

[12]

## Salud sexual y reproductiva



Lucía Mazarrasa Alvear

- [Escuela Nacional de Sanidad - Instituto de Salud Carlos III] -

Sara Gil Tarragato

- [MIR de Medicina Preventiva y Salud Pública] -

# SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA





## INTRODUCCIÓN

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva (S.S.R.) nació como tal en 1994 en El Cairo. Fue un parto primerizo, largo y doloroso. Igual que el puerperio en el que nos encontramos.

Trataremos de analizar el concepto de S.S.R. y cómo se llegó a él. Analizaremos también dónde nos encontramos ahora y cómo la perspectiva de género en la S.S.R. puede arrojar luz, ofreciéndonos la posibilidad de detectar las inequidades de género que en éste ámbito, quizás más que en otros, afectan tan de cerca a las mujeres.

A través del análisis de Género podremos después encontrar estrategias para actuar y tratar de minimizar las inequidades. Estrategias de promoción de la S. S. R. como la transversalización del enfoque de género, la educación, la atención primaria de salud o el empoderamiento de las mujeres que no son nuevas pero que a día de hoy necesitan del más fuerte de los impulsos.

## OBJETIVOS DE LA UNIDAD

- **Recordar** la definición de Salud Sexual y Salud Reproductiva y profundizar en el significado del concepto, analizando los acontecimientos históricos que hicieron evolucionar el concepto hasta nuestros días.
- **Revisar** los derechos sexuales y reproductivos y analizar el estado de los mismos en nuestro país.
- **Conocer** y aprender a utilizar las herramientas de análisis de género en Salud Sexual y Reproductiva.
- **Tomar** conciencia de cómo las normas y los valores sobre los roles de género se relacionan con las inequidades de género en salud sexual y salud reproductiva.
- **Identificar** las estrategias de promoción de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género.
- **Proponer** criterios para integrar el enfoque de género en los programas de salud sexual y reproductiva



# 1. Salud Sexual y Reproductiva desde la perspectiva de género

## 1.1 DEFINICIONES Y EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva es definido por el Fondo de Población de Naciones Unidas como un “Enfoque integral para analizar y responder a las necesidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y la reproducción”.

Desglosando sus dos componentes podemos definir la Salud Reproductiva como un “Estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña además la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia”. Además establece como objetivo de la Salud sexual “ el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual”

**Por otro lado la Salud Sexual queda definida por la WAS (World Association For Sexology) como un “Estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o debilidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfecho”.**

La salud sexual y reproductiva así definida tiene su origen en la “Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de Naciones Unidas” (CIPD) que tuvo lugar en El Cairo el año 1994. Fue en esta conferencia donde se acuñó por primera vez este término. Hasta entonces, lo que hoy todos entendemos por salud sexual y reproductiva, nunca había estado como tal en los documentos ni en las iniciativas internacionales. Hubo de recorrerse un largo camino hasta llegar a concebirlo en 1995.

El camino hacia la salud sexual y reproductiva tal y como la entendemos hoy se inició en 1948 cuando en la Declaración de los Derechos Humanos, además de reconocerse el derecho de todo ser humano a la salud se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil en el capítulo 25.2 donde se señala que “la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños y todas las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.



El concepto de salud materna e infantil empezará a cobrar cada vez mayor relevancia. En 1952 la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprueba el “Convenio relativo a la protección de la maternidad”.

Tres décadas tuvieron que pasar para que se fuera ampliando el concepto. Fue la “Conferencia de Alma Ata” (1978) cuando se incluye la planificación familiar como un mínimo más de la salud materna e infantil.

En 1979 en la “Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” de Naciones Unidas (CEDAW) vuelve a recoger en su declaración el derecho a un “acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia”.

Por fin en 1994 se deja de lado el término de salud materna e infantil para acuñar, el término de Salud Sexual y Reproductiva en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. Este logro fue el fruto del trabajo de los movimientos feministas de las décadas de los setenta y ochenta quienes reivindicaron con fuerza los derechos sexuales, constantemente olvidados.

La CIPD supuso un gran cambio con respecto a las políticas de población que hasta entonces se habían discutido en foros internacionales. Políticas cuyo único objetivo consistía en cumplir una serie de metas demográficas para frenar la superpoblación y paliar la pobreza. Y para las cuales el único interés que los temas reproductivos suscitaban se debía a la importancia del control de la fecundidad como medio para alcanzar dichas metas demográficas.

El Programa de Acción de la CIPD da un giro radical al establecer que las políticas de población deben tener como metas el bienestar de los individuos y su calidad de vida y han de localizarse siempre dentro del marco de los derechos humanos. Deja pues de lado las concepciones reduccionistas de las relaciones sexuales como medio para el fin reproductivo y de la mujer como madre y cuidadora. Hace especial hincapié en el empoderamiento de la mujeres como piedra angular de todos los programas, para hacerla autónoma en todas las esferas vitales y sobretodo respecto a la sexualidad y la reproducción.

Un año más tarde, en Beijing, tiene lugar la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas donde se insiste en los derechos de las mujeres y donde se perfila y refuerza el concepto de salud sexual y reproductiva. Se aprueba la Declaración y la Plataforma de Acción que serán una guía a seguir por gobiernos y entidades de todo el mundo.

La Plataforma afirma de nuevo que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia” y reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”.

Del mismo modo en el artículo 19 de la Declaración se define como “esen-



cial el diseño, implementación y monitoreo, con plena participación de las mujeres, efectivo, eficiente y mutuamente reforzantes de políticas y programas sensibles al género, en todos los niveles, que fomenten el empoderamiento y el progreso de todas las mujeres” y en el artículo 25 se “alienta a los hombres a participar de lleno en todas las acciones encaminadas hacia la igualdad”.

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

A nivel mundial en la “Cumbre del Milenio” que tuvo lugar en el año 2000, este espíritu estuvo presente a la hora de definir dos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En éstos se recogen aspectos fundamentales para la mejora de la salud reproductiva a nivel global: la reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres.

Pero sin embargo desde El Cairo el consenso global alcanzado sobre salud y derechos sexuales y reproductivos vive momentos difíciles pues el cumplimiento de los compromisos no sigue el ritmo deseado.

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

En la misma dirección, la conferencia para la evaluación de los compromisos adquiridos en la Plataforma de Acción de Beijing : Beijing +10 (2005) concluyó que la falta de derechos en materia de salud sexual y reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres en todas partes del mundo y la cada vez mayor incidencia de VIH/Sida entre las mujeres así como altas tasas de mortalidad materna en regiones de Africa, Asia y America Latina, reflejan que “en muchos aspectos la igualdad no es una realidad para la mujer” y que queda aún mucho camino por recorrer.

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



1948	Declaración de los Derechos Humanos Creación de la OMS	Se recoge por primera vez una alusión directa a la salud materna e infantil (Artículo 25.2) Entre sus funciones está "el promover la salud y la asistencias materna e infantil, y fomentar la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente" (Artículo 2.1)
1952	Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.)	Aprobación del Convenio relativo a la protección de la maternidad
1978	Organización Internacional del Trabajo (O.I.T.)	El planteamiento integral de Salud para Todos en el año 2000 recoge entre sus mínimos la "asistencia materna e infantil, incluyendo la planificación familiar"
1979	Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer: CEDAW	Impulsa el "acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluidos la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia" (Artículo 10 )
1994	EL CAIRO: Conferencia internacional sobre población y desarrollo	Pone el acento definitivo en el concepto de salud sexual y reproductiva y en la importancia del ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos
1995	IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Naciones Unidas: BEIJING	La Plataforma para la Acción reconoce que "la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos"
1999	EL CAIRO + 5 EI CAIRO + 10	Aunque supusieron una revisión y nueva ratificación han dejado al descubierto los riesgos a los que está enfrentada la agenda contemporánea en materia de salud sexual y reproductiva.
2000	CUMBRE DEL MILENIO	Recogen en dos de sus objetivos aspectos fundamentales para la mejora de la salud reproductiva a nivel global: la reducción de la mortalidad materna y el avance hacia la igualdad entre los géneros junto con el empoderamiento de las mujeres. Los indicadores de ambos indicadores
2005	BEIJING + 10	Concluyó que la falta de derechos en materia de salud sexual y reproductiva, los altos índices de violencia contra las mujeres en todo el mundo y la mayor incidencia de VIH/SIDA entre mujeres reflejan que aún queda mucho camino.

## 1.2 COMPONENTES DE LA S.S.R.

Los componentes de la salud sexual y reproductiva son los siguientes:

- Servicios de información, asesoramiento, educación y comunicación en materia de anticoncepción y salud reproductiva.
- Educación y servicios de atención prenatal, partos sin riesgo y posparto.
- Cuidados de salud para los y las recién nacidas/os.
- Acceso a métodos anticonceptivos seguros y modernos.
- Información y tratamiento para las infecciones de transmisión sexual.



- Servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones.
- Prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad.
- Información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable.
- Su ámbito de actuación tiene que hacer especial énfasis en la población juvenil.
- Así como garantizar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Y procurar servicios de prevención y atención en materia de violencia de género.

## 2. Derechos en Salud Sexual y Reproductiva

### 2.1 DEFINICIONES

Son derechos humanos fundamentales relativos al libre ejercicio de la sexualidad sin riesgos, al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual, a la libre elección del número de hijos, a la protección de la maternidad, entre otros aspectos. Quedaron definidos como tales en la Conferencia de El Cairo. (Fuente “Guía para programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África”. AECI-2005).

### 2.2 LISTADO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El listado de derechos sexuales y reproductivos según ONU-SIDA son:

- 1- Derecho a la vida, derecho fundamental que permite el disfrute de los demás derechos.
- 2- Derecho a la integridad física, psíquica y social.
- 3- Libertad a la finalidad del ejercicio de la sexualidad: recreativa, comunicativa, reproductiva.
- 4- Respeto a las decisiones personales en torno a la preferencia sexual.
- 5- Respeto a la opción de la reproducción.
- 6- Elección del estado civil.
- 7- Libertad de fundar una familia.
- 8- Libertad de decidir sobre el número de hijos, el espaciamiento entre ellos y la elección de los métodos anticonceptivos o proconceptivos.
- 9- Al reconocimiento y aceptación de sí mismo, como hombre, como mujer y como ser sexuado.
- 10- A la igualdad de sexo y género.



- 11- Al fortalecimiento de la autoestima, la autovaloración, y la autonomía para lograr la toma de decisiones adecuadas en torno a la sexualidad.
- 12- Expresión y libre ejercicio de la orientación sexual.
- 13- Libertad de elegir compañero/a sexual.
- 14- Elegir si se tienen o no relaciones sexuales.
- 15- A elegir las actividades sexuales según sus preferencias.
- 16- Derecho a recibir información clara, oportuna y científica acerca de la sexualidad.
- 17- A espacios de comunicación familiar para tratar el tema de la sexualidad.
- 18- A la intimidad personal, la vida privada y al buen nombre.

Anteriormente La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) elaboró una carta sobre los derechos sexuales y reproductivos en Londres en 1996 donde se recoge además:

- El derecho a la vida, lo que significa que no se debe arriesgar la vida de ninguna mujer debido a un embarazo.
- El derecho a la libertad y seguridad de la persona, el cual reconoce que ninguna mujer o niña debe ser sometida ni a la mutilación genital femenina, ni al embarazo, esterilización o aborto forzado.
- El derecho a la igualdad y estar libre de todas las formas de discriminación, incluso en la vida sexual y reproductiva.
- El derecho a la intimidad y la confidencialidad, lo que significa que los servicios deben garantizar la confidencialidad y que todas las mujeres tienen el derecho a tomar decisiones reproductivas autónomas.
- El derecho a la libertad de pensamiento que incluye libertad de interpretación de textos religiosos, creencias, filosofías y costumbres restrictivas que limitan la libertad de pensamiento sobre la atención a la SSR.
- El derecho a información y educación sobre SSR de todas las personas, incluyendo el acceso a información completa sobre los beneficios y riesgos y eficacia de todos los métodos de regulación de la fertilidad, a fin de que todas las decisiones tomadas se basen en consentimiento informado, libre y pleno.
- El derecho de decidir casarse o no y de planificar y tener una familia y decidir o no tener hijas e hijos.
- El derecho a la atención médica y a la protección a la salud que incluye una atención con la más alta calidad y el derecho de ser libre de prácticas tradicionales que son perjudiciales para la salud.
- El derecho a gozar los beneficios del progreso científico que incluye las nuevas tecnologías en reproducción que sean seguras para la salud, eficaces y aceptables para mujeres y hombres.
- El derecho a la libertad de asamblea y participación política que incluye que todas las personas puedan influir en las comunidades y gobiernos para que den prioridad a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
- El derecho a una vida libre de tortura y trato inhumano que incluye que todas las personas, mujeres y hombres adolescentes niñas y niños, tengan protección ante la violencia, explotación sexual y abuso.

Dentro de todos ellos los Derechos Sexuales son generalmente los menos difundidos. Los derechos sexuales según la Asociación Mundial de Sexología son:

- El derecho a la libertad sexual.



- El derecho a la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- El derecho a la privacidad sexual.
- El derecho a la equidad sexual.
- El derecho al placer sexual.
- El derecho a la expresión sexual emocional.
- El derecho a la libre asociación sexual.
- El derecho a la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
- El derecho a información basada en el conocimiento científico.
- El derecho a la educación sexual integral.
- El derecho a la atención de la salud sexual.

### Derechos Reproductivos

- Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos/as.
- Tener la información, educación y medios para ello.
- Tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia.
- Tener acceso a servicios de atención primaria de calidad
- Contar con medidas de protección a la maternidad.

### Derechos Sexuales

- Decidir libre y responsablemente sobre todos los aspectos relacionados con la sexualidad .
- El derecho a ejercer la sexualidad sin riesgos, libre de discriminación, coerción o violencia relativas a la sexualidad.
- El derecho al placer físico y emocional.
- El derecho a la libre orientación sexual.
- El derecho a la información sobre la sexualidad.
- Todo ello en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo, compartiendo responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias.
- El derecho a tener acceso a servicios sanitarios.

## 3. Perspectiva de Género

### **3.1 DEFINICIONES**

Por Género nos referimos a “las características y oportunidades económicas , sociales y culturales atribuidas a varones y mujeres en un ámbito social particular en un momento determinado”.

(Source: Transforming health systems: gender and rights in reproductive health. WHO, 2001)



Otra definición de Género muy enriquecedora es la que nos ofrece Lourdes Beneria quien detalla que Género son el “Conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características: ser un proceso histórico y establecer una relación jerárquica”, es decir de poder de los hombres sobre las mujeres.

De manera que el género además de definir la asignación de papeles a hombres y mujeres, define también el tipo de relación que existe entre ambos. El sistema de organización social establece una jerarquía de poder de un género sobre otro, de forma que, aquellos rasgos o actividades asociadas a los hombres gozan de mayor valorización y reconocimiento social, frente a las asociadas a las mujeres que tienen menos valor o carecen de él; también analiza cómo es la asignación en el control y administración de los recursos privados y públicos, mayor en los hombres y prácticamente inexistente en las mujeres en lo que concierne a los recursos públicos, lo que sumerge a estas en una subordinación global.

Por otra parte, la posición desigualitaria en relación al poder entre las mujeres y los hombres, tiene repercusiones tanto en la capacidad para transformar la realidad social, como para decidir cuestiones que afectan tanto a la salud sexual y reproductiva individual, como a la de la población en general. La falta de poder de las mujeres derivada de su posición de subordinación en la sociedad supone una serie de riesgos para su salud y que sus derechos sean vulnerados. Además implica que tengan pocas oportunidades a la hora de intervenir en la vida pública y en el poder político donde se toman las decisiones sobre las políticas de salud sexual y reproductiva. Los componentes del género según Virginia Maquieira son:

- La división sexual del trabajo
- La identidad de género
- Las atribuciones de género
- Las ideologías de género
- Símbolos y metáforas culturalmente disponibles
- Normas sociales
- El prestigio
- Instituciones y organizaciones sociales

Para mayor discusión de estos componentes consultar el capítulo “Género, diferencia y desigualdad” de esta autora en el libro: Feminismos debates teóricos contemporáneos.

Otras definiciones que son importantes:

**Igualdad de género** significa igual tratamiento para mujeres y varones en las leyes y políticas, e igual acceso a los recursos y servicios dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general.

**Equidad de género** significa justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre varones y mujeres. Frecuentemente requiere programas y políticas específicas para mujeres, que eliminen las inequidades existentes.

**Discriminación de género** se refiere a cualquier distinción, exclusión o restricción hecha sobre la base de los roles y las normas de género socialmente construidas que impidan que una persona disfrute plenamente los derechos humanos.



(Fuente: Transforming Health Systems: gender and rights in reproductive health. WHO, 2001)

### 3.2 INDICADORES SENSIBLES AL GÉNERO EN S.S.R.

Los **indicadores** son una medida numérica que provee información acerca de una situación o evento complejo.

Un **indicador sensible al género** es aquél que considera los principales factores que impulsan la desigualdad existente en la salud sexual y reproductiva de hombres y de mujeres.

Como ejemplos de **indicadores sensibles al género en salud sexual y reproductiva** tenemos:

- Esperanza de vida al nacer, por sexo.
- Tasa global de fecundidad.
- Porcentaje destinado a salud sexual y reproductiva del presupuesto de salud.
- Porcentaje de población con acceso a servicios de salud sexual y reproductiva por sexo.
- Existencia de asociaciones de salud sexual y reproductivas.
- Número de mujeres y hombres en el mercado laboral formal.
- Porcentaje de mujeres y hombres en órganos de gobierno, por 100.
- Tiempo dedicado a realización de tareas no remuneradas, por sexo.
- Indicador de inclusión de la educación sexual y reproductiva en el proceso educativo.
- Porcentaje de mujeres y hombres escolarizados por niveles: primaria, secundaria y terciaria.

(Fuente: Guía para la elaboración de Programas y proyectos de salud sexual y reproductiva. AECI)

## 4. Inequidades de Género en S.S.R

Las inequidades en salud sexual y reproductiva están relacionadas con:

- La visibilidad de los problemas de salud.
- La accesibilidad a los servicios fundamentales para la salud de las mujeres como son los de salud sexual y reproductiva.
- La capacidad de tomar decisiones y participar en los asuntos de la propia salud y en aquello que afectan a la salud colectiva:

Algunos ejemplos de inequidad en nuestra realidad social:

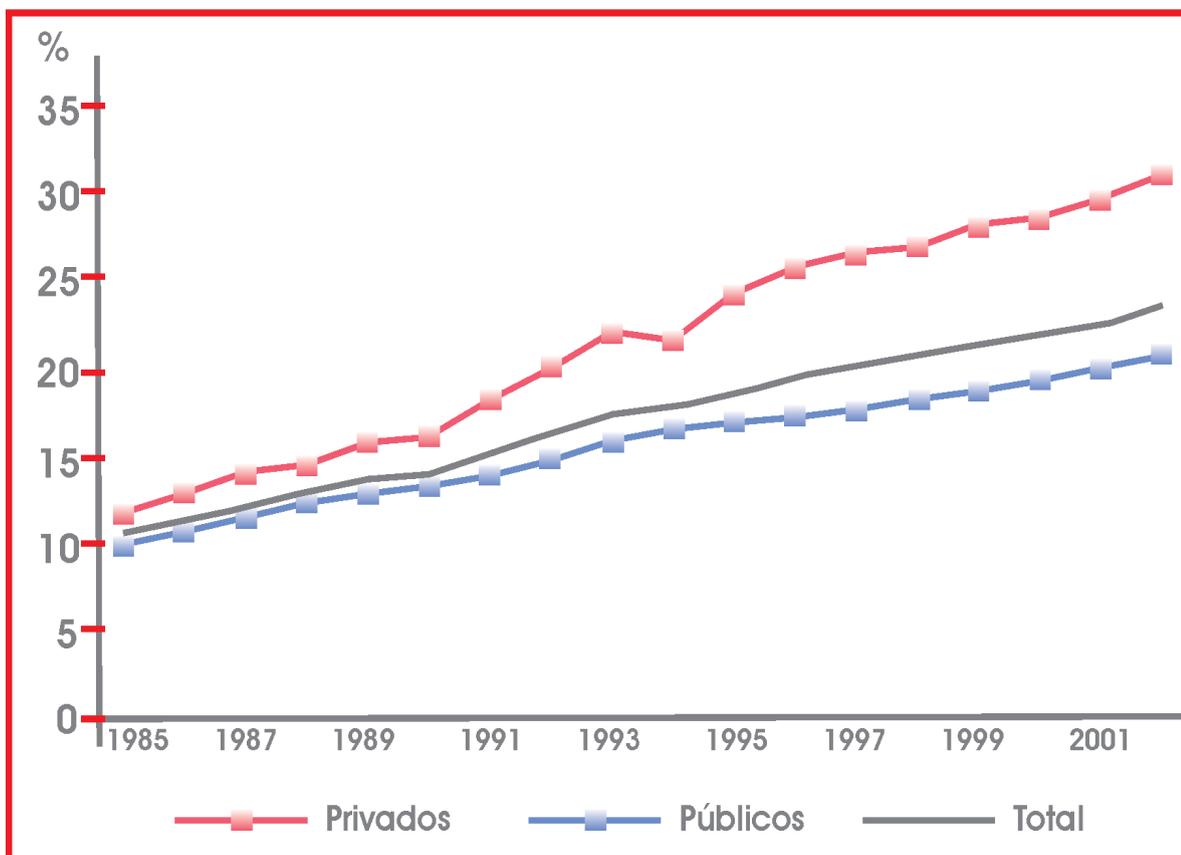
- En relación a los programas de preparación al parto: si bien podemos hablar de una buena cobertura y oferta de servicios, el problema está en que las mujeres trabajadoras tienen dificultades para su utilización porque



al no haber obligación de dar permiso por parte de las empresas para poder asistir a ellos, de modo que no pueden utilizarlos sino es como consulta medica. Las mujeres trabajadoras no tienen facilidades tampoco en los servicios sanitarios de adecuación de los horarios a sus posibilidades. Además la orientación de estos programas es muy restrictiva, reduciendo la educación al hecho del control del embarazo y preparación al parto, sin tener en cuenta que la maternidad es mucho más que eso. Siendo necesario orientar estos programas a una educación maternal en la que los padres y parejas deben tomar sus responsabilidades en el cuidado de los hijos e hijas y en el cuidado de la compañera.

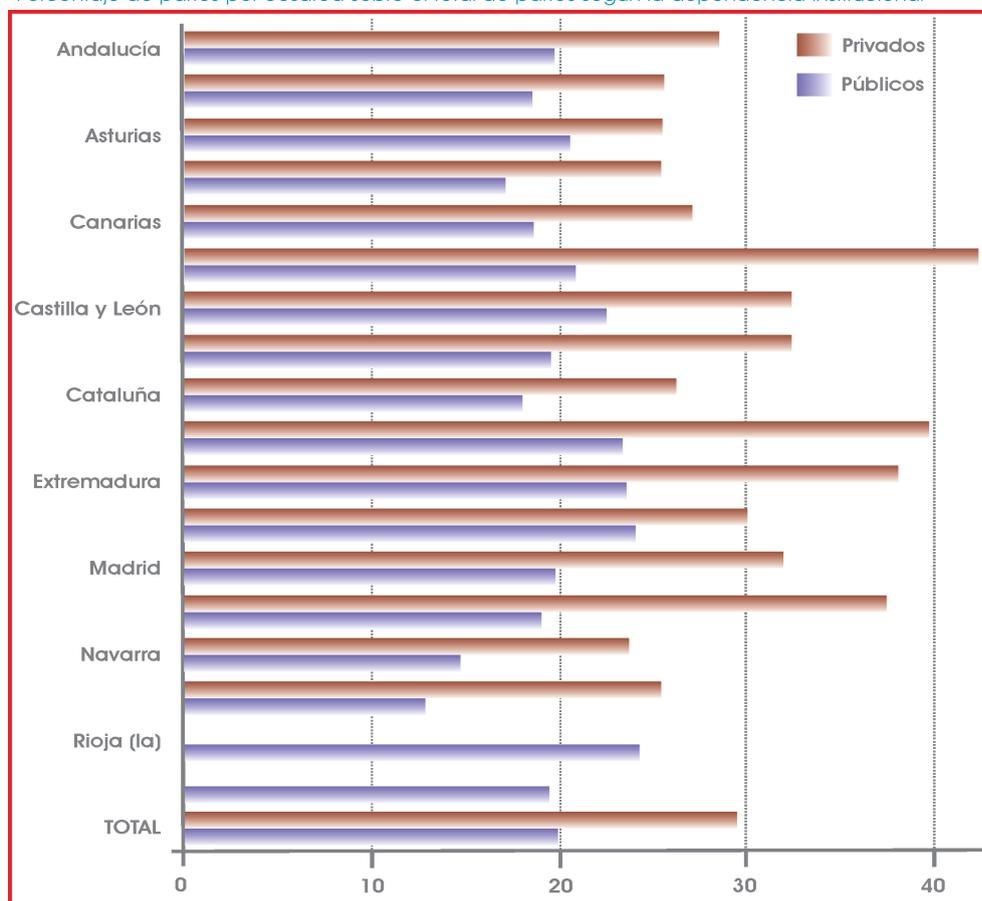
-En lo referente a la atención de la mujer durante el parto en los centros hospitalarios resulta asombroso como la normativa vigente sigue sin ser tomada en cuenta en muchos centros, aunque hay que reconocer que algunas CCAA han avanzado en el reconocimiento de los derechos de las mujeres en las normativas. Altas tasa de cesáreas e instrumentalización del parto, no oferta de otras modalidades de parto (en el domicilio, posturas adaptadas...).

Porcentaje de partos por cesárea sobre el total de partos según la dependencia institucional



FUENTE: INE; MSC y elaboración CNE

Porcentaje de partos por cesárea sobre el total de partos según la dependencia institucional



FUENTE: INE; MSC y elaboración CNE

Los métodos anticonceptivos no están cubiertos por el sistema sanitario público, se los tienen que costear las/los usuarias/os.: preservativos, diafragma, DIUS, y anticonceptivos orales.

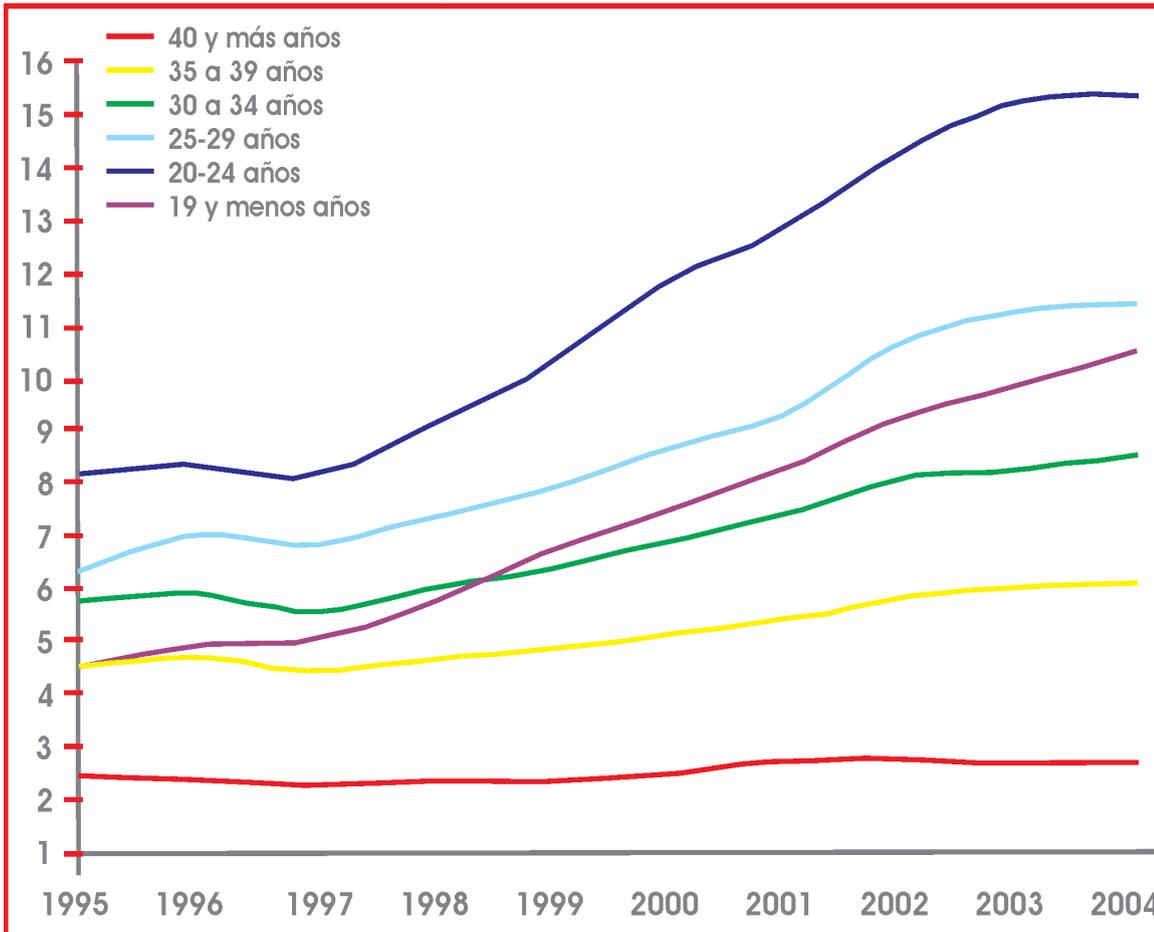
-Las trabas reales para la prescripción de la anticoncepción de emergencia es un ejemplo de que la respuesta del sistema sanitario es desigual y por el momento no se ha incorporado mayoritariamente esta práctica en los protocolos de anticoncepción, dándose la paradoja que al final las mujeres tienen que acudir a las ONGs para conseguir información de donde ser atendidas lo que supone el retraso consiguiente.

-Respecto a la interrupción voluntaria del embarazo (I.V.E.): las dificultades que tienen las mujeres para realizar la I.V.E. a través de la red sanitaria pública (sólo un 3% se realiza en la red pública, el resto en la privada costeándose la propia mujer), constituyen la mayor inequidad de nuestro sistema sanitario, dejando la atención en el sector privado al que muchas mujeres no tienen acceso económico. Algunas CCAA han establecido convenios con el sector privado para la financiación de la I.V.E.s pero el mecanismo es discrecional y mal conocido por mujeres y profesionales. A eso hay que añadir la insuficiencia de los criterios actuales de la despenalización del aborto en el código penal, que realmente no garantizan el derecho de las mujeres a decidir sobre su maternidad tal y como preconizan las Conferencias de N.N.U.U. de Población y Desarrollo de El Cairo y de la Mujeres de Beijing, suscritas por España.



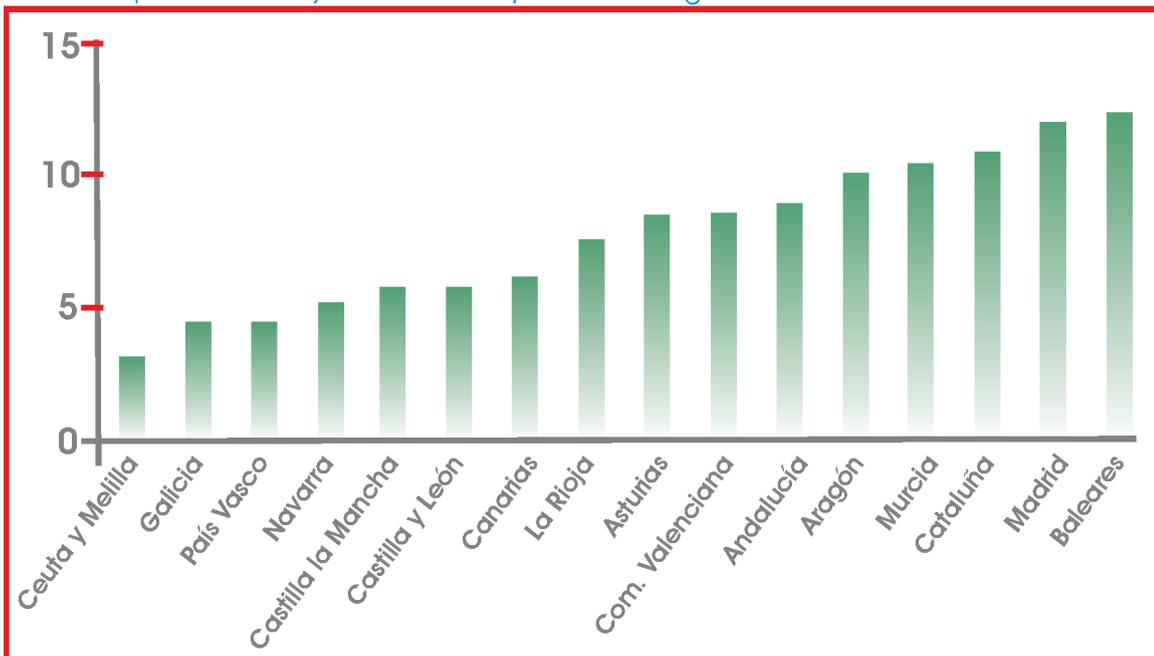
El aumento de I.V.E. en la adolescencia y en las mujeres extranjeras nos da un ejemplo de la carencia de los servicios de planificación familiar y su inadecuación actual para atajar este problema.

IVE tasas por 1000 mujeres de cada grupo de edad. MSC



FUENTE: INE; MSC y elaboración CNE

IVE tasas por 1000 mujeres entre 15 y 44 años según C.A. de residencia 2004. MSC





Por otra parte la objeción de conciencia de las/los profesionales se antepone a los derechos sexuales y reproductivos reconocidos en las Conferencias Internacionales de El Cairo y Beijing antes mencionadas, con lo que los compromisos adquiridos por España se quedan en el papel. Esta preferencia por salvaguardar los intereses profesionales supone una clara vulneración de estos derechos.

Todas estas situaciones suponen una vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

## 5. Promoción de la S.S.R. desde la Perspectiva de Género

Significa tener en cuenta la falta de poder de las mujeres sobre su salud, motivado por su posición de subordinación en la sociedad, que conlleva su relegación al ámbito privado y doméstico y su exclusión de la vida pública y del poder político. Esto supone que su capacidad de tomar decisiones sobre su propia salud, la de su familia y la de la comunidad está limitada o es prácticamente inexistente en muchos lugares. Y también hay que tener en cuenta la falta de estructuras para la participación social en salud que en nuestro país no se han puesto en marcha, salvo algunas excepciones muy localizadas en los servicios de atención primaria.

Por lo que la Promoción de la Salud tiene que centrarse en crear circunstancias que favorecen la confianza, la autonomía y la dignidad, y la capacidad de enfrentamiento colectivo para el cambio en lo personal con una proyección en lo público, en lo social, de forma que las mujeres alcancen un óptimo nivel de salud y calidad de vida.

Las Conferencias Internacionales de Promoción de la Salud, desde Ottawa a Yakarta, vienen insistiendo en que las políticas de salud **potencien** y se enfoquen a **empoderar** a las mujeres, de forma que ellas y los profesionales de salud tomen conciencia de sus derechos a la salud.

Los aspectos que describen estas Conferencias se pueden resumir en cuatro puntos.

- Concienciación de las mujeres sobre su derecho a decidir sobre su salud.
- Participación real de las mujeres en la toma de decisiones sobre las prácticas que son favorables a la salud de la población general y suya propia.
- Compartir equitativamente con los hombres las tareas del cuidado a la salud en la familia.
- Invertir en recursos e infraestructuras adecuadas a las necesidades y percepciones de salud de las mujeres.

Las políticas de salud no son suficientes si no hay una transformación de las mujeres que las haga desarrollar sus plenos derechos: lo que quiere decir que las acciones de promoción de la salud de las mujeres tienen que desarrollar la concienciación de sus derechos.



Y también tiene que incorporarlas a una acción colectiva, en la que socializando su experiencia, puedan participar activamente en la toma de decisiones políticas que afectan a cambios ambientales y de los servicios de salud.

Las cuatro estrategias fundamentales de la promoción de la salud sexual y reproductiva desde la perspectiva de género son:

### 5.1 TRANSVERSALIZACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

Estrategia adoptada internacionalmente desde Beijing que busca la incorporación de la perspectiva de igualdad de género a las políticas de salud en todos los niveles.

Desde el análisis de género persigue hacer visibles los problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva y sus causas.

### 5.2 ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Estrategia desarrollada con fuerza desde Alma Ata que entiende la salud desde un enfoque multidisciplinar, equitativo y participativo.

Se centra en la cobertura y acceso a servicios de primer nivel y en la educación para la salud.

### 5.3 EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Estrategia, impulsada también desde Alma Ata como parte integrante de la Atención Primaria en Salud (A.P.S.), que se dirige a mejorar la información y participación de la población para desarrollar su capacidad de controlar y tomar decisiones sobre su salud sexual y reproductiva.

### 5.4 EMPODERAMIENTO DE LAS MUJERES

Estrategia establecida desde Beijing que busca incrementar el poder de las mujeres en la toma de decisiones sobre su salud y sobre el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos.

Como ejemplos de participación de las mujeres reproducimos algunos aspectos que las asociaciones de mujeres y de las organizaciones sindicales presentaron en el proceso de revisión de la Plataforma de Acción de Beijing y su cumplimiento en España en el año 2005 en su Informe de las Asociaciones de Mujeres en España. Beijing+10 (2005).

- Falta de adecuación de los servicios obstétricos a las necesidades de las mujeres, y una excesiva medicalización de los procesos naturales como el parto y la menopausia.

- Incompatibilidad de horarios en los servicios sanitarios con las jornadas laborales de las mujeres lo que les dificulta utilizar ciertos servicios como los de preparación al parto.

- Preocupación por el aumento de abortos en jóvenes y en inmigrantes lo que demuestra la insuficiencia de servicios de anticoncepción y educación sexual y su poca adecuación a las necesidades de las y los jóvenes y las mujeres inmigrantes.



- Dificultades objetivas para el acceso a la anticoncepción de emergencia.
- La falta de financiación pública de la anticoncepción, y de la interrupción voluntaria del embarazo, no llega al 3% las que se realizan en hospitales públicos.
- La falta de regulación de la Objeción de conciencia de los/as profesionales sanitarios ante el aborto, lo cual supone en la práctica que las mujeres tengan que acudir al sistema privado con el coste económico consiguiente, ya que no hay criterios claros de su financiación en el sistema público
- Insuficiente cobertura de los programas de prevención de Cáncer de Mama, con tiempos de espera muy largos para conocer los resultados que producen angustia en las mujeres.
- La Protección a la maternidad debe ser la máxima para todas las mujeres independientemente del periodo de cotización y el régimen de la seguridad social al que se cotice.
- La insuficiencia del permiso de paternidad, que no debe ser a costa del derecho de la mujer a sus 16 semanas de baja por maternidad.
- Insuficientes medidas para la Conciliación de la vida familiar y laboral respecto a los hombres.
- Las Deducciones fiscales por hijos no contempla a las desempleadas.
- Acoso sexual en el trabajo: no se aborda en la nueva ley contra la violencia de Género.

Actualmente ante las propuestas legislativas desarrolladas en el año **2006** diversas plataformas de mujeres reivindican:

- La extensión a todas las trabajadoras del permiso pagado por maternidad de 16 semanas independientemente del régimen de seguridad social al que coticen, actualmente el régimen agrario y el servicio domestico no tienen esta prestación.
- La Instauración del permiso de paternidad obligatorio e intransferible (4 semanas).La propuesta del gobierno en la nueva Ley de Igualdad está en 8 días de permiso para el padre.
- La extensión del permiso de maternidad a 6 meses.
- La construcción de un sistema público y universal de atención a la dependencia que garantice la creación de plazas escolares públicas de 0 a 3 años (se necesitarían actualmente alrededor de 300.000 plazas).
- La creación del Consejo Estatal de las Mujeres para formalizar la participación social y el empoderamiento.



## CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE GÉNERO

### Enfoque de Género en los Programas de Salud Sexual y Reproductiva.

Para poder incorporar el enfoque proponemos algunos criterios que deberían incluirse en los programas y actividades de salud que tienen relación con:

- Un enfoque biopsicosocial en la prevención y atención integral a la salud.
- Una detección precoz de riesgos relacionada con las condiciones de vida y oportunidades de desarrollo personal y social de las mujeres.
- La modificación de estereotipos y roles de género
- Incluir la corresponsabilidad de los hombres en el cuidado a la salud de las personas del entorno familiar, en la reproducción y las prácticas sexuales.
- Tener en cuenta los efectos en la salud de la mujeres por la sobrecarga física y emocional por responsabilidades familiares.
- Compatibilizar el acceso a los servicios y la jornada laboral.
- La detección precoz de la violencia y pautas de actuación.
- Respetar las decisiones y autonomía de las mujeres.
- Garantizar la participación de las mujeres en la planificación y evaluación de los programas.
- Desglosar los indicadores por sexo.
- Incorporar metodologías cualitativas para valorar los aspectos psicosociales de la salud.

Concretamente en los programas llamados de PLANIFICACIÓN FAMILIAR habría que incluir criterios relacionados con:

El disfrute de la sexualidad y la capacidad de decisión y mayor autonomía personal a la hora del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres, y si se contemplan medidas específicas para desarrollar la corresponsabilidad de los hombres en una sexualidad segura y saludable y en la anticoncepción.

Si se visibilizan situaciones de riesgo específico relacionadas con la adolescencia y la perimenopausia.

Evaluar la cobertura pública y el acceso real de financiación pública de la interrupción voluntaria del embarazo.

Y si hay medidas para prevenir las dificultades de las mujeres para tener prácticas sexuales seguras.

En los **programas dirigidos a las y los jóvenes**, habría que incluir criterios que evalúen si las actividades fomentan:

Actuaciones para valorar y favorecer una sexualidad satisfactoria para las chicas y los chicos.

La responsabilidad tanto de los chicos como de las chicas en el uso de métodos anticonceptivos.

Dispositivos ofertados para la anticoncepción de emergencia y dificultades para su acceso.

Medidas específicas de captación de chicos adolescentes a las actividades



que ofrece el programa.

Actividades de educación para la salud donde se trabaje y fomente: La autonomía y la capacidad de decisión de las adolescentes, su autoestima y una imagen corporal positiva. Las responsabilidades y obligaciones domésticas de chicos y chicas de forma igualitaria. El desarrollo profesional y laboral de las jóvenes como beneficio para la prevención del embarazo.

En los **Programas de atención al Embarazo, Parto y Puerperio o de Atención a la Maternidad**, hay que tener en cuenta:

Si está prevista la captación temprana y seguimiento de mujeres embarazadas jóvenes, inmigrantes, con discapacidad, mujeres solas, situaciones que suponen una mayor vulnerabilidad.

Si se fomenta la participación de los padres en la corresponsabilidad en el cuidado de hijas/os tanto en los materiales educativos como en campañas de sensibilización.

Si hay actividades dirigidas a los padres que contemplen contenidos con relación a la corresponsabilidad en el cuidado del recién nacido/a y el apoyo a la pareja. Así como si se informa sobre el permiso paterno y si se registra en la historia o documentos sanitarios este hecho.

Es necesario conocer en qué % acuden los padres a estas actividades para evaluar su implicación.

Y también evaluar las dificultades que tienen los hombres para la participación que pueden ser debidas a los roles y valores asociados a la masculinidad tradicional y /o al sistema organizativo de los centros de salud de forma que se puedan establecer medidas correctoras.

Seguimiento de las Recomendaciones Generales de la OMS sobre los Derechos de la Mujer Embarazada y el Bebé de la Conferencia Internacional de Fortaleza, con el objetivo de evitar el rasurado, enemas y episiotomías de forma sistemática, como posibilitar la elección de posturas diversas durante el parto, la presencia de acompañante y la cercanía del recién nacido/a.

De igual modo introducir medidas para prevenir la sobrecarga física y emocional de la mujer debidas a las cargas familiares durante el puerperio. Promover la recuperación post parto con el objetivo de que las mujeres tengan en esta etapa de su vida una sexualidad satisfactoria, prevenir la incontinencia urinaria, así como distorsiones de la imagen corporal.

La metodología más adecuada es ofertar atención grupal para que las madres acudan a la recuperación post parto y evaluar en qué medida las madres y padres asisten y el grado de satisfacción con estas actividades.

La lactancia natural es la más promovida pero no se da la misma igualdad de oportunidades de información y apoyo a las mujeres que optan por la lactancia artificial, no teniendo en cuenta las dificultades (desconocimiento, culpabilización, problemas laborales) que puedan tener para llevar a cabo la



lactancia natural de ahí que haya que incluir en los programas tanto las ventajas como las desventajas de la lactancia natural como de la artificial.

**El programa de climaterio** debería considerar:

El impacto del programa en la calidad de vida de las mujeres en relación con la reducción de la ansiedad, depresión o malestar emocional asociado a los estereotipos de género en esta época de la vida.

Si se contemplan los determinantes de género (roles, identidad, capacidad de decisión) en la atención a la morbilidad y malestar de las mujeres.

También evaluar si la atención ofertada disminuye el dolor, mejora la capacidad funcional, la flexibilidad, y la coordinación por problemas osteoarticulares.

Comprobar la disminución del síndrome miccional ante el tratamiento farmacológico y/u otras medidas como los ejercicios de Kegel.

Promover medidas para evitar la sobrecarga psicológica en relación a la actividad tanto laboral como doméstica, incluido el cuidado a otras personas dependientes.

## AMPLIACIÓN DE CONOCIMIENTOS

### Enlaces a páginas Web

<http://www.who.int/reproductive-health/index.htm>  
Sitio de Salud reproductiva de la OMS

[http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual\\_health.html](http://www.who.int/reproductive-health/gender/sexual_health.html)  
Sitio de Salud Sexual de la OMS (Inglés)

<http://www.onu.org/documentos/documen.htm>  
Documentos oficiales de la ONU (conferencias, publicaciones, asambleas, etc) entre ellas se puede acceder a las declaraciones y plataformas de acción de la Conferencia internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo-1994) y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing-1995)

<http://www.worldsexology.org/esp/index.asp>  
Página web de la Asociación Internacional de Sexualidad

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Transformando los sistemas de salud: género y derechos en salud reproductiva. Manual de capacitación para administradores y responsables de programas de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/RHR/01.29).

Disponible en:

[http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/transforming\\_healthsystems\\_gender/index.html](http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/transforming_healthsystems_gender/index.html)

Este manual ofrece una currícula basada en sesiones y casos sobre cómo promover la equidad de género y los derechos reproductivos mediante el uso de la evidencia, el desarrollo de políticas y la provisión de servicios. Está diseñada para equipar a los/las participantes con las herramientas y las habilidades analíticas necesarias para operacionalizar políticas y programas de salud reproductiva, como se establece en el las plataformas de acción de El Cairo y Beijing



AECI (2005) Guía de programas y proyectos de salud sexual y reproductiva en África. Ministerio de Asuntos Exteriores.

Disponible en: <http://www.aeci.es/vita/docs/ftp/GuiaSaludSexual.pdf>

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

Virginia Maquieira “ Género, diferencia y desigualdad “ en Feminismos debates teóricos contemporáneos, ED Alianza Editorial. Ciencias Sociales.2001

Para profundizar el concepto de género y sus componentes, cómo desde ahí se construye el sexo y la sexualidad como espacio teórico y político .

Esperanza Navarro-Pertusa, Esther Barberá Heredia y Abilio Reig Ferrer. Diferencias de género en motivación sexual. Psicothema 2003. Vol. 15, nº 3, pp. 395-400

Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/1078.pdf>

El artículo presenta un estudio sobre las diferencias de género en los motivos para mantener relaciones sexuales. A través de un relato ficticio se analiza la intención de conducta, así como los motivos atribuidos al personaje, masculino o femenino, para implicarse o no en una relación sexual. Se ha utilizado un diseño experimental entre sujetos y la muestra está compuesta por 505 adolescentes de ambos sexos. Los resultados son interpretados desde el paradigma del papel del género en la prevención de los riesgos de la sexualidad.

## MATERIAL COMPLEMENTARIO

Algunos ejercicios interesantes para trabajar el tema de los Derechos Sexuales y Reproductivos son:

### Ejercicio A

-Repartir el listado de los derechos sexuales y reproductivos de ONU-SIDA, de la IPPF y de la WAS y dividir la clase en tres grupos. Cada uno de los grupos analizará la consecución de los derechos en España. Tras 30 minutos de discusión en grupo, el portavoz de cada grupo expondrá las conclusiones y se dejarán otros 15 minutos para el debate común.

### Ejercicio B

- Entregar a cada grupo una intervención en materia de S.S.R. seleccionada previamente

Cada grupo deberá analizar esta intervención siguiendo el siguiente esquema:

-Tiene enfoque de género

-Tiene presente los diferentes elementos que caracterizan una buena inter-



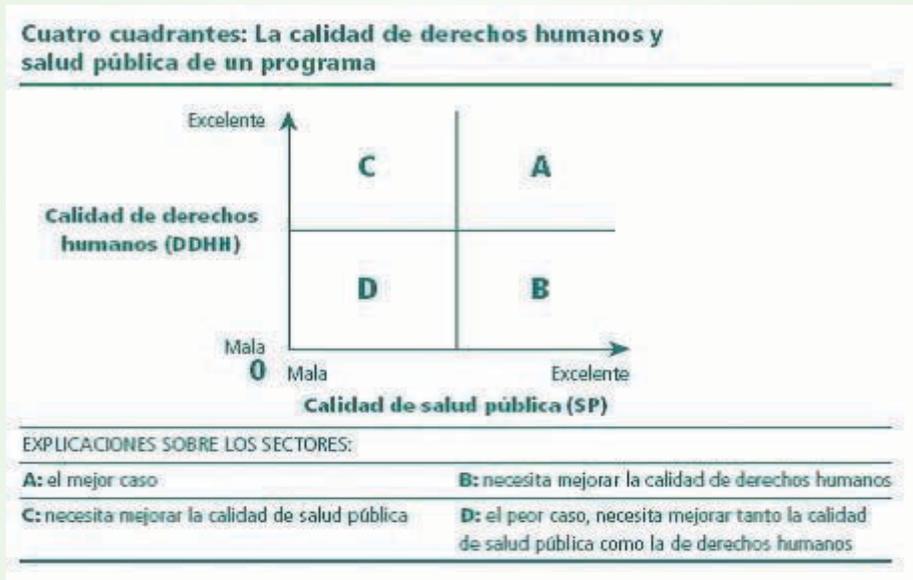
vinción en salud pública: efectividad, cobertura, factibilidad, costo, participación comunitaria (empoderamiento de las mujeres y corresponsabilidad de los hombres).

Cuando haya completado el análisis de esos elementos identifique en el eje horizontal del gráfico “Cuatro cuadrantes: La calidad de derechos humanos y S.S.R.” el punto que crea que representa el valor de salud pública del programa en cuestión. Identifique ese punto con la letra P.

-Mire los listados de los derechos sexuales y reproductivos y considere cada uno de los derechos que se están promoviendo o violando con esta intervención tanto en el corto plazo como en el largo plazo.

-Piense exactamente en qué forma se está afectando cada derecho tanto en el corto plazo como en el largo plazo.

-Para cada derecho recuerde considerar la obligación del gobierno de pro-



tegerlo y cumplirlo recuerde los derechos que nunca pueden ser restringidos.

-Preste atención a la seriedad, alcance, frecuencia y duración de todo incumplimiento que vea.

Una vez que haya completado el análisis, identifique en el eje vertical del gráfico el punto que crea que representa el valor de derechos humanos del programa. Identifique ese punto con la letra Q.

Evaluación general de la calidad de S.S.R. y derechos humanos

Dibuje una línea vertical a partir de P y una línea horizontal a partir de Q. El punto de intersección entre ambas líneas, R, representa la calidad general de salud pública y derechos humanos de la intervención.

Discusión grupal

Luego de que cada grupo exponga sus evaluaciones y se discutirá en grupo cómo poder mejorar las intervenciones para lograr los valores máximos en cada eje.



### Ejercicio C

Analizar si los indicadores del documento: Salud y Hábitos Sexuales Ine 2004 tienen perspectiva de género.

<http://www.ine.es/inebase/cgi/um?M=%2Ft15%2Fp455&O=inebase&N=&L>  
Encuesta salud y hábitos sexuales del I.N.E.

### Ejercicio D

Discutir otros criterios de género que deberían tenerse en cuenta en los programas de atención a la salud sexual y reproductiva.