años, Alex, nuestro colega de 33 años, fue hospitalizado en

dos ocasiones con problemas de inmunodeficiencia, las dos veces en una situación crítica. Trabajar diariamente con personas portadoras de VIH, en primer lugar, intensifica una visión realista de la epidemia. Le da al SIDA una dimensión humana significativa, además de la epidemiológica y la proporcionada por las ciencias sociales. Sólo por esto, la experiencia ya ha sido importante para nosotros/as. Enriquece no sólo el trabajo del proyecto, sino también nuestras vidas profesionales y personales.

**Dr. Peter Weis, MD MSc**  
[saludgtz@datamarkets.com.ar]  
**Asesor Principal de Salud Pública**  
**Agencia Alemana para la Cooperación Técnica (GTZ)**  
**Ministerio de Sanidad**  
**Oficina GTZ, piso 12**  
**Avda. 9 de Julio 1925**  
**1332 Buenos Aires, Argentina.**

### Los asesores y asesoras del proyecto se eligen entre la población objetivo

#### Alejandro Freyre\*

Edad, 33 años. Supo por casualidad en 1989 que padecía VIH. Desde entonces ha trabajado en grupos de autoayuda y poco a poco, ha desarrollado el trabajo de mediación. Desde 1994, también ha participado activamente en medios de comunicación, especialmente en televisión y prensa escrita. Conoció activista homosexual. Fundó en 1996 la ONG Fundación Buenos Aires Sida. Su trabajo se centra en: creación y refuerzo de redes de grupos vulnerables, trabajo con jóvenes y sexo seguro. Ha trabajado como asesor de GTZ desde 2000 como responsable del apoyo y seguimiento de la implantación del proyecto de la ONG en la Capital Federal de Buenos Aires. Creencia personal: no trabajar para la gente joven, sino con la gente joven.

\* Ambos pidieron que se mantuvieran sus nombres reales.

#### María Eugenia Gilligan\*

Edad, 40 años. Dio a luz a su única hija a los 19. Aumentó el consumo de alcohol desde los 22 años, para afrontar su timidez en las discotecas. Tres años más tarde se enganchó a la cocaína y perdió el contacto con la mayor parte de su red social. Dejó los estudios y, sin trabajo, rompió con su familia, sufriendo cada vez mayor soledad emocional. En 1996 se le diagnosticó VIH y poco tiempo de vida. Tras superar su crisis existencial, se reconcilió con su familia y desde entonces ha trabajado en varios grupos de autoayuda, incluyendo Alcohólicos Anónimos, y en atención social para consumidores de drogas. Es miembro de la Red Argentina de Mujeres Viviendo con VIH, y colabora con el proyecto argentino-alemán en diferentes comunidades a las afueras de Buenos Aires, principalmente en reducción del daño, sexo seguro y actividades de VCT.



Gaston Pauls, es una de las estrellas del cine y de los programas televisivos en Argentina y promueve el uso del condón en colaboración con la conocida ONG Fundación Buenos Aires Sida.



Información, educación y materiales de comunicación se desarrollan y revisan periódicamente por grupos de mediadores y mediadoras. Es el prerequisite para que el mensaje correcto llegue a la población que se quiere: un fin de semana de trabajo en Buenos Aires.



La estrecha colaboración con organizaciones de la sociedad civil como la Fundación Buenos Aires Sida, mejoran la educación de calle con diferentes grupos vulnerables: adolescentes pobres, niñas y niños de la calle, consumidores de drogas y jóvenes que ejercen la prostitución.

# MUJERES ROMANÍS Y ATENCIÓN SANITARIA PÚBLICA

Por Corinne Packer

Las comunidades romanís y todas aquellas personas que trabajan con ellas, conocen bien los dos problemas de salud más acuciantes de la población romaní. El primero es un deficiente estado de salud general en toda la región europea. Inevitablemente unido a esto, se encuentra el acceso insuficiente a la atención sanitaria (1). Estas cuestiones son especialmente importantes en las sociedades post-comunistas que han realizado un cambio hacia la privatización de los servicios públicos y la promoción de una economía de mercado libre. Pomykala y Holt afirman que «varias comunidades están en proceso de reforma de sus sistemas de atención sanitaria. En este contexto, es necesario una atención que asegure que las personas más desfavorecidas y vulnerables tengan las mismas oportunidades que otros miembros de la sociedad» (2). Añaden además, que la comunidad romaní en Europa occidental encuentra las mismas dificultades en el acceso a una atención sanitaria adecuada.

## ¿Quiénes son los romanís?

Romaní es el nombre común dado a aquellas personas que en realidad representan una variedad de grupos étnicos localizados principalmente en Europa central y del este, y que se identifican así mismos/as como romanís. También se encuentran, aunque en menor número, en Europa occidental, donde se les conoce con diferentes nombres además de romanís (sintis, gitanas, nómadas...). Comparten unos aspectos culturales y una historia parecidas.

También tienen experiencias similares de prejuicios sistemáticos, discriminación, y exclusión social y económica.

## Situación general de la salud de la población romaní

Aunque existe relativamente poca información sobre la situación específica de la salud de la población romaní, existen estudios sobre esta comunidad en el este y el oeste de Europa que muestran unas tasas más elevadas de enfermedades, una esperanza más baja de vida (3), y una tasa de mortalidad infantil más alta (4) que en la población general. Son evidentes las bajas tasas de vacunación de las y los romanís en Europa. Aumenta el riesgo de contagio de la tuberculosis en casas donde las personas viven haci-

nadas y sin calefacción en invierno (5) y las y los niños romanís se ven desproporcionadamente afectados por la polio, la difteria y la meningitis (6). Para estas personas, que no tienen un acceso fácil a la atención sanitaria, las tasas elevadas de hábito tabáquico en adolescentes y personas adultas, el estrés y otras enfermedades mentales, y las enfermedades crónicas como el asma, son problemas comunes. En general, se desconoce cómo seguir una alimentación adecuada y hay una gran falta de medios para asegurarla. Muchas mujeres romanís no son conscientes de la necesidad de modificar su estilo de vida y su dieta durante el embarazo: carne, leche, fruta y verdura se consumen de forma insuficiente. Las niñas y niños romanís tienen deficiencias de vitaminas, malnutrición y anemia en mayor grado que los no romanís.

## Cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva

Las mujeres romanís en general tienen unas altas tasas de natalidad y comienzan a tener hijos/as a una edad temprana. En consonancia con su situación general, los estudios muestran que las mujeres romanís acceden en menor medida a la información sobre prevención y a la atención a la salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, estudios sobre comunidades rurales romanís en Rumania, revelan que muchas mujeres romanís no han podido acceder a la atención ginecológica y a la planificación familiar debido a la falta de personal médico y de enfermería: las mujeres en general no pueden pagarse el transporte para llegar a estos servicios incluso aunque estén cerca de la ciudad (8). Otro estudio llevado a cabo por Médicos del Mundo halló que el 65% de las inmigrantes romanís que viven en circunstancias irregulares, nunca habían recurrido a la anticoncepción (9).

Las altas tasas de mortalidad infantil, nacimientos y abortos entre las mujeres romanís se han atribuido, en gran parte, a la falta de acceso a la planificación familiar y atención pediátrica. De acuerdo con un estudio, de 272 mujeres entre 16 y 50 años asentadas en Belgrado, cerca del 28% tenían de 6 a 10 hijos y el 6,7% tenían más de 10; casi la mitad de ellas habían abortado, y de éstas, el 83,5% habían tenido más de 5 abortos y el 9% de 6 a 10 abortos (10).

Estos problemas existen también en Europa occidental. Por ejemplo, las mujeres romanís emigrantes en algunas partes de Inglaterra tienen un mayor número de embarazos que la población general, una media de 6,5 por mujer (11).

Existen pocos estudios en relación a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA. Los hallazgos de un estudio de



una comunidad romaní asentada en Rumania, muestran que cerca de una de cada tres personas romanís es seropositiva, y sugieren, cuando menos, la necesidad de una mayor investigación y acción al respecto.

#### Problemas específicamente relacionados con la salud sexual y reproductiva

Existen actitudes y prácticas entre los y las romanís que deterioran especialmente la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Lo primero es su aparentemente escasa comprensión del valor de las pruebas de screening para adoptar medidas de prevención o de aquello que constituye un riesgo serio o un problema para la salud. Las mujeres también tienden a priorizar el cuidado a sus familias y casas en detrimento de su propio bienestar. Así, puesto que son quienes en mayor medida asumen la responsabilidad de la planificación familiar, significa que la obtención de métodos de planificación para ellas mismas está en los últimos puestos de sus prioridades sanitarias. Esto, añadido además a un posible sentimiento de vergüenza ante la búsqueda de esta atención (especialmente si esto supone la ruptura de los mandatos sociales de modestia), puede persuadir a las mujeres de hacerlo. Otras costumbres pueden estar determinando que las mujeres no hagan preguntas sobre su salud reproductiva y no busquen atención sanitaria durante y después del embarazo. Las desigualdades de género en las relaciones también impiden el acceso de las mujeres a la atención de su salud sexual y reproductiva. Los roles de género están definidos de forma rígida e incluyen la subordinación de las mujeres ante los hombres en muchos aspectos de la vida diaria, y son característicos en muchas comunidades romanís. En este contexto, las mujeres romanís se sienten con poco poder para elegir cuando, con quién, y con qué forma de protección, si es posible, tener relaciones sexuales. El hecho de sugerir a la pareja el uso del condón supone el riesgo de ser mal entendida como de estar ocultando una infidelidad. Algunas no buscan atención porque tienen miedo de la violencia, el abandono y el ostracismo por parte de su pareja, su familia y su comunidad.

Por otro lado, algunas mujeres romanís denuncian que algunos profesionales de la medicina no les proporcionan esta información, sugiriendo así una discriminación de género (y/o étnica). La visión estereotipada de la mujer romaní como alguien que no piensa en el futuro, puede causar que las y los profesionales de la salud no ofrezcan información y servicios de planificación familiar. Algunos pueden proporcionar información sólo sobre ciertos tipos de anticoncepción



dentro de la asunción estereotípica de que las mujeres romanís no son capaces de seguir instrucciones o que necesitan anticoncepción como una especie de moda clandestina pasajera. Así, los y las profesionales de la salud no hacen sino reforzar los estereotipos étnicos y las desigualdades de género (13). Otra dificultad surge en el contexto del miedo a la esterilización, una cuestión delicada con una historia documentada en diferentes países y de la que aún se informa actualmente en Eslovaquia.

Las chicas romanís, tanto en entornos rurales como urbanos, tradicionalmente se casan pronto, entre los 14 y los 16 años. Estos matrimonios tempranos, suelen acompañarse seguidamente de embarazos. La edad de casamiento y embarazo está aumentando en algunas comunidades, pero queda mucho

por hacer para asentar un cambio extenso y sistemático. Las creencias y prácticas tradicionales, unidas al aislamiento existente de estas comunidades, refuerzan aún más la falta de información sobre reproducción y planificación familiar.

#### Discriminación en el acceso a la atención sanitaria

La población romaní en Europa tiene, en líneas generales, un menor acceso a la atención sanitaria que la población general (14). Las barreras físicas, económicas e informativas en relación a la atención sanitaria que afrontan muchos romanís, resultan de un efecto complejo e interrelacionado de la pobreza, la discriminación y la falta de familiaridad con las instituciones gubernamentales en general, y con los servicios de atención sanitaria en particular. Experimentan discriminación en el acceso a la atención sanitaria de diferentes maneras dependiendo de una amplia variedad de factores, incluyendo el hecho de que una comunidad sea urbana o aislada geográficamente, o de que la población romaní sea nómada o sedentaria (15). Pueden experimentar una discriminación directa, por ejemplo, en el rechazo de los y las médicas o de las instituciones de atención sanitaria a atenderles. En un encuentro reciente de organizaciones no gubernamentales sobre mujeres romanís y acceso a la atención sanitaria, las

mujeres dieron su testimonio de casos en los que les habían sido negados los servicios sanitarios básicos basándose en su etnia (16). Por ejemplo, las autoridades fueron acusadas de haber denegado enviar ambulancias a personas que lo solicitaron con nombre romaní o que facilitaban la dirección de un asentamiento romaní. La comunidad romaní, según se dice, a menudo es la última de la lista en recibir atención médica y recursos, incluso cuando se trata de discapacitados/os. También se informó de casos de mujeres romanís que habían sufrido abusos por parte de las autoridades locales y que no habían recibido ayuda o algún tipo de compensación. Por ejemplo, las mujeres que sufrieron abusos físicos o sexuales por parte de la policía, les fue denegada la realización de certificados médicos de lesiones.

### Vivir en condiciones que contribuyen a tener un deficiente estado de salud

En diferentes grados, la comunidad romaní en Europa está entre las más pobres y marginadas de todas las poblaciones. Las condiciones de vivienda y la forma de vivir en los asentamientos romanis tienen muchas deficiencias. Problemas prácticos, como la carencia de infraestructuras dentro de sus asentamientos, dificultan el acceso tanto a la atención sanitaria como a la educación para la salud y contribuyen a su débil estado de salud. Muchos poblados carecen de condiciones sanitarias apropiadas, recogida de basuras, agua potable y electricidad. Esto no se limita a Europa del este. Un estudio sobre nómadas que viven en asentamientos en las afueras de los municipios en el área de Bristol, en Inglaterra, halló que el 39% no tenía acceso a agua corriente en su asentamiento; el 41,5% no tenía acceso a servicios higiénicos, y el 43,9% carecía de recogida de basuras (17). Los nómadas en campos autorizados en Italia presentan unas características similares. Todos estos factores alientan la reproducción de bacterias e infecciones mientras se reducen las oportunidades de acceder y mantener una higiene adecuada y unas condiciones saludables. No es sorprendente que también existan unas tasas más altas de enfermedades contagiosas como la hepatitis, sarna, pediculosis y otros problemas dermatológicos en las comunidades romanis.

### Iniciativas para incluir a las mujeres en la planificación sanitaria a nivel familiar y comunitario

Los efectos de un acceso inadecuado y discriminatorio a la atención sanitaria se dejan ver de una forma más acentuada sobre las mujeres. Las mujeres son las principales responsables del cuidado de la salud de la familia y, por tanto, son el contacto entre la comunidad romaní y los servicios de salud pública. Aún así, es precisamente a ellas a quienes se pasa por alto en las políticas creadas a favor de la comunidad romaní (19).

Con el fin de obtener una mejora sustancial y profunda en su situación, es importante que los Estados con población romaní involucren a las mujeres en el desarrollo de políticas y programas específicos para ellas. Con esta idea, ha tenido lugar recientemente una iniciativa inter-gubernamental para fomentar la formación y el funcionamiento de una red de mujeres romanis con el objeto de trabajar sobre la reforma de la atención sanitaria. Esto es parte de un proyecto tripartito llevado a cabo por la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa

(OSCE), el Centro Europeo de Seguimiento del Racismo y la Xenofobia, y el Consejo de Europa (20). Los dos años de proyecto terminarán en una conferencia inter-gubernamental en la que se debatirá una cantidad importante de información. Se espera que la presentación de buenas prácticas proporcionará una base tanto para los gobiernos como para la sociedad civil para crear un mejor acceso a la red sanitaria para las mujeres romanis y sus comunidades basándose en los principios de igualdad, no discriminación y participación. Se pretende incluir estrategias para la elaboración de campañas de concienciación pública; la coordinación y supervisión de medidas que aseguren la consideración de un amplio rango de cuestiones relacionadas con la salud de la comunidad romaní, incluyendo la salud sexual y reproductiva; leyes anti-discriminación apoyadas por cuerpos especializados y las medidas necesarias para mejorar el acceso de la comunidad romaní a los servicios y la información sanitaria. Los valores subyacentes y de interés público, como la inclusión social y la responsabilidad que forman parte de los pasos concretos que deberían darse para mejorar la salud de las mujeres romanis y sus familias, incluyen también su salud sexual y reproductiva. Cualquier acción en esta dirección será bienvenida.

**Dra. Corinne Packer, Ph. D.**  
**[corinne\_packer@yahoo.com]**  
**Proyecto de Apoyo**

### Notas

1. Ver Alto Comisionado sobre Minorías Nacionales de la OSCE, La Situación de romanis y Sintis en la Región OSCE, La Haya, abril 2000.
2. Anna Pomykala y Sally Holt, «Mujeres romanis – una prioridad para la política de salud pública europea» Derechos Humanos en Europa, 30 de septiembre 2002. En <http://www.eumap.org/articles/content/90/903/index.html>.
3. En Eslovaquia, por ejemplo, la esperanza de vida para las mujeres romanis es de 17 años, menor que para la mayoría de la población. Para los hombres es de 13 años. Ver Protección de Minorías de la UE. Proceso de Acceso, Instituto de Sociedad Abierta, 2001, pp 448. La esperanza de vida para los nómadas en Irlanda es de 10 ó 12 años menos que la población asentada. Ver Rachel Morris, «La Invisibilidad de los romanis y otros Nómadas» Unidad de Investigación Legal sobre Nómadas, Facultad de Derecho de Cardiff, p 2.
4. La mortalidad infantil para la comunidad romaní en Bulgaria es 6 veces mayor y en Italia 3 veces mayor que para el resto de la población. En Irlanda y Hungría es el doble de la media nacional. Ver Protección de Minorías, id, pg 42 y «Discapacidad, Atención Social, Salud y Nómadas» Unidad de Investigación Legal sobre Nómadas, Facultad de Derecho de Cardiff, pg. 59.
5. Zoon I., «En el filo: población romaní y servicios públicos en Eslovaquia». Instituto Sociedad Abierta, Nueva York, 2001. pp 78-79.
6. Ver Protección de Minorías, supra (nota 3) pp 91 y 450.
7. Idem. 398
8. «Mejora de la Atención Primaria: Salud Pública e Investigación Cultural con Comunidades romanis en Rumania» Centro Gitano para los Estudios e Intervención Social (Rumania, CRISS) y UNICEF Rumanía, abril-mayo 1999, sección 5.
9. Ver en informe final del proyecto ROMEUROPE, 1999-2000, Médicos del Mundo, Paris, Francia, marzo 2001, pp 45.
10. «Informe sobre temas médicos» Centro de Mujeres Autónomas, Belgrado, Serbia, 1999.
11. Resultados del cuestionario «Informe sobre la salud de las mujeres» Proyecto sobre la salud de los nómadas y Atención Sanitaria en Bristol (NHS Trust)
12. Ver Protección de las Minorías, supra (nota 3) pp. 398.
13. Estos son algunos de los hallazgos de un próximo informe sobre las Mujeres romanis y el Acceso a la Atención Sanitaria Pública preparado conjuntamente por OSCE/EUMC/Proyecto CoE (ver abajo).
14. Ver Protección de las Minorías, supra (nota 3), pp 37.
15. Pomykala y Holt (nota 2).
16. Informes realizados en la ONG Encuentro de Mujeres Romanis y Acceso a la Atención Sanitaria. Ver Informe del Acuerdo General. EUMC, MG-S-ROM (2002) 21.
17. Resultados del cuestionario en el «Informe sobre la Salud de las Mujeres», (nota 11).
18. Comisión Europea contra el Racismo y la Intolerancia: segundo informe sobre Italia, ECRI (2002) 4, realizado el 22 de junio de 2001, para. 61.
19. Pomykala y Holt (nota 2)
20. Para más información sobre este proyecto, contacte con la División de Migración de Gitanos/ romanis del Consejo Europeo (DG-III), Estrasburgo.

La Universidad de Lund, Suecia, en colaboración con el Instituto Blekinge de Tecnología, ofrece una selección de cursos de Salud Pública.

Los cursos, que se imparten en inglés, pueden hacerse por módulos o de forma completa para alcanzar el título de Máster en Salud Pública. El programa ofrece una visión global y parcialmente documentada en la red. También puede servir como base a una futura formación en investigación en salud pública. La mitad del estudiantado admitido será extranjero. El programa puede seguirse a tiempo parcial o completo. Los cursos consisten en seminarios y clases (2-3 semanas), encuentros virtuales y debates online en la página web.

#### Para más información

Universidad de Lund  
Departamento de Medicina Comunitaria  
División de Medicina Social  
Hospital Universitario de Malmö  
SE-205 02 Malmö, Suecia  
Tel (+46) 40 337713  
[www.smi.mas.lu.se/socmed/ih/](http://www.smi.mas.lu.se/socmed/ih/)

#### Segunda Sesión Formativa Europea sobre Medicina y Salud en Adolescentes

7-11 de julio, en la Universidad de Laussane, Suiza.

El curso capacitará a las y los participantes para mejorar la calidad de la atención sanitaria y de los servicios de prevención que se prestan a las y los adolescentes, basándose en la evidencia disponible sobre el tema así como en modernos métodos interactivos. Está dirigido a médicas y médicos que trabajan con adolescentes así como a personal médico de atención primaria y de colegios.

#### Para más información contactar con:

Profesor P.A. Michaud  
Unidad Multidisciplinar para Medicina Adolescente/UMSA  
CHUV, 1991 Lausanne, Suiza  
Fax: (+41) 21 314 37 69  
Correo electrónico: [UMSA@chuv.hospvd.ch](mailto:UMSA@chuv.hospvd.ch)

#### Formación sobre salud sexual y reproductiva en Europa

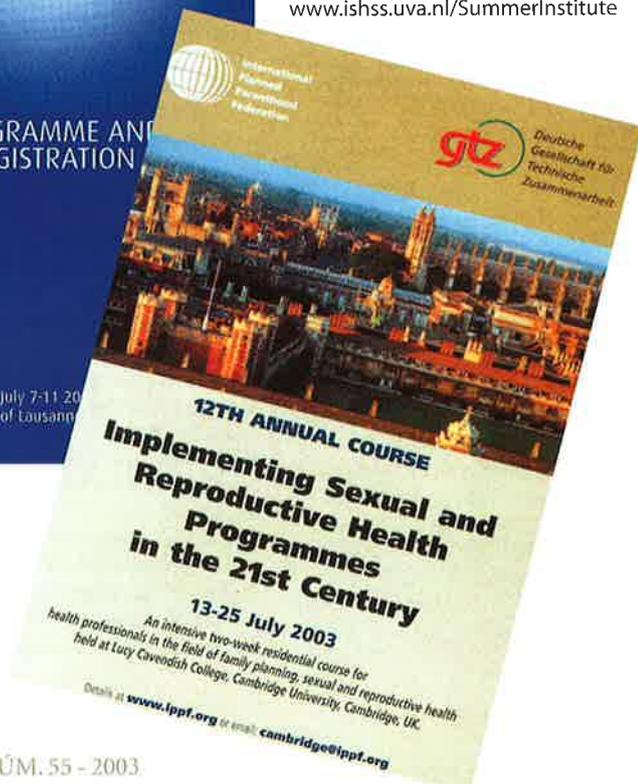
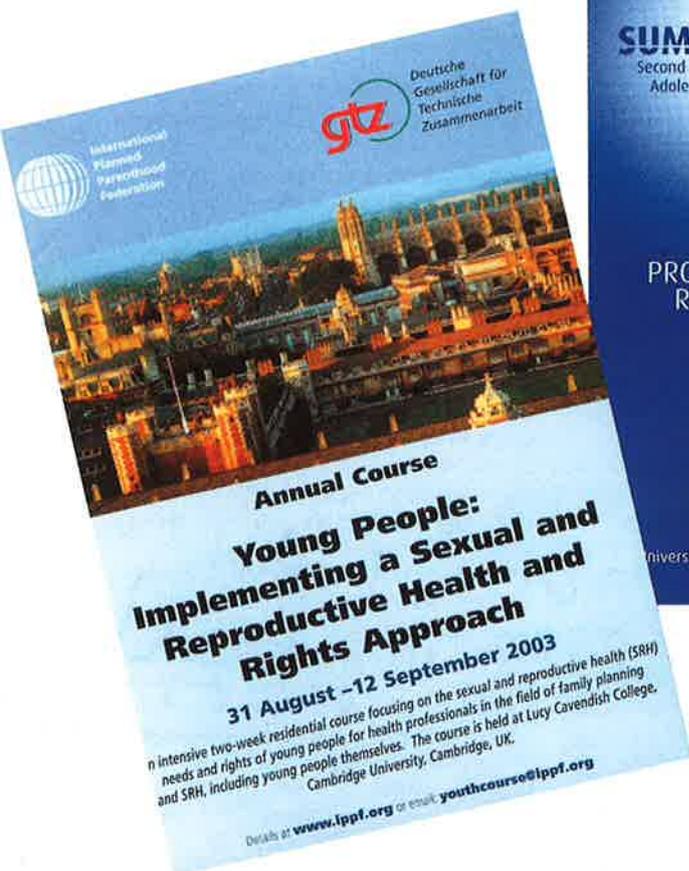
El Séptimo Instituto de Verano de Sexualidad, Cultura y Sociedad  
29 junio-24 julio, 2003.

Las y los directores científicos son: Carole Vance y Han ten Brummelhuis. El profesorado los componen: Mike Tan, Stefan Dudink, Saskia Wieringa, Radica Chandiramani, Oliver Phillips, Geetanjali Misra, Theo van der Meer y Mirjam Schievelde.

El Instituto de Verano es un programa intensivo de cuatro semanas que se centra en el estudio de la sexualidad transcultural. Este programa está altamente especializado y está dirigido principalmente a estudiantes de doctorado y de master en ciencias socioculturales así como a profesionales que trabajen en ONGs. Las clases del Instituto son intensivas, en seminarios de grupos reducidos, grupos de discusión, clases y lecciones impartidas por especialistas de cada campo. Para inscribirse y solicitar más información, visite la página web en la dirección que se da abajo:

#### Instituto de Verano sobre Sexualidad, Cultura y Sociedad

Escuela Internacional de Humanidades y Ciencias Sociales  
Universidad de Ámsterdam  
Oude Turfmark 129  
1012 GC Ámsterdam, Países Bajos  
Tel: (+31) 20 525 3776  
Fax: (+31) 20 525 3778  
Correo electrónico: [summerinstitute@ishss.uva.nl](mailto:summerinstitute@ishss.uva.nl)  
[www.ishss.uva.nl/SummerInstitute](http://www.ishss.uva.nl/SummerInstitute)





### Pautas para el manejo de las ITSs en mujeres que ejercen prostitución

Estas pautas, dirigidas a especialistas en salud pública y profesionales sanitarios versan sobre como desarrollar y mejorar los servicios de atención en las ITSs (infecciones de transmisión sexual) en mujeres que ejercen la prostitución. Uno de los objetivos es apoyar la difusión al 100% de la estrategia de los programas de uso del condón (PUC), puesto que ha mostrado contribuir a la reducción de la transmisión de ITSs. Se incluyen directrices sobre atención clínica, asesoramiento en VIH y pruebas clínicas, educación para el cambio de conductas y promoción del uso de condones y de los servicios sociales.

### Oficina Regional de la OMS en el Pacífico Occidental

2002, ix+90 páginas  
ISBN 92 906 10123

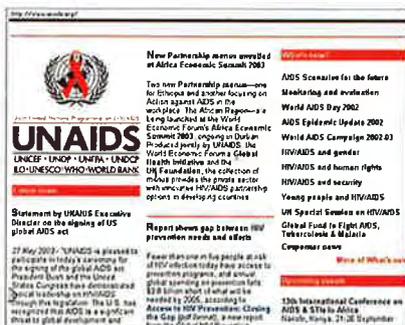
Franco suizos: 10/Dólares americanos: 9

En países en vías de desarrollo: 7 franco suizos

Orden n° 1520021

Correo electrónico:  
bookorders@who.int

### El Informe ONUSIDA 2003



Este informe describe la estructura, el papel y el alcance del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), como principal defensor de la acción global en el contexto del VIH/SIDA. Con el apoyo de ocho entidades colaboradoras (UNICEF, UNDF, FNUAP, UNDCP, ILO, UNESCO, OMS y el Banco Mundial), el ONUSIDA conduce, refuerza y apoya una respuesta

integral dirigida a la prevención del VIH/SIDA, al suministro de atención y apoyo, a la reducción de la vulnerabilidad a nivel individual y comunitario ante el VIH/SIDA, y a la reducción del impacto de la epidemia.

Mayo, 2003

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA

2003, c. 200 páginas [E, F, S, R]

ISBN 92 9173258 3

Franco suizos: 25/Dólares americanos: 22.50

En países en vías de desarrollo: 12.50 franco suizos

Orden n° 1880005

Correo electrónico:  
bookorders@who.int

### Manual sobre VIH/SIDA para trabajadoras y trabajadores: guía para la acción

Inevitablemente el VIH/SIDA ya ha afectado al personal laboral, a los sistemas de producción, a los mercados y a las comunidades locales. Como resultado, las compañías de todo tipo se enfrentan a unos costes elevados en términos de formación, seguros, absentismo y enfermedad.

Basándose en la información procedente de miembros de la Organización Internacional de Trabajadores (OIT), y a través de sus redes, este manual documenta diversas iniciativas llevadas a cabo en el lugar de trabajo y diseñadas para minimizar el impacto del VIH/SIDA y maximizar los esfuerzos preventivos.

Éstos incluyen la formación del personal en VIH/SIDA, la promoción de cambios de actitud y comportamiento ante el sexo y, en algunos casos, el establecimiento de programas de atención e intervención con las y los trabajadores y sus familias. El manual también proporciona detalles de los resultados obtenidos y las conclusiones extraídas de las y los trabajadores a nivel mundial.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA

2002, 39 páginas [E, F, S]

ISBN 92 9173 173 0

Franco suizos: 15/Dólares americanos: 13.50

En países en vías de desarrollo: 7.50 franco suizos

Orden n° 1880012

Correo electrónico:  
bookorders@who.int

### Manual sobre acceso al tratamiento relacionado con el VIH/SIDA: recogida de información, herramientas y recursos para ONGs, OBCs y grupos PLHA.

Este manual pretende asesorar a las organizaciones no gubernamentales, organizaciones de base comunitaria y personas que viven con el VIH/SIDA en las diferentes maneras de comprender, planificar y llevar a cabo el trabajo relacionado con el VIH/SIDA. Se basa en el manejo de herramientas prácticas durante la realización de actividades participativas y experiencias compartidas. Proporciona una fuente de información para los programas de apoyo de las ONGs, organizaciones dedicadas a la formación y también a nivel individual. Por último, facilita un aprendizaje continuo sobre el tratamiento que se está llevando a cabo por los diferentes grupos involucrados.

Es útil para cualquier nivel de formación y experiencias y ofrece la flexibilidad necesaria para las y los profesionales que quieran dirigir su trabajo hacia poblaciones o situaciones específicas.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA

2003 [E]

ISBN 92 9173 1617

Franco suizos: 15/Dólares americanos: 13.50

En países en vías de desarrollo: 7.50 franco suizos

Orden n° 1880013

Correo electrónico:  
bookorders@who.int

### Selección de recomendaciones prácticas para el uso de anticonceptivos

Estas recomendaciones prácticas para el uso de anticonceptivos, se centran en cómo utilizar de forma segura y eficaz estos métodos una vez aconsejados médicamente. También están dirigidas a políticas y políticos, directoras y directores de programas, y a científicas y científicos. Este libro responde a 23 preguntas específicas sobre el uso de anticonceptivos – por ejemplo: ¿qué sucede si una mujer olvida una toma de la píldora anticonceptiva?, ¿cuándo puede una mujer comenzar a usar un implante?, ¿cuándo puede colocarse un



DIU? Las respuestas a estas preguntas se dan de forma detallada y se presentan de forma sencilla y basándose en la evidencia disponible. El objetivo general es el de mejorar la calidad de la atención en planificación familiar.

**Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA 2002, 112 páginas [E] ISBN 92 4 154566 6**  
**Franco suizos: 20/Dólares americanos: 18.00**  
**En países en vías de desarrollo: 14 francos suizos**  
**Orden n° 1930200**  
**Correo electrónico: bookorders@who.int**

### **Resumen de medidas de salud publica: conceptos, ética, indicadores y aplicaciones.**

Este libro abarca un amplio rango de cuestiones importantes relativas a la forma de valorar la salud en la población utilizando índices que combinan información sobre mortalidad y salud-enfermedad. Se describen los usos de tal resumen de indicadores de la salud en la población y se debate sobre el contexto adecuado de valoración, y la elección de valores éticos y sociales. Las contribuciones provienen de personas expertas en métodos epidemiológicos, ética, economía de la salud, valoración de la situación sanitaria y evaluación de la salud.

Estos indicadores de la salud en la población son utilizadas por la OMS para informar sobre los niveles de salud y las desigualdades existentes en salud en los Estados Miembros; para informar sobre las causas, los daños y los riesgos que inciden negativamente en la salud; para asesorar sobre las ganancias potenciales en salud a través del análisis coste-beneficio, y para el análisis de la eficiencia de los sistemas sanitarios en el mundo.

La valoración de la salud en la población tiende a convertirse, poco a poco, en un tema de interés y de debate mientras la comunidad internacional invierte grandes cantidades de dinero en atajar problemas como el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y la pobreza. ¿Cuál es el efecto de estos esfuerzos? ¿Cuál es el sistema apropiado para cuantificar los niveles de salud en la población, o para identificar aquellas enfermedades, daños o riesgos que inciden más negativamente en la salud? Este volumen será una referencia fundamental para la construcción y el uso de indicadores de

salud en la población para especialistas en todas las disciplinas de la salud pública.

**Publicado por Christopher J.L. Murria, Joshua A. Salomón, Colin D. Mathers y Alan D. López**  
**Organización Mundial de la Salud 2002, ISBN 9-24-154551-8**  
**Disponible online en: [www.who.int/pub/smph/en/index.html](http://www.who.int/pub/smph/en/index.html)**

### **Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre Directrices en la Construcción de Indicadores Básicos de VIH/SIDA. Ginebra: ONUSIDA.**

[http://www.onusida.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic\\_en.pdf](http://www.onusida.org/UNGASS/docs/JC718-CoreIndic_en.pdf)

El propósito de estas directrices es el de proporcionar a los países una orientación técnica sobre detalles específicos de los indicadores básicos, así como sobre la información y las bases necesarias para su creación e interpretación. Estas pautas pretenden maximizar la validez, la consistencia interna y la uniformidad de los indicadores obtenidos en los diferentes países y a lo largo del tiempo. Se pretende también asegurar la consistencia de los diversos tipos de datos y métodos empleados en el cálculo de los indicadores. Estas directrices, por último, también proporcionan detalles concretos y la información necesaria para medir e interpretar los indicadores.

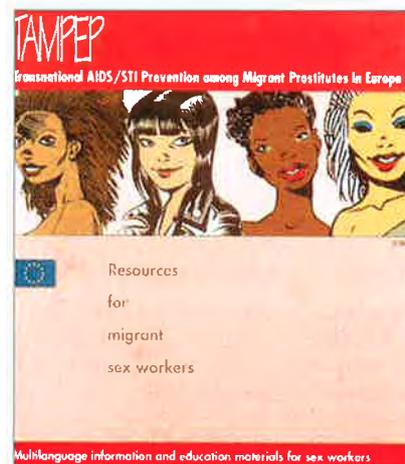
### **Cambiando la tendencia: CEDAW y las dimensiones de género de la pandemia de VIH/SIDA**

<http://www.unifem.org/resources/turningtide>

«Cambiando la tendencia: CEDAW y las dimensiones de género de la pandemia de VIH/SIDA» ayuda a comprender como el proyecto más importante del mundo para las mujeres puede funcionar también a la hora de tratar el tema de la epidemia de VIH/SIDA desde una perspectiva de género. Esta publicación, discute diferentes aspectos de la pandemia para los que la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) tiene una especial sensibilidad, como son la violencia de género y la explotación sexual, el acceso a los servicios sanitarios, las desigualdades de género y el sexo seguro, así como otros temas relacionados con la atención y los cuidados. El libro también contiene algunas respuestas

gubernamentales a preguntas planteadas por la CEDAW, artículos de referencia de la Convención y declaraciones del Comité de la CEDAW relacionadas con el VIH/SIDA.

### **Prevención transnacional del VIH/SIDA/ITS entre mujeres emigrantes que ejercen la prostitución en Europa**



Proyecto (TAMPEP)

Desde 1993, TAMPEP ha trabajado en el desarrollo e implantación de programas efectivos contra el VIH y las ITSs entre mujeres que ejercen la prostitución mediante:

- Educación de calle con las mujeres emigrantes que ejercen la prostitución
- La inclusión de mediadores culturales y juveniles en los servicios de atención para las mujeres emigrantes
- Desarrollo de información y material educativo para las trabajadoras del sexo en diferentes idiomas.

TAMPEP ha creado un CD donde se incluyen pautas, folletos de información general, documentación al respecto, manuales de formación e informes para ayudar a promocionar intervenciones efectivas con mujeres emigrantes que ejercen prostitución.

# RECURSOS DISPONIBLES EN INTERNET

Páginas web relacionadas con aspectos religiosos y culturales de la salud reproductiva en Europa del este.

Preparado por Josh Gross y Jeffrey V. Lazarus

## La más baja del mundo: evidencias e interpretación del rápido descenso de la natalidad en Europa central y del este.



[www.frw.rug.nl/prc/research/Publications/download/presentations\\_sobotka/P2.ppt](http://www.frw.rug.nl/prc/research/Publications/download/presentations_sobotka/P2.ppt)  
Por Tomá Sobotka, Centro para la Investigación de la Población, Universidad de Groningen, 19 de diciembre de 2001.

Un enlace directo con abundante y bien presentada información que examina el descenso de la natalidad en el este de Europa. Al hacer clic en la ventana URL de abajo, se abre la presentación en Powerpoint.

## Crisis demográfica en los estados postcomunistas: el próximo obstáculo



[www.worldmarketsanalysis.com/InFocus2002/articles/health\\_Balkans.html](http://www.worldmarketsanalysis.com/InFocus2002/articles/health_Balkans.html)  
Fuente: Centro para la Investigación de Mercados Mundiales: [www.wmrc.com](http://www.wmrc.com)

Mientras los países de Europa central y del este alcanzan economías estables, aparece un nuevo problema: la población se reduce. Con 1,3 hijos por cada mujer, los estados postcomunistas tienen las tasas más bajas de natalidad del mundo, incluso más bajas que los países de Europa del este (1,6). La investigación de Naciones Unidas predice que la población en la región disminuirá al ritmo de un tercio durante la primera mitad de este siglo como consecuencia de una mezcla de dificultades económicas, pobreza y migración.

## Internet y salud reproductiva en Europa del este

<http://www.ippf.org/regions/europe/choices/v27n1/internet.htm>

Este artículo trata internet como un recurso tecnológico de información y hace un repaso sobre su uso como instrumento para un mayor intercambio de información sobre salud reproductiva en Europa del este.

## Salud reproductiva y educación para la salud con la minoría romaní en Europa Central y del Este



[www.bfpa-bg.org/en/projects/1.html](http://www.bfpa-bg.org/en/projects/1.html)

A principios de abril de 2002 la Asociación Búlgara de Planificación Familiar y Salud Sexual, comenzó a trabajar en un proyecto denominado «Salud reproductiva y educación para la salud con la minoría romaní en Europa Central y del Este». Esta iniciativa incluye a regiones con una población romaní asentada en Moldavia, Eslovaquia y Hungría – tres de los países con porcentajes relativamente altos de personas romaní entre su población (7%-11%).

Fuente: Asociación Búlgara de Planificación Familiar y Salud Sexual: [www.bfpabg.org](http://www.bfpabg.org)

## La consulta religiosa sobre Población, Salud Reproductiva y Ética



[www.religiousconsultation.org](http://www.religiousconsultation.org)  
Esta página es uno de los recursos más importantes de análisis teológico sobre

salud reproductiva y otras cuestiones éticas relacionadas con el tema. La mitad de esta página web se utiliza para promocionar el libro «Elecciones Sagradas» de Daniel C. Maguire, el fundador y presidente de la organización. Se pueden encontrar extractos de este libro en la página. Hay incluso un análisis sobre «Elecciones Sagradas» de la Federación Internacional de Planificación Familiar. Algunos de los artículos disponibles en esta página son:

### «Anticoncepción y aborto en el Islam».

Extractos del libro «Elecciones Sagradas» de Daniel C. Maguire  
[http://www.religiousconsultation.org/islam\\_contraception\\_abortion\\_in\\_SacredChoices.htm](http://www.religiousconsultation.org/islam_contraception_abortion_in_SacredChoices.htm)

Las opiniones del Islam sobre planificación familiar son importantes para todos puesto que 1 de cada 6 personas es musulmana. Lo que sí se puede decir es que el Islamismo es plural, al igual que cualquier otra creencia.

### Cada uno/a es un mundo. Visión judía de la Planificación Familiar. Por Laurie Zoloth

[http://www.religiousconsultation.org/Jewish\\_perspective\\_on\\_family\\_planning.htm](http://www.religiousconsultation.org/Jewish_perspective_on_family_planning.htm)

En un mundo que afronta claramente los temas importantes y comprometidos en relación a la justicia, donde se dan desafíos medioambientales, con un notable aumento de la población y el consumo, y donde hay cambios significativos en los índices de natalidad, ¿por qué no comenzar el debate sobre las perspectivas éticas y religiosas judaicas sobre planificación familiar y con una descripción más general sobre sus ideas en relación a la reproducción, anticoncepción, aborto, familia y salud?

### Islam, Mujeres y Planificación Familiar: un tema prioritario

[www.guttmacher.org/pubs/journals/gr040604.html](http://www.guttmacher.org/pubs/journals/gr040604.html)

Los acontecimientos del 11 de septiembre han centrado la atención sobre la dureza de las vidas de las mujeres que viven bajo las normas del fundamentalismo islámico... En realidad, el pensamiento islámico es flexible en cuestiones relacionadas con la reproducción y las interpretaciones de la ley islámica son tan variadas como los países donde se practica el islamismo. En todo caso, en muchos países islámicos se desarrollan programas de planificación fami-



liar y la población está concienciada al respecto.

Fuente: *Instituto Alan Guttmacher*:  
[www.guttmacher.org](http://www.guttmacher.org)

## Mujeres Ecuménicas 2000+

[www.ew2000plus.org](http://www.ew2000plus.org)

Mujeres Ecuménicas 2000+ (EW) es una coalición de diferentes confesiones y organizaciones ecuménicas dentro de las Naciones Unidas (ONU) que trabaja en el punto de intersección de la religión y los derechos humanos desde una perspectiva de género.

Ciertamente es una de las ONGs orientadas a la religión más vitales operando en el ámbito de las Naciones Unidas.

Participan todos los años en los encuentros de la ONU como coalición, y de forma más destacada en la Comisión de la ONU para la Situación de las Mujeres. EW une a las mujeres de fe de todo el mundo para ejercer presión sobre las delegaciones de los gobiernos con el fin de mantener la responsabilidad de sus países en la Plataforma de Acción desde 1995, en la Cuarta Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing, China.

## Continúa la controversia sobre el informe de salud sexual, por Nicola Smith

<http://www.euobserver.com/index.phtml?aid=9386>

Finalizó un duro enfrentamiento entre miembros pro-vida y pro-derecho a decidir en el Parlamento Europeo cuando en éste se votó a favor de incrementar la financiación para los programas de salud reproductiva en los países en vías de desarrollo hasta los 74 millones.

Fuente: *Observatorio de la UE*  
[www.euobserver.com](http://www.euobserver.com)

EUobserver.com es una página web independiente editada por EUobserver.com ASBL en colaboración con el Grupo por una Europa de Democracia y Diversidad en el Parlamento Europeo.

## Qweb - Una base para el empoderamiento de las mujeres

La página web es una red global para el intercambio de conocimientos, experiencia e ideas sobre género y salud de las mujeres. En esta página, los miembros tienen una página propia donde pueden introducir las

actividades que estén realizando. Las y los miembros se actualizan mediante seminarios, conferencias, documentos y otros enlaces de interés además de otros materiales que aborden temas que afectan a las mujeres. Todas las personas miembros reciben correos electrónicos con información sobre una de las 30 áreas específicas que elijan al hacerse socio de la red. La página web Q, también responde a las peticiones de información de personal investigador, ONGs, estudiantes y otros.

### Las principales áreas de interés son:

1. Empoderamiento de las mujeres: igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres en el ámbito social y familiar;
2. Sociedad y Salud de las Mujeres: la salud de las mujeres en el contexto social y cultural;

3. Sexualidad y reproducción: derechos y salud sexual y reproductiva
4. Violencia y abusos: acciones contra la violencia doméstica y la explotación sexual, y el abuso de niñas y mujeres;
5. Adolescentes: embarazos en adolescentes, acceso a la educación y los servicios de sexualidad, fertilidad y temas de género;
6. Tráfico de mujeres, niñas y niños.

Para asociarse, simplemente entrar en [www.qweb.kvinnoforum.se](http://www.qweb.kvinnoforum.se), hacer clic en «unirse a la red» (Join de network) y rellenar el formulario de inscripción.

## El Nuevo Sistema Online CIRE Ofrece los Últimos Hallazgos Relacionados con la Orientación en Planificación Familiar

Un nuevo servicio online ofrece acceso a los hallazgos más recientes de la investigación y que resultan potencialmente importantes como directrices para la OMS en cuestión de planificación familiar. Tanto las y los profesionales como las y los usuarios de los servicios de planificación familiar, podrán aprender de estos hallazgos extraídos del ámbito científico como parte de un esfuerzo continuado para asegurar que la orientación que recibe la OMS está actualizada y se basa en evidencia científica.

### El servicio (conocido como CIRE - Identificación Continua de Evidencia Científica) llega a las y los profesionales y al público en general a través de tres vías:

- mediante la nueva página web ([www.infoforhealth.org/cire](http://www.infoforhealth.org/cire))
- mediante el envío de correos electrónicos (cualquiera puede inscribirse en la lista de envíos en la página web de CIRE)
- a través de la revista electrónica «The Pop Reporter» (suscripciones en [www.jhuccp.org/popreporter](http://www.jhuccp.org/popreporter)) Las y los suscriptores de esta revista reciben noticias de CIRE como parte de la suscripción.

CIRE colabora con el Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la OMS, con los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades y con la Escuela de Salud Pública de John Hopkins Bloomberg - Centro para la

Comunicación de Programas (CCP). El CCP selecciona informes para CIRE desde el POPLINE (<http://db.jhuccp.org/popinform>), la amplia base de datos bibliográfica sobre salud reproductiva y temas relacionados dirigida por el proyecto informativo de CCP.

CIRE recoge e informa de los hallazgos en la investigación que puedan resultar de interés para los Criterios Médicamente Elegibles de la OMS en el Uso de Anticonceptivos (MEC) y la Selección de Prácticas Recomendadas para el Uso de Anticonceptivos (SPR). El MEC proporciona pautas para las y los profesionales de la planificación familiar sobre la adecuación de los diferentes métodos anticonceptivos para hombres y mujeres bajo determinadas circunstancias; por ejemplo, ¿pueden tomar la píldora las mujeres con la tensión alta?. El SPR da respuestas a preguntas relacionadas con el uso de los anticonceptivos; por ejemplo, ¿cuándo puede colocarse un DIU? (Tanto el MEC como el SPR están disponibles en [http://www.who.int/reproductivehealth/family\\_planning](http://www.who.int/reproductivehealth/family_planning).)

Para mantener actualizada esta guía y trabajar sobre nuevos temas, la OMS revisará los hallazgos que CIRE selecciona, los evaluará, y presentará el análisis en los encuentros de expertos/as en planificación familiar de todo el mundo. La OMS pretende actualizar tanto MEC como SPR en los próximos 18 meses.

**Entre Nous**  
*Revista Europea  
de Salud Sexual y Reproductiva*

Oficina Regional Europea de la OMS  
Programa de Salud Reproductiva e Investigación  
Scherfigsvej 8  
DK-2100 Copenhagen Ø  
Dinamarca  
Tel: (+45) 3917 1341 ó 1451  
Fax: (+45) 3917 1850  
[entrenous@who.dk]

