



Género y salud

La desigualdad de género y la discriminación perjudican directa e indirectamente la salud de las niñas y las mujeres a lo largo del ciclo vital; y el descuido de sus necesidades de salud impide que muchas mujeres participen plenamente en la sociedad. Con frecuencia, las desiguales relaciones de poder entre hombres y mujeres limitan el control de las mujeres sobre la actividad sexual y su posibilidad de protegerse a sí mismas contra embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA; las adolescentes son particularmente vulnerables.

Los inadecuados servicios de salud reproductiva para las mujeres redundan en altas tasas de embarazo no deseado, aborto realizado en malas condiciones y muerte y lesión prevenibles, a raíz del embarazo y el parto. La violencia contra las mujeres, incluidas las prácticas tradicionales nocivas, como la mutilación genital femenina, se cobran un alto precio en materia de salud, bienestar y participación social de las mujeres. La violencia en diversas formas también refuerza la desigualdad e impide que las mujeres alcancen sus metas en lo concerniente a la reproducción (véase también el Capítulo 3).

Los hombres también tienen necesidades en materia de salud reproductiva y la participación de los hombres es una parte imprescindible de la protección de la salud reproductiva de las mujeres.

Los servicios de salud reproductiva ayudan a potenciar el papel de la mujer

Al ofrecer servicios de calidad de salud reproductiva se posibilita que las mujeres logren un equilibrio entre la procreación en condiciones de seguridad y otros aspectos de sus vidas. También se contribuye a protegerlas contra los riesgos de salud, se facilita su participación social, incluido el empleo, y se posibilita que las niñas prosigan y finalicen su educación.

En el Programa de Acción de la CIPD se reconoce la importante relación entre género y salud reproductiva y en el examen de la CIPD+5 realizado en 1999 se destacó esta conexión. En el acuerdo sobre medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD se destacó que “debe adoptarse una perspectiva de género en todos los procesos de formulación y aplicación de políticas y en la prestación de servicios, en particular de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación de la familia”¹.

La salud reproductiva no afecta exclusivamente a las mujeres; es también una cuestión social y de salud de la familia. Los programas con sensibilidad de género pueden abordar la dinámica de los conocimientos, los vínculos de poder y la adopción de decisiones en las relaciones sexuales, entre encargados de pres-

FOTO: Una maestra cubana enseña cómo se utiliza un condón. Los jóvenes necesitan acceso a servicios de salud reproductiva e información al respecto.

Mark Edwards/Still Pictures

RECUADRO 6

Discriminación contra las niñas: Una cuestión de vida o muerte

El infanticidio femenino, los alimentos insuficientes, la atención médica inadecuada, los malos tratos físicos, la mutilación genital femenina, las relaciones sexuales forzadas y los alumbramientos precoces se cobran las vidas de muchas niñas.

En algunos países asiáticos hay 105 hombres adultos por cada 100 mujeres, debido a la discriminación contra las niñas. Aun cuando muchos países han prohibido las pruebas prenatales para detectar el sexo del feto, se recurre a pruebas ilegales y los fetos femeninos son objeto de aborto con más frecuencia que los masculinos.

En algunas partes del mundo, en especial en el Asia meridional, el Asia sudoriental y el África septentrional, las niñas tienen más probabilidades de morir que los niños varones. En algunos países donde las niñas están en situación más pronunciadamente desventajosa, los niños varones reciben más medicamentos y más tratamientos médicos que las niñas.

En un estudio realizado en un centro de tratamiento de diarreas en Bangladesh, las consultas relativas a los niños varones eran más frecuentes, en un 66%, que las relativas a las niñas. En América Latina y la India, las niñas suelen ser inmunizadas más tarde que los niños varones, o no se las inmuniza. En algunos lugares, los niños varones reciben alimentos mejores y en mayor cantidad que las niñas. En algunos países, también las prácticas de amamantamiento y destete parecen favorecer a los niños varones.

RECUADRO 7

Indicadores básicos de referencia aprobados durante el examen de la CIPD+5

En el Programa de Acción de la CIPD se recomendó un conjunto de metas y objetivos cuantitativos interdependientes, inclusive el acceso universal a la educación primaria, prestando especial atención a eliminar la discrepancia de género en la matriculación primaria y secundaria; el acceso universal a la atención primaria de la salud; el acceso universal a una gama completa de servicios integrales de atención de la salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia; reducciones en las tasas de morbilidad y mortalidad de menores de un año, niños y madres; y aumento de la esperanza de vida.

Tras examinar el progreso logrado en esas esferas, en su período extraordinario de sesiones de 1999 la Asamblea General convino en un nuevo conjunto de indicadores básicos de referencia:

- Hacia 2005 debe haberse reducido a la mitad la tasa de analfabetismo de mujeres y niñas existente en 1990; y hacia 2010, la tasa neta de matriculación en la escuela primaria de niños de uno y otro sexo debería ser al menos del 90%;
- Hacia 2005, un 60% de los establecimientos que ofrecen servicios de atención primaria de la salud y planificación de la familia deberían ofrecer la gama más amplia posible de métodos seguros y eficaces de planificación de la familia, además de atención obstétrica esencial, prevención y atención de las infecciones del aparato reproductor, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, y métodos de barrera para prevenir el contagio; un 80% de los establecimientos deberían ofrecer esos servicios hacia 2010, y todos ellos, hacia 2015;
- Hacia 2005, al menos un 40% de todos los partos deberían contar con la asistencia de personal capacitado en los países donde la tasa de mortalidad derivada de la maternidad es muy alta; en todo el mundo, la proporción debería ser del 80%; esas proporciones deberían ser del 50% y el 85%, respectivamente, hacia 2010; y del 60% y el 90%, hacia 2015;
- Es preciso reducir a la mitad hacia 2005 la discrepancia entre la proporción de personas que utilizan anticonceptivos y las que expresan el deseo de espaciar los alumbramientos o limitar el número de hijos; en un 75%, hacia 2010 y en un 100%, hacia 2015. Para alcanzar este objetivo no deberían utilizarse metas de captación de clientes ni cuotas;
- Para reducir la vulnerabilidad al contagio con el VIH/SIDA, hacia 2005 al menos un 90% de los jóvenes varones y mujeres de entre 15 y 24 años de edad deberían tener acceso a métodos preventivos, entre ellos, condones femeninos y masculinos, pruebas voluntarias de laboratorio para la detección de la enfermedad, asesoramiento y seguimiento; y hacia 2010, al menos un 95%. En los países más afectados, hacia 2005 las tasas de contagio con el VIH de personas de 15 a 24 años de edad deberían reducirse en un 25%, y hacia 2010, esas tasas deberían reducirse en un 25% a escala mundial.

tar servicios y clientes, y entre líderes de la comunidad y ciudadanos².

Una perspectiva de género entraña también que las instituciones y las comunidades adopten prácticas más equitativas e inclusivas. Es preciso escuchar a los clientes y es menester que ellos participen en el diseño de programas y servicios. En su carácter de usuarias primarias

de los servicios de salud reproductiva, las mujeres deben participar en la formulación de políticas y la ejecución de programas a todos los niveles. Es preciso que los encargados de formular políticas tomen en cuenta los efectos de sus decisiones sobre hombres y mujeres y la manera en que los papeles de género ayudan u obstaculizan los programas y el progreso hacia la igualdad de género.



El acceso universal a los servicios de higiene sexual y salud reproductiva fue un objetivo central de la CIPD. En el examen de la CIPD+5 se convino en que el adelanto hacia esta meta debería medirse monitoreando la prestación de los servicios.

Componentes de los servicios de salud reproductiva

Planificación de la familia

En la CIPD+5, los gobiernos convinieron en redoblar los esfuerzos a fin de encontrar los recursos necesarios para poner en práctica el Programa de Acción de El Cairo. Reconocieron la importancia de ofrecer la gama más amplia posible de métodos anticonceptivos, inclusive nuevas opciones al respecto, y de la promoción de métodos no utilizados.

Los nuevos datos básicos de referencia relativos a eliminar la discrepancia entre la proporción de personas que utilizan anticonceptivos y las que expresan el deseo de espaciar los alumbramientos o limitar el número de sus hijos representan un reto sustancial. Se estima que un tercio de todos los embarazos — 80 millones por año — son o bien no deseados, o bien inoportunos³. En los próximos 15 años, las proyecciones del número de usuarios de anticonceptivos en los países en desarrollo arrojan aumentos de más del 40%, desde 525 millones hasta 742 millones, a medida que las poblaciones sigan aumentando, los programas sigan ampliándose y vaya en aumento la proporción de parejas que desean utilizar anticonceptivos⁴.

Los factores sociales y culturales, inclusive las normas de género, condicionan las intenciones de las mujeres en materia de reproducción, es decir, el número de hijos a que aspiran y el espaciamiento entre ellos. Si las mujeres pudieran tener sólo el número de hijos que desean, en muchos países la tasa de fecundidad total disminuiría en casi un niño por mujer. Cuanto menor sea el número de hijos a que aspiran las mujeres, tanto mayor será el tiempo en que necesitarán anticonceptivos y tanto más servicios necesitarán.

Las mujeres no siempre obtienen el apoyo que necesitan para plasmar en la realidad sus intenciones en materia de reproducción. En algunos lugares, las mujeres, temerosas de represalias por parte de esposos que desaprueban sus intenciones, o por parte de terceros, pueden recurrir al uso clandestino de anticonceptivos⁵. Las mujeres entrevistadas en el Proyecto de Estudio sobre la Mujer, de cinco años de duración, realizado en ocho países por *Family Health International*, afirmaron que para alcanzar sus objetivos en materia de planificación de la familia, necesitaban compañeros que las apoyaran, información adecuada, métodos sin impedimentos y servicios dispensados por personal respetuoso⁶.

Las mujeres deben encargarse de iniciar y controlar el uso de la mayoría de los anticonceptivos modernos: anticonceptivos orales, dispositivos intrauterinos (DIU), diafragmas, obturadores cervicales y productos inyectables, en comparación con los cuales no existen métodos masculinos correlativos. Del 58% de las parejas casadas que utilizan anticonceptivos en todo el mundo, menos de un tercio utilizan

un método que requiere participación del hombre (condón y vasectomía) o cooperación masculina (ritmo y retiro). En las regiones menos adelantadas, casi dos tercios de los usuarios de anticonceptivos recurren a la esterilización femenina o a los dispositivos intrauterinos⁷.

En los últimos años, el condón femenino ha ganado popularidad en numerosos lugares donde ha sido introducido. No obstante, en muchos países, incluso donde es alta la prevalencia del VIH/SIDA, el uso de condones sigue siendo relativamente bajo.

La abstinencia periódica y el retiro, para ser eficaces, plantean exigencias que los usuarios pueden encontrar difíciles; además, están muy difundidas las informaciones erróneas acerca del uso correcto de la abstinencia periódica y el retiro⁸. Incluso los usuarios bien informados y dedicados al uso de esos métodos experimentan más altas tasas de embarazos no deseados que quienes utilizan otros métodos.

Los programas de planificación de la familia de buena calidad tienen varias características en común⁹:

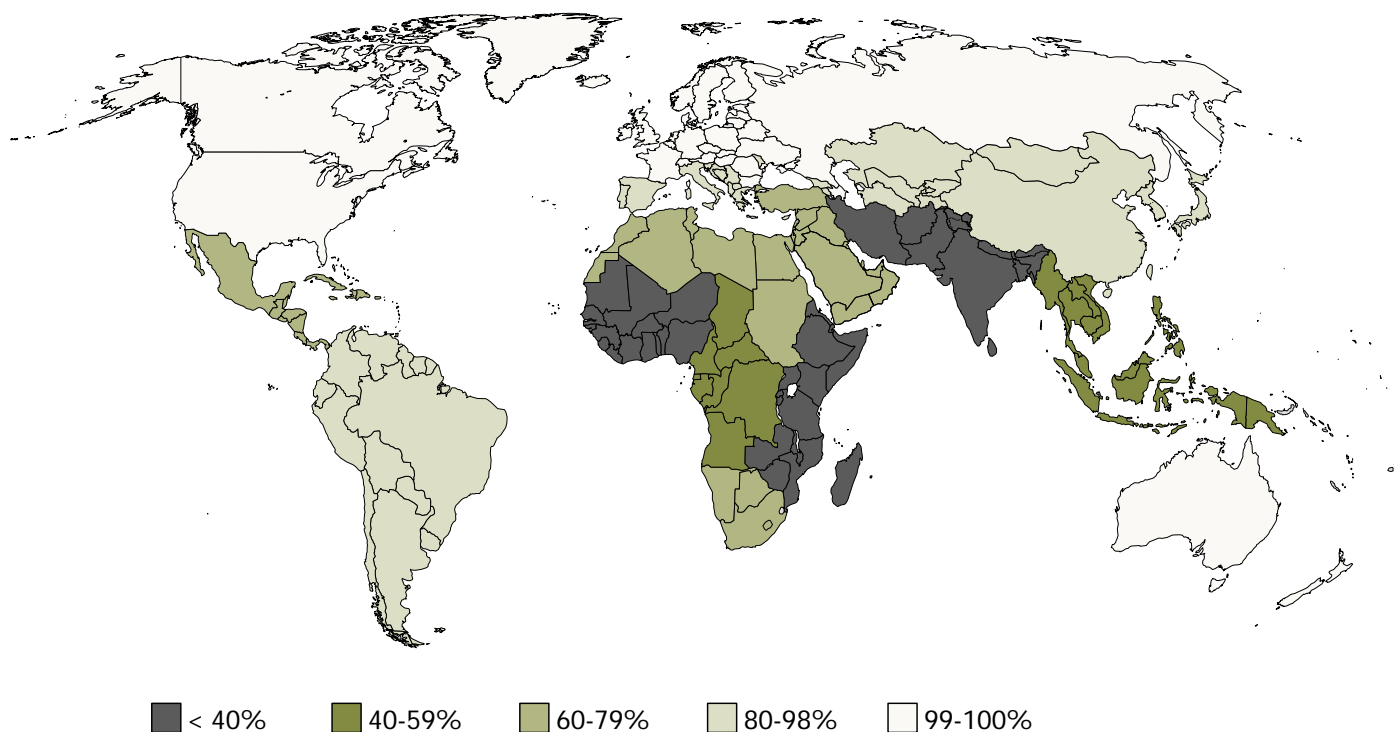
- El apoyo gubernamental es firme;
- Los encargados de prestar servicios están bien capacitados, tienen sensibilidad a las condiciones culturales, escuchan a los clientes cuando estos expresan sus necesidades y tienen actitudes amistosas y compasivas;
- Los servicios son costeables y ofrecen una gama de métodos anticonceptivos (la gama completa de métodos modernos abarca anticonceptivos orales, DIU, productos inyectables, implantes, condones masculinos y femeninos, anticoncepción de emergencia y anticoncepción quirúrgica voluntaria);
- El asesoramiento garantiza un consentimiento bien fundamentado al escoger anticonceptivos;
- Se garantiza el carácter privado y confidencial de las consultas;
- Los establecimientos son confortables y limpios;
- Los servicios se proporcionan sin tardanza.

Después de la CIPD, muchos países — entre ellos, Bangladesh, el Brasil, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Egipto, Filipinas, Ghana, la India, Indonesia, Jamaica, Jordania, Nepal, Marruecos, México, el Pakistán, el Perú, la República Unida de Tanzania, el Senegal, Sudáfrica, Sri Lanka, Uganda y Zambia — han adoptado medidas para ampliar los servicios, que ya no se limitan a los de planificación de la familia sino que responden a las necesidades más amplias de las mujeres y los hombres en materia de salud reproductiva¹⁰.

Maternidad sin riesgos

De las aproximadamente 500.000 defunciones anuales derivadas de la maternidad, un 99% ocurren en países en desarrollo, donde las complicaciones del embarazo y el parto se cobran la vida de aproximadamente una de cada 48 mujeres. No es infrecuente que las mujeres africanas, cuando están a punto de

Hacia 2015, las necesidades de anticonceptivos en los países en desarrollo aumentarán en más del 40%.

Gráfico 2: Porcentaje de partos atendidos por personal capacitado, por subregión

Fuente: Organización Mundial de la Salud

RECUADRO 8**Honduras reduce la mortalidad derivada de la maternidad**

Entre 1990 y 1997, después de que el Gobierno de Honduras hubo intensificado su compromiso en pro de la salud de la mujer, disminuyó espectacularmente la tasa de defunción derivada de la maternidad.

Después de un estudio sobre el tema realizado en 1990, el Gobierno de Honduras asignó prioridad en su sistema de salud pública a la reducción de la mortalidad derivada de la maternidad. El aumento de los recursos posibilitó que el Ministerio de Salud ofreciera atención obstétrica de emergencia en mayor cantidad de centros de salud rurales y urbanos y hospitales de distrito. Aumentó el número de agentes de salud en zonas remotas y se establecieron salas de maternidad en zonas de acceso difícil. Aumentó la utilización de servicios de atención prenatal en los centros de salud. Se capacitó a las parteras tradicionales y se las integró en el sistema de salud, lo cual redundó en una mayor aceptación por la comunidad y un aumento del número de remisiones de casos de emergencia a hospitales. También mejoraron los transportes, los caminos y las comunicaciones.

En consecuencia, la tasa de mortalidad derivada de la maternidad disminuyó desde 182 hasta 108 defunciones por cada 100.000 nacidos vivos. La tasa de defunción de madres disminuyó a la mitad, desde 0,26 hasta 0,13 por cada 100.000 mujeres en edad de procrear.

dar a luz, se despidan de sus hijos mayores. En la República Unida de Tanzania, las madres tienen un dicho: “Me voy al mar a recoger un nuevo niño, pero el viaje es largo y peligroso y tal vez no regrese”¹¹. En algunos lugares, hasta un 40% de las mujeres padecen graves enfermedades después del parto¹².

Los niños menores de un año y los niños en general también sufren como resultado de la deficiente salud de las madres. Los mismos factores que causan la mortalidad y morbilidad de las madres, inclusive las complicaciones del embarazo y el parto y la atención deficiente al respecto, contribuyen a una cantidad de fetos nacidos muertos y defunciones de recién nacidos que se estima en ocho millones por año. Trágicamente, cuando una madre muere, aumentan las probabilidades de que sus hijos también mueran. En un estudio realizado en Bangladesh se comprobó que cuando una mujer muere de parto, su recién nacido casi seguramente morirá. En otro estudio realizado en Bangladesh se comprobó que los niños de hasta 10 años de edad cuyas madres mueren tienen probabilidades entre tres y diez veces mayores de morir dentro de un plazo de dos años que los niños cuyos progenitores están vivos¹³. En Tanzania, los niños cuyas madres habían muerto, probablemente abandonarían la escuela para encargarse de realizar tareas en el hogar¹⁴.

Al evitar el embarazo no deseado utilizando métodos de planificación de la familia se reduce la mortalidad derivada de la maternidad. El mismo efecto puede atribuirse a la atención prenatal, pero sólo un



70% de los alumbramientos en el mundo en desarrollo han sido precedidos por alguna visita prenatal, aunque sea una sola. Cada año, 38 millones de mujeres no reciben ninguna atención prenatal. Sólo una mitad de todas las embarazadas reciben inyecciones antitetánicas; actualmente, el tétanos se cobra cada año más de 300.000 vidas de niños menores de cinco años.

También es importante velar por que en cada parto esté presente una persona con capacidad para atenderlo. En los países en desarrollo, sólo un 53% de todos los alumbramientos cuentan con atención profesional¹⁵. Esto redundará cada año en el descuido de que son objeto 52,4 millones de mujeres.

Por otra parte, el principal medio de prevenir las defunciones de madres es proporcionar acceso a la atención obstétrica de emergencia, inclusive el tratamiento de hemorragias, infecciones, hipertensión y obstrucción del parto. Muchas mujeres del mundo en desarrollo, especialmente en zonas rurales, no tienen a su alcance medidas que pueden salvar sus vidas, como la remisión a centros médicos, la administración de antibióticos y la posibilidad de operaciones quirúrgicas. Cuatro problemas comunes aumentan en gran medida el riesgo que corre la mujer en el parto: las demoras en detectar un problema incipiente, los retrasos en cuanto a la decisión de actuar, el retardo en organizar el transporte y las demoras en llegar hasta los servicios. Para salvar vidas de madres, tiene importancia crucial que se cuente con un sistema de base comunitaria que garantice el rápido transporte a un establecimiento médico bien equipado.

La atención en el puerperio es especialmente importante. De las mujeres que pierden la vida por causas relativas al embarazo, 24% mueren durante el embarazo; 16% durante el parto; y 61% en el puerperio, de hemorragia en el postparto, trastornos hipertensivos y sepsis¹⁶. Es posible impartir capacitación a los trabajadores de salud de la comunidad para detectar problemas en el puerperio y ofrecer tratamiento, así como asesorar sobre el amamantamiento, la atención del recién nacido, la higiene, las inmunizaciones, la planificación de la familia y el mantenimiento de un buen estado de salud.

Las comunidades se están organizando para impedir que las madres mueran de parto. En las campañas de educación se destaca la importancia de acudir sin tardanza a los centros de salud cuando hay complicaciones. La Red de Prevención de la Mortalidad Materna ha introducido medidas para mejorar los servicios de maternidad sin riesgos en algunas partes de África. La mejor calidad en otros aspectos de la atención de la salud ha redundado en una mayor utilización de los servicios en casos de partos de alto riesgo.

En un centro comunitario de salud de Juaben (Ghana) se establecieron un banco de sangre y una sala de operaciones. Se impartieron a las parteras conocimientos que posibilitan salvar vidas y se les asignó un papel protagónico en la prestación de servicios. Casi se triplicó el número de mujeres que acuden al centro para solicitar servicios y, al mismo tiempo, disminuyó la proporción de pacientes remitidas a establecimientos de mayor capacidad en el sistema de salud¹⁷.

Algunas comunidades de África ofrecen planes autofinanciados de transporte para velar por la maternidad sin riesgos¹⁸. Indonesia está ensayando la aplicación de programas de seguro social para sufragar el costo de la atención obstétrica de emergencia¹⁹.

Los expertos en maternidad sin riesgos postulan que podrían ofrecerse más servicios de atención obstétrica de emergencia sin necesidad de cuantiosos gastos adicionales, si se mejoraran los servicios que ya se están prestando en hospitales y en algunos centros de salud²⁰.

Aborto y atención posterior al aborto

Cada año hay, según se estima, unos 50 millones de mujeres que se someten a abortos, de los cuales 20 millones se realizan en malas condiciones; a raíz de ello, pierden la vida unas 78.000 mujeres y millones más padecen lesiones y enfermedades. Al menos un cuarto de todos los abortos realizados en malas condiciones corresponden a niñas de entre 15 y 19 años de edad²¹.

La CIPD reconoció que el aborto es un importante problema de salud pública y exhortó a los gobiernos a reducir los embarazos no deseados y prevenir el aborto mediante un mayor acceso a los servicios de planificación de la familia. En el Programa de Acción se establece: "En los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los abortos deben realizarse en condiciones adecuadas. En todos los casos, las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos"²².

La Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer exhortó a los gobiernos a "considerar la posibilidad de revisar las leyes que prevén medidas punitivas contra las mujeres que han tenido abortos ilegales"²³.

En la CIPD+5, los gobiernos convinieron en que, a fin de reducir las tasas de mortalidad de madres causada por los abortos en malas condiciones, "en los casos en que el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a quienes prestan servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que el aborto se realice en condiciones adecuadas y sea accesible"²⁴.

RECUADRO 9

El costo del aborto

En América Latina, el aborto en malas condiciones causa aproximadamente la mitad de todas las defunciones derivadas de la maternidad. Según se estima, antes de que el aborto fuera legalizado en Rumania en 1992, un 86% de las defunciones derivadas de la maternidad se debían a abortos realizados en malas condiciones. Durante el primer año después de la legalización, las defunciones derivadas de la maternidad disminuyeron hasta un 40% del total registrado en 1989.

Al menos un cuarto de todos los abortos realizados en malas condiciones corresponden a niñas de entre 15 y 19 años de edad. Las adolescentes tienden a aplazar la obtención de un aborto hasta después del primer trimestre y a menudo solicitan ayuda de agentes no médicos, lo cual causa tasas más altas de complicaciones. En muchos países, también es común entre las adolescentes el aborto provocado por la propia niña.

En Chile y la Argentina, más de un tercio de las defunciones derivadas de la maternidad entre adolescentes es resultado directo de abortos realizados en malas condiciones. En el Perú, un tercio de las mujeres hospitalizadas debido a complicaciones del aborto tienen entre 15 y 24 años de edad. Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en África al sur del Sahara hasta un 70% de las mujeres hospitalizadas a causa de complicaciones del aborto son menores de 20 años. Según un estudio realizado en Uganda, casi un 60% de las defunciones a raíz del aborto ocurrieron entre adolescentes.

En muchos países de bajos ingresos²⁵, si se ofrecieran servicios eficaces de atención posterior al aborto, se reducirían sustancialmente las tasas de mortalidad de madres en hasta un quinto.

Varios países, particularmente en África y América Latina, están tratando de mitigar las consecuencias para la salud del aborto realizado en malas condiciones, proporcionando atención posterior al aborto. Esto abarca el fortalecimiento de la capacidad de las instituciones sanitarias para ofrecer: tratamientos de emergencia a las complicaciones del aborto espontáneo o el aborto provocado en malas condiciones; asesoramiento y provisión de servicios de planificación de la familia posteriores al aborto; vínculos entre el tratamiento de emergencia posterior al aborto y la atención de la salud reproductiva²⁶. Algunos países, entre ellos Ghana, han capacitado a parteras y a otros agentes de salud para que ofrezcan atención posterior al aborto.

Algunos países han promovido el uso de aspiradores manuales al vacío para el tratamiento de los abortos incompletos; se ha comprobado que este método es más seguro, tiene mayor eficiencia en función de los costos y es más aceptable que un curetaje.

Debido tanto a la cultura como a los condicionantes biológicos, las mujeres son más vulnerables que los hombres a las enfermedades de transmisión sexual.

Enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA

El VIH/SIDA sigue siendo un crítico problema de salud pública, particularmente en África, que está padeciendo los peores efectos de la epidemia. Actualmente, el VIH/SIDA es la principal causa de defunción en África y ocupa el cuarto lugar entre las causas más comunes de defunción en todo el mundo. A fines de 1999 había 34,3 millones de hombres, mujeres y niños que vivían con el VIH o el SIDA y 18,8 millones ya habían perdido la vida a causa de esa enfermedad. En 1999, hubo 5,4 millones de nuevos contagios en todo el mundo; de ellos, 4,0 millones ocurrieron en

África al sur del Sahara y aproximadamente un millón, en el Asia meridional y sudoriental, donde las tasas de prevalencia van en rápido aumento en algunos países²⁷.

La pandemia de SIDA está causando sufrimientos indecibles a personas, familias y sociedades. Se estima que hacia fines del año 2000 habrá 13,2 millones de niños, en su mayoría africanos, que habrán perdido a su madre o ambos progenitores a causa del SIDA²⁸. Las mujeres están rápidamente alcanzando y superando el número de hombres contagiados con el VIH. En África, el número de mujeres con reacción serológica positiva al VIH es superior en dos millones al de hombres.

Debido tanto a la cultura como a los condicionantes biológicos, las mujeres son más vulnerables que los hombres a las enfermedades de transmisión sexual. La carga de las enfermedades de transmisión sexual (excluido el SIDA) que pesa sobre las mujeres es más de tres veces superior a la correspondiente a los hombres²⁹. Debido a las diferencias anatómicas, las enfermedades del aparato reproductor se transmiten más fácilmente a las mujeres, pero son de más difícil diagnóstico en ellas. Las enfermedades de transmisión sexual de las mujeres son asintomáticas más frecuentemente que entre los hombres y cuando esos síntomas se presentan en las mujeres, son más sutiles. Debido a su más baja condición social y a su dependencia económica respecto de los hombres, las mujeres pueden no estar en condiciones de negociar el uso de condones como medida de prevención del contagio con enfermedades de transmisión sexual³⁰.

En estudios realizados por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer se ilustran el papel y la influencia de importancia crítica que tienen las cuestiones de género y sexualidad sobre las interacciones sexuales y cómo determinan la posibilidad de que los hombres y las mujeres tengan conductas sin riesgo. Los estudios, realizados en diez países de

RECUADRO 10

El SIDA es hoy la enfermedad que causa mayores estragos en África

El SIDA figura actualmente entre las mayores amenazas al desarrollo social y económico de África. La epidemia se ha propagado excediendo todos los pronósticos. En los países gravemente afectados, donde hasta un cuarto de los adultos están contagiados, el SIDA está desbaratando los adelantos logrados durante muchos decenios en materia de desarrollo. En algunos países, la esperanza de vida está descendiendo hasta niveles no registrados después de 1960. Los adelantos arduamente conseguidos en materia de supervivencia infantil están perdiendo terreno y se está diezmando el limitado grupo de trabajadores calificados.

Los recursos que actualmente se asignan a la lucha contra la epidemia son excesivamente insuficientes. El SIDA se está propagando con velocidad tres veces mayor que el aumento de los recursos para combatirlos.

La experiencia de algunos países africanos indica que es posible poner coto a la tasa de nuevos contagios y que las sociedades pueden comenzar a combatir eficazmente la epidemia del VIH/SIDA cuando el gobierno pone en juego su propio prestigio político y compromete sus recursos financieros; involucra plenamente a la sociedad civil; emprende una amplia gama de actividades de prevención, atención y apoyo; y atrae así mayor cantidad de recursos externos.

Los estudios sugieren que, como mínimo, cada año se necesitan 1.000 millones de dólares adicionales a fin de satisfacer las necesidades de África en materia de prevención del VIH/SIDA y atención de los afectados por la enfermedad. Algunos de esos recursos habrán de ser generados en fuentes no tradicionales, como las empresas y las fundaciones, y reorientados desde fondos sociales, proyectos de reforma sectorial y operaciones de mitigación de la deuda. La Alianza Internacional contra el SIDA en África está patrocinando acciones de movilización de recursos a escala tanto nacional como regional.



África, Asia y América Latina y el Caribe, contribuyen a definir complejos conceptos como los de género, sexualidad y poder. También destacaron la importancia de aumentar el acceso de la mujer a la información, la educación, la adquisición de aptitudes, los servicios y el apoyo social, a fin de reducir su vulnerabilidad al contagio con el VIH/SIDA y mejorar los resultados en materia de salud reproductiva³¹.

En el documento de la CIPD+5 se reconoce que la pandemia del VIH/SIDA es mucho más grave que lo que se había supuesto en la CIPD, se reitera la importancia de ofrecer acceso a condones masculinos, se exhorta a ofrecer ampliamente condones femeninos y se insta a los gobiernos a que promulguen leyes y adopten medidas para prevenir la discriminación contra las personas que viven con el VIH/SIDA y las que son vulnerables al contagio con el VIH. En el documento también se exhorta a que los gobiernos, cuando sea factible, pongan los medicamentos contra los retrovirus a disposición de las mujeres durante el embarazo y después de éste y ofrezcan asesoramiento, de modo que las madres que viven con el VIH/SIDA puedan adoptar decisiones libres y bien fundamentadas acerca del amamantamiento³².

Los programas de salud reproductiva pueden reducir los niveles de enfermedades de transmisión sexual, inclusive el VIH/SIDA, proporcionando información y asesoramiento sobre cuestiones de importancia crítica como la sexualidad, los papeles de género y los desequilibrios de poder entre mujeres y hombres, la violencia por motivos de género y su nexos con el contagio con el VIH; la transmisión del VIH de la madre al hijo; la distribución de condones femeninos y masculinos; el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual; la formulación de estrategias para encontrar a las personas que han tenido contacto con los enfermos; y la remisión de personas contagiadas con el VIH a servicios de mayor capacidad.

En la CIPD se propugnó la integración de los servicios de planificación de la familia y atención de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, dentro de los servicios de salud reproductiva. Se considera que la integración de esos componentes tiene posibilidades de buena eficacia en función de los costos para llegar a las mujeres que tienen actividad sexual y a sus compañeros a fin de ofrecerles información y servicios que pueden contribuir a la prevención de los contagios y el tratamiento de la enfermedad. No obstante, según un estudio basado en las conclusiones de análisis de situación realizados en varios países de África, no era posible promover los servicios integrados de planificación de la familia y enfermedades de transmisión sexual con base en clínicas, puesto que la infraestructura existente era insuficiente³³. Muchas clínicas de planificación de la familia no estaban equipadas para ofrecer atención de las enfermedades de transmisión sexual y los agentes de salud no tenían capacitación suficiente. Asimismo, en otros estudios se ha citado la falta de pruebas concluyentes de los beneficios de integrar los servicios de planificación de la familia y de atención de las enfermedades de transmisión sexual³⁴.

Aun cuando por lo general los agentes de salud no reciben una capacitación suficiente ni apoyo a fin de que puedan ofrecer servicios para enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, e información al respecto, en varios estudios de casos en Burkina Faso,

Côte d'Ivoire, Uganda y Zambia se comprobó que los encargados de prestar servicios estaban dispuestos a hablar de la sexualidad y las enfermedades de transmisión sexual con los clientes y podían comprender la necesidad de individualizar a las personas que corrían riesgo de contagiarse con enfermedades de transmisión sexual³⁵.

En Filipinas, el FNUAP y la organización *Women's Health Care Foundation* están colaborando para mejorar el acceso a los servicios de salud reproductiva, recurriendo a agentes capacitados de salud comunitaria, niños de la calle y vendedores callejeros. La Fundación proporciona servicios para enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA, inclusive remisión a otros establecimientos para efectuar pruebas de laboratorio e imparte educación y asesoramiento en beneficio de mujeres pobres de zonas urbanas y trabajadoras del sexo. El FNUAP apoya la capacitación de los encargados de prestar servicios y los trabajadores voluntarios de salud para que adquieran aptitudes en materia de asesoramiento y educación comunitaria; y ha financiado una línea telefónica de emergencia en la cual se responde a preguntas sobre las enfermedades de transmisión sexual y la sexualidad³⁶.

La recientemente constituida Alianza Internacional contra el SIDA en África está tratando de aprovechar estructuras existentes a escala mundial, regional y nacional, a fin de abordar los devastadores efectos del SIDA en África³⁷. A mediados de 1999, Ministros de Hacienda y otros líderes de más de 20 países africanos expresaron su apoyo y una docena de organismos bilaterales de desarrollo convinieron en movilizar más recursos para respaldar a la Alianza. Diversas ONG africanas también han convenido en desempeñar un papel activo. La Alianza está fortaleciendo los programas nacionales mediante: el aliento a un apoyo político patente y sostenido; la ayuda para formular planes de acción conjuntos, negociados por los países; el aumento de los recursos financieros; y el refuerzo de la capacidad técnica nacional y regional.

La mitad de todos los nuevos contagios con el VIH se producen entre jóvenes de 15 a 24 años de edad³⁸. Según el examen efectuado en 1997 por el programa ONUSIDA, una buena educación sobre la sexualidad ayuda a los adolescentes a aplazar la iniciación de las relaciones sexuales y reducir más los riesgos en las prácticas sexuales³⁹. A partir de la CIPD, en 64 países se ha apoyado la integración de la prevención del VIH/SIDA en los programas educacionales escolares y extraescolares.

Uganda, por ejemplo, ha adoptado un enfoque directo e integral para abordar el problema de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, en particular entre los jóvenes; actualmente se están estabilizando las tasas de prevalencia del VIH entre los jóvenes. En Swazilandia, se inició en 1990 el Programa de educación sobre VIH/SIDA y población en las escuelas de Swazilandia (SHAPE) a fin de prevenir la propagación del VIH/SIDA y reducir las tasas de embarazo en las alumnas de 14 a 19 años de edad. En 1997, el mismo programa también fue introducido en escuelas primarias. Dicho programa ha mejorado los conocimientos y las actitudes, más que los comportamientos⁴⁰.

En la CIPD+5, los gobiernos estuvieron de acuerdo en que los jóvenes (de 15 a 24 años de edad) corren grandes riesgos de contagio con el VIH y fija-

ron metas para reducir la prevalencia en este grupo de edades (véase el recuadro 7).

Mutilación genital femenina

Muchas sociedades de África y del Asia occidental practican la mutilación genital femenina, a menudo denominada circuncisión femenina. En todo el mundo, han sido objeto de esta peligrosa y dolorosa práctica unos 130 millones de niñas y mujeres jóvenes, y cada año corren el mismo riesgo otros dos millones.

La mutilación genital femenina se practica en unos 28 países de África — donde varían ampliamente las tasas de prevalencia, desde 5% en la República Democrática del Congo hasta 98% en Somalia —, en la Península árabe y en la región del Golfo. También se practica en algunos grupos minoritarios de Asia y en mujeres inmigrantes en Europa, el Canadá y los Estados Unidos.

La mutilación genital femenina consiste en la ablación total o parcial del clítoris y otras partes del aparato genital. Quienes practican la modalidad más extrema, o infibulación, eliminan el clítoris y ambos labios y cosen ambos costados de la vulva, lo cual deja sólo una pequeña apertura para el paso de la orina y la sangre menstrual. Según se estima, la infibulación constituye un 15% del total de los casos de mutilación genital femenina y entre el 80% y el 90% de los casos en Djibouti, Somalia y el Sudán.

Otras modalidades menos extremas consisten en la eliminación parcial o total del clítoris (clitoridectomía) o del clítoris y los labios internos (excisión). Aproximadamente tres cuartas partes del total de las niñas sometidas a este degradante procedimiento han sido objeto de una u otra de estas modalidades menos radicales⁴¹.

Esta terrible conculcación de los derechos humanos de las niñas y las adolescentes se basa en las creencias reinantes de que es preciso controlar la sexualidad femenina y preservar la virginidad de las jóvenes hasta el matrimonio. En esas culturas, los hombres no van a contraer matrimonio con una joven que no ha sido circuncidada, puesto que la consideran “contaminada” o de conducta ligera⁴².

Casi siempre, la mutilación genital femenina se practica en condiciones antihigiénicas y sin anestesia. Es extremadamente dolorosa y puede causar graves

infecciones, choque nervioso y circulatorio, o incluso la muerte. Si la niña sobrevive, puede padecer dolor al tener relaciones sexuales, lo cual deteriora la calidad de su vida⁴³. La constricción de la experiencia sexual femenina debido a la mutilación genital femenina es un problema de salud tanto física como mental que afecta a las mujeres y un impedimento para el desarrollo de relaciones más profundas y satisfactorias en la pareja.

Entre los riesgos de salud inmediatos de la mutilación genital femenina cabe mencionar la hemorragia por perforación de la arteria clitoral, la infección, la retención de orina y el envenenamiento de la sangre a raíz de utilizar utensilios de corte no esterilizados y a menudo crudos. Las complicaciones posteriores se deben principalmente a la obturación parcial de las aberturas de la vagina y la uretra, que favorecen las infecciones crónicas del aparato urinario, las infecciones reiteradas del aparato reproductor, y causan dolor de espalda y dolor pelviano. En particular allí donde se practican las formas más drásticas de mutilación, la niña tendrá un mayor riesgo de padecer dificultades en el parto o de morir a raíz de éste.

En algunos casos, la mutilación genital femenina puede causar esterilidad. En un estudio realizado en el Sudán se comprobó que las mujeres que habían sido objeto de mutilación genital tenían probabilidades dos veces superiores de ser infecundas que las mujeres que no habían sido objeto de ese procedimiento⁴⁴. Esto se debe a las inflamaciones pelvianas causadas por reiteradas infecciones resultantes de la retención de orina o sangre menstrual, que se propagan por todo el aparato reproductor y llegan a causar inflamación y cicatrices en las trompas de Falopio. En las sociedades tradicionales, la infecundidad es una afección particularmente devastadora, dado que en muchas de esas culturas, el valor de una mujer se determina en función de su capacidad de tener hijos⁴⁵.

Cuestiones de los programas de salud reproductiva

Cuestiones de salud pública

Para mejorar la salud reproductiva de mujeres y hombres es preciso contar con un enfoque de salud pública orientado a la comunidad y que haga hincapié en la prevención. La mala salud reproductiva se relaciona directamente con la desigualdad por motivos de género en la distribución del poder social y de los recursos.

La participación comunitaria puede contribuir a contrarrestar esa situación, al asegurar que los hombres y las mujeres sean copartícipes en condiciones de igualdad en el desarrollo social y económico y que las voces femeninas se oigan en la comunidad al igual que las masculinas⁴⁶; al velar por que las niñas, al igual que los niños varones, sean criadas en ámbitos saludables y dispongan de igualdad de oportunidades de asistir a la escuela y de desarrollarse físicamente antes de que asuman el papel de madres; al garantizar los derechos de la mujer a vivir libre de coacción sexual y de la amenaza de violencia, y a entablar relaciones sexuales sin temor de contagio y de embarazo no dese-

RECUADRO 11

Sri Lanka logra promover la salud de la mujer

Las mujeres de Sri Lanka, cuya esperanza de vida es de 74 años, disfrutan de un estado de salud mejor que el de cualesquiera otras mujeres del Asia meridional. Las razones son complejas, pero entre ellas cabe mencionar: “el desarrollo del sistema de salud pública y las medidas de salud pública, que han reducido la mortalidad derivada de la maternidad, así como los cambios socioeconómicos que han cambiado la condición jurídica y social de la mujer y el valor para la madre y el padre de las niñas en comparación con los varones”. Las tasas absolutas de mortalidad de niñas y niños varones son inferiores a las de otros países del Asia meridional, debido en parte “al papel fundamental de las mujeres como encargadas de la salud de la familia y a su relativa autonomía, así como el desarrollo social general de Sri Lanka en lo concerniente a los servicios de salud y educación”.



ado; y al proporcionar a todas las mujeres acceso a la atención del embarazo en condiciones de seguridad, inclusive servicios obstétricos de emergencia si su embarazo o su parto presenta problemas.

Si bien la salud reproductiva no forma parte del conjunto de servicios esenciales en todos los países, se la incluye en Bangladesh, la India, México, el Senegal, Sudáfrica, Uganda y Zambia. Por ejemplo, en Bangladesh, el conjunto de servicios esenciales abarca salud materna (atención prenatal, del parto y postnatal, regulación de la menstruación y atención de las complicaciones posteriores al aborto); salud de los adolescentes; planificación de la familia; atención y prevención o tratamiento de las infecciones del aparato reproductor, las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA; y atención de la salud infantil⁴⁷.

Las restricciones culturales limitan las opciones

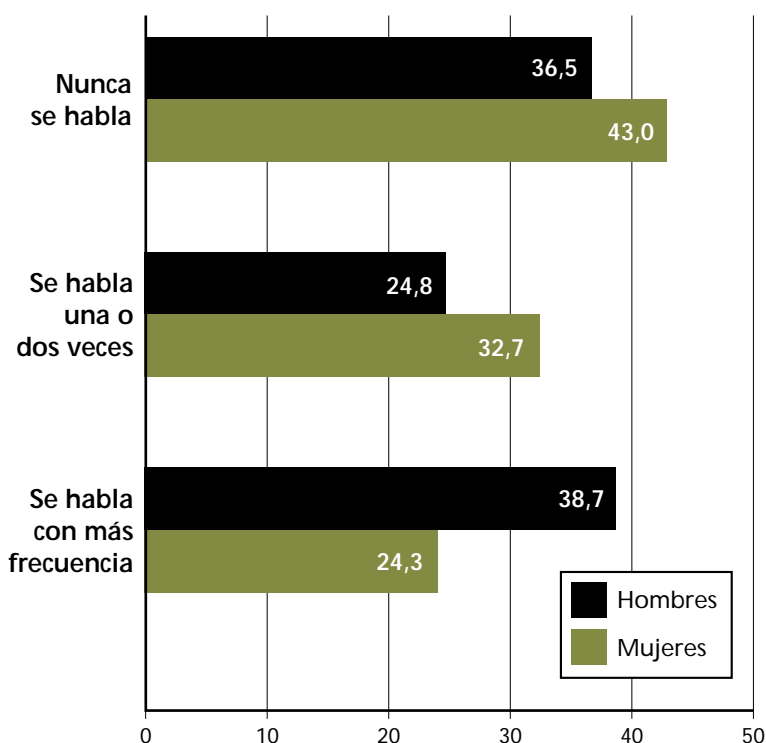
Las creencias acerca de los comportamientos apropiados pueden reducir el acceso a la atención de la salud y a la información al respecto y menoscabar su calidad. Los tabúes directos y las restricciones indirectas disuaden a las mujeres de expresar sus necesidades y riesgos en materia de salud, mientras que las mujeres que no pueden leer ni asociarse fácilmente con otras tropiezan con dificultades para encontrar información sobre la salud.

Esas restricciones significan que las mujeres dependen de las decisiones de terceros en lo tocante a la atención médica; a la posibilidad de aplazar o prevenir un embarazo; a recibir exámenes prenatales durante el embarazo; a disponer de la atención de un profesional capacitado en el parto; o a obtener transporte en caso de emergencia obstétrica. Puede ser difícil para las mujeres plantear sus preocupaciones en materia de salud reproductiva; algunos temas, como las irregularidades de la menstruación, son especialmente difíciles de mencionar. Tal vez las mujeres no logren que se preste atención a sus problemas hasta que la situación se torna grave y las opciones para obtener tratamiento son más restringidas o más costosas.

Cuando las parejas y las familias conversan acerca de la planificación de la familia, es más probable que utilicen los servicios. Cuando está prohibido hablar del tema, algunas mujeres recurrirán a utilizar anticonceptivos clandestinamente. Incluso cuando el "uso clandestino" es en realidad un secreto a voces, esta restricción menoscaba las posibilidades de establecer relaciones cercanas y de apoyo. La elección de anticonceptivos, o bien mutuamente convenida o bien clandestina, puede ser afectada por normas y preferencias culturales.

Los programas de buena calidad reconocen los conceptos culturales y responden a ellos. Quienes formulan programas están tornándose más receptivos a la necesidad de trabajar dentro del marco cultural de las vidas de sus clientas. Un programa realizado en Túnez aprovecha la costumbre local de poner fin a la reclusión de la nueva madre en el cuadragésimo día después del alumbramiento, para proporcionar servicios de postparto y planificación de la familia a las mujeres y atención al recién nacido, en una única visita a la clínica⁴⁸. En un estudio realizado en 1987 se comprobó que un 84% de las madres acudían a la clínica en el cuadragésimo día y de esas mujeres, un 56% comenzaban a utilizar un método anticonceptivo.

Gráfico 3: Frecuencia con que las parejas hablan de planificación de la familia, según los hombres y según las mujeres, Malawi, 1992 (porcentaje)



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2000. *World Population Monitoring, 2000: Population, Gender and Development*.

Funciones profesionales y papeles de género

Es difícil para las mujeres hablar francamente de sus necesidades reproductivas con profesionales masculinos, debido a razones tanto de género como de condición social. Cuando los encargados de prestar los servicios son mujeres, tal vez sea más fácil hablar con ellas, pero sigue habiendo una diferencia en la condición social, especialmente cuando las clientas son mujeres pobres. Además, algunos procedimientos (por ejemplo, inserción de un DIU o receta para tomar la píldora) pueden estar limitados a los médicos, que suelen ser hombres.

Cuando las normas culturales prohíben que los hombres (incluso médicos) efectúen un reconocimiento médico directo de pacientes mujeres, se siente gravemente la calidad de la atención.

Con frecuencia, los hombres son renuentes a acudir a clínicas públicas para recibir servicios de salud reproductiva, dado que dichas clínicas se definen como "lugares para mujeres", utilizados mayormente por las mujeres para recibir servicios de salud maternoinfantil. Cuando sea posible, disponer de un espacio separado para los hombres (por ejemplo, entrada, sala de espera y cajero por separado, con el mismo personal) aun cuando se trate del mismo establecimiento, es posible que aumente el uso de los servicios⁴⁹. La integración de actividades de prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y el SIDA con programas de planificación de la familia también puede contribuir a que las clínicas sean más acogedoras para los hombres.

RECUADRO 12

La actividad sexual difiere entre los adolescentes varones y las adolescentes

En todo el mundo, la gran mayoría de los varones de 15 a 19 años de edad que poseen experiencia sexual son solteros, mientras que dos tercios o más de las adolescentes del mismo grupo de edades que poseen experiencia sexual están casadas. Asimismo, hay grandes variaciones por país y por género en cuanto al momento de la iniciación sexual de los adolescentes.

Entre las niñas, la proporción de las que tiene su primera relación sexual antes de los 17 años de edad en Malí (72%), en Jamaica (53%), en Ghana (52%), en los Estados Unidos (47%) y en la República Unida de Tanzania (45%) es entre siete y diez veces superior a la proporción correspondiente a Tailandia (7%) y Filipinas (6%). La proporción de varones que han tenido relaciones sexuales antes de cumplir 17 años en Jamaica (76%), los Estados Unidos (64%) y el Brasil (63%) es aproximadamente diez veces superior a la proporción registrada en Filipinas (7%).

Las diferencias entre los adolescentes varones y mujeres son muy grandes en Ghana y Malí, donde hay mayores proporciones de niñas que de niños que comienzan a tener actividad sexual precozmente; y en el Brasil, Costa Rica, la República Dominicana, el Perú y Tailandia, donde ocurre lo contrario.

Salud reproductiva, higiene sexual y comportamiento de los adolescentes

Los adolescentes, varones y mujeres, enfrentan diferentes presiones sociales que afectan su posibilidad de abordar responsablemente las cuestiones de la sexualidad. Los varones suelen ser objeto de presiones para comenzar su actividad sexual a fin de probar su virilidad y ser aceptados por sus amigos⁵⁰. Las niñas pueden estar sometidas a presiones para abstenerse de solicitar información sobre cuestiones sexuales, por temor a ser consideradas "livianas", o también pueden enfrentar presiones de otro tipo, para iniciar relaciones sexuales a cambio de beneficios.

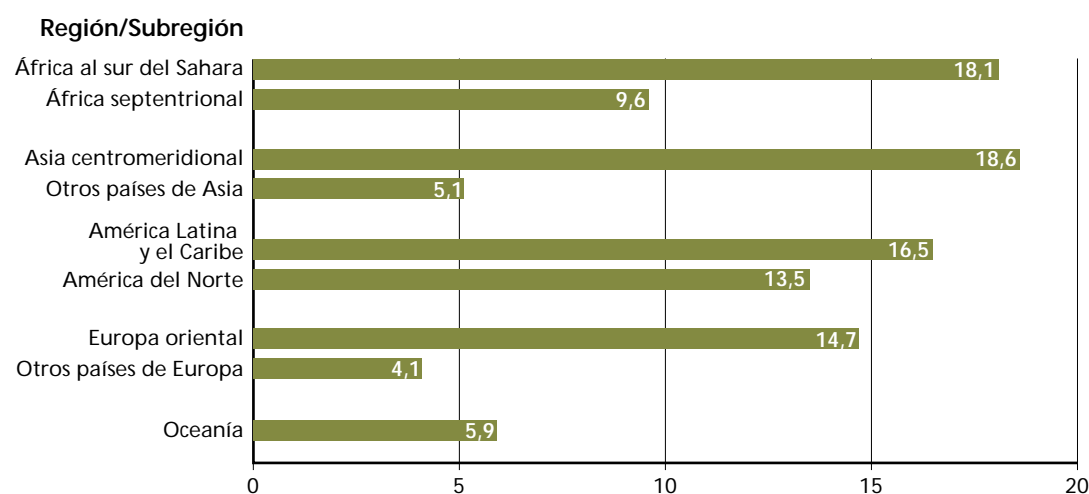
Las presiones que se ejercen sobre los jóvenes también son intrínsecas. Los jóvenes desean transformarse en hombres o mujeres y, en consecuencia, organizan su comportamiento sobre la base de estereotipos masculinos y femeninos aprendidos de los medios de difusión, los adultos y los demás jóvenes. Si se atienen a esos estereotipos de género, pueden adoptar comportamientos riesgosos.

Por ejemplo, los jóvenes que creen decididamente en los estereotipos masculinos tienen mayor cantidad de compañeras sexuales, menor nivel de intimidad con sus compañeras, mayor nivel de convicción de que las relaciones sexuales son relaciones entre adversarios, menor coherencia en el uso de condones y mayor preocupación acerca de que los condones menoscaban el placer masculino. Asimismo, valoran menos la apreciación de sus compañeras cuando se trata del uso de condones, asumen un más bajo nivel de responsabilidad en cuanto a prevenir el embarazo y tienen una más fuerte creencia en que el embarazo valida la virilidad⁵¹.

En México y los Estados Unidos, las adolescentes que habían solicitado métodos anticonceptivos tenían una más débil vinculación con los papeles sexuales tradicionales de la mujer que otras niñas que habían quedado embarazadas⁵². En Tailandia, Zimbabue y muchos otros lugares, el estereotipo admirado, de niñas calladas, inocentes y "buenas", impide que las niñas negocien el uso de condones⁵³.

Tanto los varones como las niñas suelen aceptar la "doble norma" (diferente para los varones y las mujeres), que puede redundar en comportamientos deficientes en lo concerniente a la salud reproductiva. Muchos adolescentes encuestados en la India y Tailandia estuvieron de acuerdo con que los varones tuvieran múltiples compañeras sexuales, pero rechazaron la idea de que ocurriera lo propio con las mujeres y aceptaron que los varones tuvieran relaciones sexuales prematrimoniales, pero no las mujeres⁵⁴. Con frecuencia, tanto los adolescentes como las adolescentes manifestaron que los jóvenes varones que no iniciaban y controlaban las relaciones sexuales eran débiles, actitud que a me-

Gráfico 4: Porcentaje de alumbramientos por mujeres menores de 20 años, respecto de todos los alumbramientos, por región/subregión



Fuente: División de Población de las Naciones Unidas. 2000. *World Population Monitoring, 2000: Population, Gender and Development*.



nudo conduce a los varones a obligar a las niñas a tener relaciones sexuales⁵⁵.

Es necesario que los padres y madres estén más involucrados. Los progenitores afirman que les gustaría que sus hijos recibieran enseñanzas acerca de la sexualidad, pero, en su mayoría no la imparten. Muchos están mal informados o se sienten turbados al tocar el tema y temen que se les formulen preguntas a las que no pueden responder⁵⁶.

Las niñas conversan con sus madres acerca de la menstruación y el embarazo, pero raramente se comunican con su compañero sexual. Los varones reciben incluso menos información por parte de sus progenitores y, por cierto, no tanta como querrían⁵⁷. Los padres suelen estar ausentes o silenciosos y, por ende, proporcionan un modelo de comportamiento masculino desamorado. En verdad, en un estudio realizado en Zimbabwe se informó de que los padres estaban “frecuentemente ausentes de su hogar y solía percibirseles como personas remotas, temibles, depresivos e impredecibles, a las que era mejor evitar”⁵⁸.

Las desigualdades sociales y sexuales aprendidas durante la infancia y la adolescencia incrementan la vulnerabilidad de las niñas al embarazo y el contagio con el VIH debido a que en una relación, ellas no pueden negociar relaciones sexuales de menor riesgo en un pie de igualdad⁵⁹. Asimismo, las niñas corren mayores riesgos que los varones de ser objeto de abuso sexual y violencia física infligidos por un compañero.

Las jóvenes casadas pueden estar en situación particularmente desventajosa. Las jóvenes recién casadas que preferirían esperar antes de tener un hijo pueden encontrarse con que sus esposos, sus familias, e incluso algunos encargados de servicios de salud, no les proporcionan anticonceptivos hasta que hayan tenido un hijo⁶⁰. Cuando las mujeres dependen de sus esposos, también pueden carecer de facultades para negociar prácticas sexuales de menor riesgo⁶¹.

Los programas pueden contribuir a cambiar las normas

Esas actitudes pueden cambiar y los programas pueden ayudar al respecto. Naturalmente, los programas son uno entre muchos factores que influyen sobre las normas de género, pero son un punto de partida.

A veces, simplemente al señalar a la atención la desigualdad en las normas de género se pueden suscitarse mejoras. En la India, el Centro de Educación, Capacitación y Concienciación sobre la Nutrición ofrece en las ferias locales representaciones teatrales ilustrativas de cómo las suposiciones de que las mujeres no deben viajar sin permiso y deben encargarse de todas las tareas domésticas podría menoscabar la posibilidad de las familias de recibir buena atención de la salud. Los líderes locales afirmaron que nunca habían reflexionado sobre esas cuestiones y apoyaron decididamente cambios que otorgaron a las mujeres mayor grado de libertad⁶².

Al ayudar a los jóvenes a tomar conciencia de las suposiciones en cuestiones de género se puede propiciar una mejor cooperación. En Tailandia, el Proyecto de Lucha contra el SIDA en Bangkok organizó grupos de opinión integrados por adolescentes, varones y mujeres, para hablar de la utilización de condones. En esos grupos se comprobó que los hombres y las mujeres tailandeses tenían diferentes puntos de vista respecto de las relaciones sexuales. Mientras las jóvenes aspiraban a situaciones románticas, los varo-

nes querían relaciones sexuales y a veces obligaban a las niñas a tener relaciones sin protección. Sobre la base de esas conclusiones, el proyecto imprimió folletos separados para distribuirlos entre adolescentes varones y mujeres. En cada folleto figuraba una descripción de lo que querían y esperaban las personas del otro sexo, así como las maneras de hablar de esas cuestiones⁶³. Los folletos tuvieron tanta aceptación que otros proyectos compraron miles de ejemplares.

Algunos programas estudian a los jóvenes que poseen buenas aptitudes de comunicación y cooperación para determinar qué es lo que hacen correctamente. En el Brasil, algunos jóvenes varones *no* actúan de acuerdo con los estereotipos culturales predominantes, que presentan varones agresivos y no comunicativos. Todos esos jóvenes han tenido un pariente o amigo que les ofreció un ejemplo diferente. Los jóvenes que podían reflexionar sobre sus vidas o ser considerados competentes en alguna esfera de sus vidas — escuela, trabajo, deportes o música — estaban en mejores condiciones de hacer caso omiso de los estereotipos masculinos tradicionales. Entre las respuestas de los programas puede incluirse la colaboración con los jóvenes para reflexionar acerca de sus acciones, ofrecerles mentores que promuevan la seguridad en las relaciones sexuales, les impartan aptitudes y los ayuden a cuestionar los modelos tradicionales de comportamiento⁶⁴.

La experiencia de programas realizados en el pasado indica que los jóvenes necesitan programas accesibles, en que no se los critique y se responda a lo que los jóvenes quieren⁶⁵. Debido a que hay tantas clases diferentes de jóvenes — varones y mujeres, casados y solteros, con y sin actividad sexual — no hay un único criterio que sea apto para todos ellos⁶⁶. Aun cuando deberían realizarse acciones por separado para satisfacer las necesidades de los varones y las niñas, lograr que se escuchen entre ellos es particu-

RECUADRO 13

Las normas culturales de género pueden impedir las relaciones sexuales sin riesgo

En el Brasil, los varones aprenden que la actividad sexual es una parte importante de su masculinidad. Un “macho” debe tener actividad sexual y seguridad financiera. Para la mayoría de los jóvenes varones, tener actividad sexual es más fácil que encontrar un empleo, de modo que las conquistas sexuales son una de las pocas maneras en que pueden afirmar su masculinidad. Los varones aprenden las normas de masculinidad de otros varones. Amigos, tíos, hombres de su vecindario, incluso los padres, acicatean a los jóvenes y los alientan a tener relaciones sexuales y, si no las tienen, los califican de homosexuales.

En el Brasil, las niñas reciben un mensaje diferente. Una mujer debe ser más frágil que un hombre, menos enérgica y más capaz de controlar su sexualidad. Antes del matrimonio, no debe tener actividad sexual ni estar informada acerca de cuestiones sexuales. Después del matrimonio, su esposo le enseñará lo que necesite saber.

Esas normas sociales de género redundan en deficiente cooperación y comunicación en cuestiones de sexualidad. Las niñas dicen que no pueden sugerir el uso de condones ni llevarlos consigo por temor a ser consideradas promiscuas. Los varones dicen que no pueden aceptar la abstención por temor a ser considerados débiles. Las niñas corren riesgo de deshonor si buscan información acerca de la sexualidad o demuestran interés al respecto. Los niños corren riesgo de que se los ridiculice si se limitan a una única compañera.

larmente eficaz para facilitar la comunicación sin trabas en la pareja.

Al capacitar a los jóvenes para que sean educadores de otros jóvenes se puede legitimar el intercambio de ideas sobre responsabilidad sexual. Los jóvenes varones se reúnen con otros de la misma edad que hablan sin dificultades y abiertamente acerca de la sexualidad y promueven los comportamientos responsables como una cualidad “masculina” atrayente. Ser un educador de otras jóvenes también posibilita que las niñas hablen de cuestiones sexuales sin riesgo de que se las tache de promiscuas⁶⁷.

Los programas pueden satisfacer las necesidades de los jóvenes a un menor costo si evitan tratar la sexualidad en la adolescencia como cuestión médica. Muchos jóvenes, tal vez la mayoría, sólo necesitan información, aptitudes para la vida y consejos sanos. Esas necesidades pueden satisfacerse en los ámbitos comunitarios que los jóvenes prefieran. Los recursos deferirán cuando se trate de varones y niñas, de menor o de mayor edad, pero pueden incluir clubes deportivos, grupos de exploradores, farmacias y lugares de trabajo⁶⁸. Los servicios de salud pueden apoyar esas acciones⁶⁹.

También es necesario que los programas se orienten hacia los adultos, para que éstos no limiten el acceso de los jóvenes a la información y los servicios de salud y no impidan así que los jóvenes ejerzan su responsabilidad sexual. Por ejemplo, el personal de atención de la salud suele negarse a tratar a los jóvenes que solicitan atención de la salud, los progenitores no proporcionan información a sus hijos y los maestros omiten presentar materiales sobre higiene sexual en sus clases.

En un estudio realizado en Kenya se determinó que un 71% de los progenitores informaron de que en el año transcurrido habían conversado con sus hijos acerca de las tareas escolares, pero sólo un 28% de ellos habían hablado con sus hijos acerca del comportamiento sexual⁷⁰. Es preciso que los padres y madres examinen sus propias suposiciones acerca de cuestiones de género y sexualidad y decidan si son esos los valores que desean que sus hijos adopten. Una vez que los padres y madres reconocen la importancia de su propio papel en el proceso de educación, los programas pueden hacer hincapié en ofrecer información y ayudar a los progenitores a elaborar criterios para conversar con sus hijos.

Los padres y madres no son los únicos adultos que deberían estar involucrados. En Uganda, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) utiliza una amplia definición que equipara los progenitores a todos los adultos que cuidan a niños: madres, padres, abuelos, tías, tíos, padrastros, madrastras, tutores y amigos de la familia. Los agentes de salud, los maestros, los instructores y otras personas que trabajan con jóvenes también pueden pasar a ser eficaces fuentes de información para ellos. Al igual que lo que ocurre con padres y madres, es preciso que estos adultos tengan conciencia de sus propios prejuicios, y también que tengan acceso a información fidedigna.

Hay varios tipos de programas que enseñan comunicación entre las personas de diferentes generaciones acerca de la sexualidad. En Kenya, por ejemplo, la Asociación de Planificación de la Familia está ensayando un modelo centrado en los progenitores para ampliar la información y los servicios ofrecidos a los jóvenes residentes en el poblado de Nyeri. En virtud del programa, se capacita a padres y madres para que actúen como amigos de sus hijos y proporcionen a los adolescentes y a otros padres y madres información, asesoramiento básico y remisión a otras instancias. Además, se capacita a los encargados de prestar servicios privados y públicos para que reciban remisiones de adolescentes que necesitan niveles más avanzados de información, asesoramiento o atención clínica⁷¹.

El FNUAP ha apoyado varios proyectos de educación de padres y madres en África y en otras partes del mundo. En Malawi, por ejemplo, un proyecto está tratando de integrar la educación de padres y madres en un programa de capacitación con base comunitaria. En Egipto, un proyecto interregional que cuenta con el apoyo del FNUAP ha capacitado eficazmente a teólogos musulmanes para que impartan instrucción extraescolar y asesoramiento a padres y madres sobre salud reproductiva, educación sobre la sexualidad y planificación de la familia. En México, el grupo *Gente Joven* tiene el propósito de mejorar la comunicación entre generaciones y establecer en los adultos, padres y madres una actitud clara y positiva respecto de la sexualidad de los jóvenes. El programa ofrece cursos básicos sobre orientación sexual para padres y madres de jóvenes de entre 11 y 20 años de edad. En 1991 también se impartió capacitación a 110.000 promotores de la juventud.

Políticas de promoción de alianzas

De conformidad con las normas sociales vigentes en la actualidad, se priva a los jóvenes de información fidedigna, al mismo tiempo que la cultura popular exalta y alienta la actividad sexual⁷². Los encargados de for-

RECUADRO 14

La Fundación Gates ayuda a proteger a los jóvenes africanos contra el VIH/SIDA

En abril de 2000, la Fundación Bill & Melinda Gates anunció un subsidio por valor de 57 millones de dólares con destino a programas cuyo objetivo es proteger contra el VIH/SIDA a los jóvenes de Botswana, Ghana, la República Unida de Tanzania y Uganda. La prevención de enfermedades mortales entre los niños pobres es un tema de prioridad fundamental para esa fundación estadounidense.

El subsidio, de cinco años de duración, se utilizará para ampliar las campañas nacionales encaminadas a educar a los jóvenes acerca de la prevención del VIH/SIDA y velar por que puedan protegerse a sí mismos. Los gobiernos de los países ejecutarán los programas en colaboración con el FNUAP, dos ONG internacionales dotadas de amplia experiencia en África al sur del Sahara — el Programa de Tecnología Apropriada en Salud (PATH) y *Pathfinder International* — y grupos locales.

Los cuatro países fueron seleccionados sobre la base de las necesidades y de su demostrado compromiso en pro de la prevención del VIH/SIDA entre los jóvenes.

Personal sobre el terreno del FNUAP, del PATH y de *Pathfinder* han formulado diversos proyectos: educación rural y urbana, asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes dentro y fuera de la escuela, servicios accesibles de salud reproductiva (ofrecidos en centros de la juventud, por ejemplo) y capacitación en el empleo para jóvenes en situación desventajosa.

Los programas que reciben apoyo también servirán como modelo para otros países gravemente afectados y para la asistencia internacional. Una red regional de apoyo facilitará el intercambio de información sobre las experiencias nacionales.



mular políticas pueden contribuir a cambiar esas normas. Pueden promulgar y hacer cumplir leyes que protejan a las niñas y los niños varones contra los abusos perpetrados por adultos y contra el matrimonio precoz. En colaboración con los profesionales de la salud, pueden proporcionar a los adolescentes acceso a la información, aptitudes y servicios, de ser necesario. Pueden apoyar las acciones para que los jóvenes, en especial las niñas, sigan asistiendo a la escuela.

Y, lo que es más importante, los encargados de formular políticas y los líderes políticos pueden convertirse en nuevos modelos de comportamiento y validar a las mujeres capaces y a los hombres compasivos. Mediante sus acciones, están en condiciones de demostrar que los hombres y las mujeres pueden comunicarse y cooperar, y que lo hacen.

Necesidades de los hombres en materia de salud reproductiva

Si bien las mujeres corren mayores riesgos de contraer enfermedades del aparato reproductor que los hombres, los hombres también están sujetos al contagio con enfermedades de transmisión sexual y sufren otros problemas de salud reproductiva, entre ellos impotencia o infertilidad. La muerte o la enfermedad de sus esposas a raíz de la inadecuada atención de la salud reproductiva es también una carga que agobia a muchos hombres.

Se ha calculado que, debido a las enfermedades de transmisión sexual, excluido el VIH/SIDA, cada año se perderán más de 1,9 millón de años de vida ajustados en función de discapacidades para el caso de los varones de 15 a 59 años de edad; y otros 16,8 millones de años se perderán a raíz del VIH/SIDA⁷³. La infertilidad, con frecuencia a raíz de enfermedades de transmisión sexual que no han recibido tratamiento, afecta a millones de hombres, pero las estadísticas son deficientes, dado que la salud reproductiva de los varones suele no evaluarse desde el punto de vista médico y está insuficientemente estudiada⁷⁴.

Los hombres, al igual que las mujeres, quieren espaciar los alumbramientos o limitar el número de hijos; pero sus necesidades quedan insatisfechas. En algunos países en desarrollo, por ejemplo, entre la cuarta parte y las dos terceras partes de los hombres afirman que no quieren tener más hijos; pero ni ellos ni sus esposas están utilizando anticonceptivos⁷⁵.

Los servicios de salud reproductiva orientados a los hombres se han concentrado en el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y la lucha contra éstas. En muchos países también se ha tratado de proporcionar información y servicios a los conscriptos⁷⁶. En Bolivia, el Ecuador, Nicaragua, el Paraguay y el Perú, varios programas que cuentan con el apoyo del FNUAP están creando en las fuerzas armadas y las fuerzas policiales mayor conciencia acerca de la higiene sexual y la salud reproductiva de los hombres, la desiguales relaciones de género y la violencia contra la mujer⁷⁷.

En los últimos años, la proporción del uso de anticonceptivos por los hombres (inclusive condones y los métodos de retiro, abstinencia periódica y vasectomía) ha ido disminuyendo. Ha llegado al 26%, lo cual representa una disminución del 11% respecto de

1987 y del 5% respecto de 1994⁷⁸. La vasectomía (anticoncepción quirúrgica masculina) es un procedimiento más seguro y menos invasor del cuerpo que la correlativa operación femenina (ligadura de trompas), pero se la practica mucho menos.

Los usuarios potenciales citan varias razones por las que consideran que determinados métodos son inaceptables (por ejemplo, preocupaciones acerca de la permanencia o la reversibilidad del método, interrupción de la espontaneidad de las relaciones sexuales, efectos negativos sobre la libido o el desempeño sexual). Pero esos métodos ofrecen beneficios: en el caso de los condones, la prevención del contagio con el VIH; en el de muchas vasectomías, permanencia; en el de la abstinencia y el retiro, ausencia de costos financieros.

En muchos países, el grado de información que poseen los hombres solteros sobre cómo evitar el embarazo y prevenir el contagio con el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual aún sigue siendo escaso. Los hombres solteros que tienen actividad sexual manifiestan que usan los condones en proporciones diversas (del 7% al 50% en África al sur del Sahara y entre el 27% y el 64% en América Latina)⁷⁹. No obstante, las lagunas en la información, sumadas a la turbación y la renuencia de los encargados de proporcionar condones, impiden un mayor uso.

Los programas encaminados a cambiar las actitudes masculinas, apoyar los servicios de salud reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, e impartir sensibilidad a las cuestiones de género⁸⁰, han puesto de manifiesto algunos adelantos. Los programas de asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes han sido particularmente útiles en el caso de los varones adolescentes.

La Federación de Planificación de la Familia de Ghana ha intensificado el interés de los hombres en el uso de anticonceptivos aplicando un enfoque en que se combinan las acciones en los medios de difusión con la divulgación por personal de las clínicas, a fin de promover una amplia gama de cuestiones de salud reproductiva, incluidas la impotencia y la infertilidad⁸¹.

En México y en Colombia, el asesoramiento de jóvenes por otros jóvenes ha intensificado la aceptación de la vasectomía. Debido a la capacitación de asesores y personal paramédico en México, aumentó en un 25% la aceptación y se redujo la dependencia respecto de la anticoncepción quirúrgica femenina. En Turquía, al asesorar a las parejas acerca de la vasectomía después de un aborto se ha promovido la aceptación del procedimiento y se ha reducido el recurso al aborto.

Necesidades de migrantes y refugiados en materia de salud reproductiva

Atender las necesidades de salud, inclusive las necesidades de salud reproductiva, de personas que la infraestructura existente no atiende, o no puede atender, es una cuestión prioritaria de salud pública. Esos grupos abarcan personas afectadas por guerras o desastres naturales; poblaciones remotas y otras comunidades que viven en la pobreza; o países perjudicados por reveses económicos o transiciones. Las mujeres y los niños constituyen una proporción muy

Los hombres, al igual que las mujeres, quieren espaciar los alumbramientos, pero sus necesidades quedan insatisfechas.

grande de esas comunidades, y aparecen cada vez más asumiendo funciones de jefes de familia.

Se ha calculado que en todo el mundo hay actualmente 125 millones de migrantes internacionales y 15 millones de refugiados que van al extranjero en procura de mejores vidas para sí mismos y sus familias, huyendo de guerras, de disturbios civiles, del hambre y de la destrucción del medio ambiente. Hay otros 20 millones de personas clasificadas como internamente desplazadas dentro de sus propios países. Esos migrantes y refugiados, en su mayoría, van a parar a zonas urbanas y mayormente — hasta un 80% en algunas zonas — son mujeres y niños⁸².

Casi todos los refugiados y la mitad de todos los migrantes viven en países en desarrollo, donde los servicios suelen ser lastimosamente insuficientes para satisfacer sus necesidades en materia de salud reproductiva. En un grado aun mayor que otros grupos, los migrantes y los refugiados necesitan servicios de salud reproductiva, inclusive la protección contra el VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual, servicios para la maternidad sin riesgos y protección contra la violencia sexual y de género. Pero con demasiada frecuencia carecen de acceso a estos importantes servicios. Esos grupos, apiñados en los márgenes de las ciudades, alojados en campamentos transitorios en zonas remotas, muchos de ellos carentes de un lugar que puedan considerar su hogar, figuran entre los miembros más vulnerables de la sociedad⁸³.

Dado que en los países en desarrollo las familias migrantes suelen ser pobres y vivir en condiciones miserables en asentamientos de precaristas, en villas de

emergencia o en las calles, corren mayores riesgos que la población en general en lo concerniente a embarazos no deseados, complicaciones del embarazo y violencia doméstica. Las mujeres y los niños también corren riesgo de explotación sexual, contagio con enfermedades de transmisión sexual (incluido el VIH/SIDA) y violencia por motivos de género⁸⁴. Con frecuencia, las mujeres y las adolescentes caen presa de la industria del sexo.

Por conducto de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), la comunidad internacional está tratando de restaurar las vidas de las personas desplazadas, particularmente las mujeres y los niños. Mediante empleos y capacitación práctica, acceso a herramientas y equipo y programas de crédito, las mujeres y sus familias están reconstruyendo sus vidas⁸⁵. En forma similar, los programas de salud reproductiva deben llegar a las mujeres — y a los hombres — en sociedades en transición y situaciones de refugiados, proporcionando servicios que los protejan contra embarazos no deseados y enfermedades y los ayuden a asegurar una procreación saludable.

Las personas desplazadas de sus viviendas como resultado de conflictos civiles, guerras o desastres naturales, suelen ser vulnerables a los riesgos de salud reproductiva y carecer de acceso regular a los servicios y la información. En esas situaciones, muchas mujeres se encuentran como jefas de familia o solas sin protección familiar, con lo cual aumentan su vulnerabilidad a la explotación sexual y los peligros concomitantes.

La violencia sexual es común en muchos conflictos armados, especialmente cuando los combatientes

RECUADRO 15

El FNUAP y las necesidades de salud reproductiva en situaciones de emergencia

A partir de 1994, el FNUAP ha centrado activamente la atención internacional en la salud reproductiva y los derechos reproductivos de los refugiados y las personas desplazadas, y ha prestado asistencia a proyectos de salud reproductiva de emergencia en más de 30 países. En virtud de esos proyectos se ofrecen: atención personal en materia de higiene; atención prenatal, del parto en condiciones de seguridad y postnatal; tratamiento de las complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio; información y servicios de planificación de la familia; prevención y atención de las infecciones del aparato reproductor y las enfermedades de transmisión sexual, incluida la prevención del VIH/SIDA; y tratamiento de las consecuencias de la violencia sexual.

En 1995, el FNUAP y el ACNUR, con la colaboración del UNICEF y de la OMS, organizaron un simposio para organismos de asistencia humanitaria, a raíz del cual se creó el Grupo Mixto de Trabajo sobre Necesidades de Salud Reproductiva en Situaciones de Refugiados y se preparó el *Inter-Agency Field Manual on Reproductive Health Needs in Refugee Situations*, que posteriormente ha sido ampliamente utilizado por muchos organismos en situaciones de emergencia. La versión más reciente del manual fue dada a conocer por la OMS, el ACNUR y el FNUAP en junio de 1999.

El Grupo Mixto de Trabajo sigue desempeñándose como activo órgano de coordinación de organismos internacionales en esta esfera y proporciona un vehículo para el intercambio de información sobre las operaciones, además de fijar estándar

para los servicios de atención, guiar la investigación y coordinar la capacitación y las acciones de promoción.

El Grupo Mixto de Trabajo también contribuyó a preparar y perfeccionar el contenido de un conjunto de 12 botiquines de emergencias obstétricas y salud reproductiva que pueden ser enviados por avión a zonas afectadas por crisis antes de que sea posible establecer allí programas más integrales. El FNUAP organiza esos botiquines y los pone a disposición de organismos y gobiernos nacionales, a petición de éstos, en situaciones de emergencia. El Fondo ha aportado equipo y suministros de ese tipo, así como apoyo técnico a los servicios de salud reproductiva en el Afganistán, Albania, Bosnia y Herzegovina, Eritrea, Kosovo, Guinea-Bissau, Mongolia, Mozambique, la República Unida de Tanzania, Rwanda, Timor Oriental y Zimbabue.

En 1999 y a principios de 2000, el FNUAP respondió a diversos casos de desastres naturales, entre ellos terremotos en Turquía; deslizamientos de tierras en Venezuela; un ciclón en la India; e inundaciones en Madagascar, Mozambique y Zimbabue.

El FNUAP colabora estrechamente con otros organismos y organizaciones internacionales, así como con grupos locales, y ha suscrito acuerdos con el ACNUR, la Organización Internacional para las Migraciones y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. El Fondo aporta regularmente servicios de expertos en la documentación de los aspectos demográficos de situaciones de crisis, como parte del diagnóstico de las necesidades humanitarias y la planificación conjunta por los organismos de las Naciones Unidas.



entran en contacto con las poblaciones civiles; en varios conflictos recientes se han documentado grandes cantidades de violaciones. Por consiguiente, hay una necesidad crítica de proporcionar a las mujeres y las jóvenes que han sido objeto de violencia sexual el tratamiento, el asesoramiento y los servicios necesarios, entre ellos la anticoncepción de emergencia, la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y la atención del parto y las complicaciones del aborto.

Alianzas para la salud reproductiva y la planificación de la familia

Los gobiernos pueden promover la participación de las comunidades en la mejora de la salud reproductiva y pueden disponer que los programas del sector público tengan mayor sensibilidad de género. Con esos fines, se han preparado varias guías y currículos y en algunos países se ha ampliado la capacitación conexa del personal de programas⁸⁶. Las organizaciones no gubernamentales suelen tener mayor flexibilidad al respecto que los servicios gubernamentales y con frecuencia es para ellas más fácil que para los gobiernos trabajar en temas delicados, como la salud de los adolescentes y la violencia por motivos de género.

Redes

Uno de los principales aspectos fuertes de las organizaciones no gubernamentales es su capacidad para entablar alianzas y relaciones de coparticipación entre ellas y con los gobiernos. Esas redes de organizaciones aplican diversas perspectivas y tipos de conocimientos especializados a las cuestiones de interés común.

En el **Brasil**, la **Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos** es una red de escala nacional integrada por 60 ONG y grupos de mujeres, 20 grupos universitarios que se ocupan de cuestiones de género y salud, legisladoras, profesionales de la salud y del derecho y activistas de derechos humanos. Después de la CIPD, esta red ha facilitado la participación de la mujer en la formulación y la aplicación de políticas sobre salud reproductiva y derechos reproductivos de las mujeres y las adolescentes, ha fortalecido la perspectiva de género y ha contribuido a crear una nueva visión y nuevos indicadores de salud.

La **Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF)** congrega a asociaciones de planificación de la familia de 150 países. La Carta de Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, elaborada en 1995 por la IPPF, se utiliza en todo el mundo para enmendar la legislación y emprender tareas de promoción sobre cuestiones delicadas, como el aborto en malas condiciones y los embarazos no deseados.

Health Empowerment Rights and Accountability (HERA) es una red internacional de ONG compuesta por investigadores y organizaciones de mujeres y formada durante el proceso de la CIPD a fin de promover la igualdad de género, la salud reproductiva y los derechos reproductivos. HERA es coordinada por la Coalición Internacional para la Salud de la Mujer (IWHC) y sus informes actualizados, boletines, consultas y seminarios prácticos han tenido influencia en cuanto a la concienciación de la

comunidad internacional sobre la importancia de las cuestiones de género y los derechos de la mujer en las estrategias de población y desarrollo.

El **Grupo Internacional de Acción e Investigación sobre Derechos Reproductivos**, establecido en 1992, colabora con otras redes de mujeres, entre ellas **Alternativas de Desarrollo para la Mujer en la Nueva Era (DAWN)**, la **Coalición para la Salud de la Mujer de América Latina y el Caribe** y la **Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos**. La influencia de sus políticas se pone de manifiesto en los siete países donde realizaron tareas de investigación (el Brasil, Egipto, los Estados Unidos, Filipinas, Malasia, México y Nigeria) así como en el plano internacional, en que han contribuido a incorporar al temario intergubernamental los aspectos culturales, políticos y económicos de los derechos reproductivos.

El **Fondo Mundial para la Mujer** fue establecido a mediados del decenio de 1980 para ayudar a las mujeres y las organizaciones de mujeres a transformar sus sociedades. El Fondo Mundial estudió los efectos de sus subsidios en ocho países, entre ellos los efectos sobre las actitudes de las mujeres respecto de la planificación de la familia y el uso de anticonceptivos. El estudio llegó a la conclusión de que "la participación en las actividades de las organizaciones amplía los medios de acción de las mujeres (mediante mayor autoestima, mayores conocimientos, más aptitudes y mayor autonomía económica). Esto, a su vez, tiene efectos sobre la salud reproductiva y el comportamiento. Para muchas mujeres, ahonda su deseo de utilizar anticonceptivos, y al mismo tiempo, aumenta sus posibilidades de tener acceso a ellos"⁸⁷.

Organizaciones no gubernamentales nacionales y servicios comunitarios de salud

Las ONG nacionales están promoviendo la salud reproductiva y el bienestar de la mujer, ofreciendo atención de la salud y servicios sociales y participando activamente en los procesos de reforma del sector de salud. En **Bangladesh**, por ejemplo, un 25% de las actividades de salud reproductiva son realizadas por ONG. Una de ellas es el Comité de Adelanto Rural de Bangladesh (BRAC), fundado en 1972, que cuenta con más de 20.000 funcionarios y llega a 2,1 millones de mujeres y niñas en 65.000 aldeas y 34.000 escuelas.

En **Bangladesh, Colombia, Jamaica, México, el Perú y Zambia**, las ONG han asumido el liderazgo en cuanto a la ampliación de servicios, en particular, proporcionando servicios de planificación de la familia en el marco de los servicios de salud reproductiva y ofreciendo servicios a hombres y adolescentes. PROFAMILIA, una asociación colombiana afiliada a la IPPF, ofrece más del 60% de los servicios de planificación de la familia existentes en el país. A partir de 1994 ha ido extendiendo los servicios de salud reproductiva que proporciona, además de ofrecer otras actividades para la ampliación de los medios de acción de la mujer. En el **Perú**, la ONG de mujeres Manuela Ramos está colaborando con cerca de 90 organizaciones de mujeres de base comunitaria, en virtud de un proyecto titulado *ReproSalud*⁸⁸.

En **China**, la Fundación Ford apoyó el Programa de Salud Reproductiva y Desarrollo de la Mujer para abordar las cuestiones de salud reproductiva de la mujer en el contexto social y económico más amplio

Para las organizaciones no gubernamentales suele ser más fácil que para los gobiernos trabajar en temas delicados, como la salud de los adolescentes.

RECUADRO 16

Uso de redes para promover la salud reproductiva

El proyecto ACCESS, del Centro de Actividades de Desarrollo y Población (CEDPA), proporcionó servicios de planificación de la familia y salud reproductiva con base comunitaria en Nigeria, colaborando con diez organizaciones de defensa de los intereses de la mujer en varios estados de ese país. Todas ellas son filiales a escala estatal de redes nacionales de mayor magnitud, entre ellas el Consejo Nacional de Sociedades de Mujeres, la Organización Cristiana para la Salud de Nigeria, la Asociación de Campesinas Nigerianas, la organización Mujeres en Nigeria y la Organización de Salud de las Comunidades de Base de Nigeria. Las organizaciones colaboran con 500 sociedades locales, las cuales ofrecen servicios integrados por conducto de más de 2.000 agentes, puesteros en mercados y comerciantes. La fortaleza de esas redes dimana de su legitimidad nacional y su credibilidad y, lo que es más importante, su pertinencia local y su capacidad para colaborar con programas de gobiernos locales y apoyarlos.

que conforma la salud femenina en general⁸⁹. El programa posibilitó que las campesinas pobres comprendieran más sus necesidades de salud, las expresaran mejor y actuaran al respecto. Las comunidades participaron en la adopción de decisiones y el diseño de programas. En virtud de esta iniciativa, también se capacitó a profesionales nacionales y locales para que utilizaran un enfoque “de abajo hacia arriba” al satisfacer las necesidades individuales y de la comunidad.

Algunas asociaciones de planificación de la familia afiliadas a la IPPF están tratando de ayudar a las comunidades a determinar cuáles son sus problemas de salud reproductiva y al hacerlo, fomentan en la comunidad la confianza hacia los agentes de salud y aseguran que los nuevos servicios satisfagan las necesidades comunitarias. En Madrás (**India**), este enfoque ha fomentado mayores aptitudes de comunicación entre las mujeres y ha posibilitado que éstas hablen con sus esposos y asuman un papel más amplio en cuanto a velar por el bienestar de sus hijos⁹⁰.

Las organizaciones no gubernamentales y la salud reproductiva de los adolescentes

Las ONG están tratando de involucrar a los adolescentes en las actividades encaminadas a satisfacer sus necesidades de salud reproductiva e higiene sexual. Al dar a las niñas un espacio para que hablen acerca de sus sentimientos y expectativas respecto de la reproducción, la salud y la sexualidad se adopta una importante estrategia para lograr mejor salud reproductiva y mayor igualdad de género.

Algunos grupos tradicionales, entre ellos la Asociación Mundial de las Guías Scout, también están promoviendo los derechos reproductivos de las jóvenes. Una ONG de las comunidades de base, entre ellas la Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, el CEDPA en la **India**, *Arrow* en **Malasia**, *ISIS International-Manila* en **Filipinas**, *Tanzania Media Women's Association* en la **República Unida de Tanzania** y el *Women's Health Project* en **Sudáfrica** están utilizando intercambios de ideas entre personas de un mismo grupo y técnicas de capacitación en cuestiones de género a fin de alentar a las niñas a que hablen acerca de la salud reproductiva y la higiene sexual y se hagan valer más en sus relaciones con los varones.

El Programa para Mejorar la Vida Reproductiva de los Adolescentes (PEARL) en **Uganda**, programa de base comunitaria que cuenta con el apoyo del FNUAP y cuyo objetivo principal es llegar a los jóvenes que no asisten a la escuela, tiene como meta crear para los adolescentes un ámbito protegido en que se combinen las actividades de recreación con el asesoramiento y los servicios en materia de salud reproductiva. Aunque el programa está dirigido a los adolescentes, también crea conciencia entre padres, madres, líderes religiosos y líderes comunitarios acerca de la importancia de ofrecer asesoramiento y servicios de ese tipo.

Otros grupos, entre ellos el Centro de Rehabilitación de Mujeres en **Nepal** y los miembros de la Red Mundial de Mujeres para los Derechos Reproductivos en más de 23 países están abordando la difícil cuestión de mejorar la salud, el bienestar y las opciones de las niñas trabajadoras del sexo que han sido rescatadas.