



POR UNA MEJOR
SALUDSEXUAL
Y REPRODUCTIVA



Escuela Andaluza de Salud Pública
CONSEJERÍA DE SALUD

Inés García-Sánchez
Editora

POR UNA MEJOR SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Inés García-Sánchez

Editora



JUNTA DE ANDALUCÍA

Escuela Andaluza de Salud Pública

CONSEJERÍA DE SALUD

Catalogación por la Biblioteca de la EASP

Por una mejor salud sexual y reproductiva / Inés García-Sánchez, editora

1. Salud de las mujeres. 2. Sexualidad. 3. Planificación familiar. 4. Reproducción. 5. Prostitución. 6. Violencia.

I. García-Sánchez, Inés

NLM Classification WA 309

Edita: ESCUELA ANDALUZA DE SALUD PÚBLICA
Campus Universitario de Cartuja. Apdo. de Correos 2070
18080 Granada, España
www.easp.es

ISBN: 84-87385-77-x



Depósito Legal: Gr-1254/2004

Maquetación: Catálogo Publicidad

Diseño cubierta: Catálogo Publicidad

Imprime: Gráficas Alhambra

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida ni transmitida en ninguna forma ni por ningún medio de carácter mecánico ni electrónico, incluidos fotocopia y grabación, ni tampoco mediante sistemas de almacenamiento y recuperación de información, a menos que se cuente con la autorización por escrito de la Escuela Andaluza de Salud Pública.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen representados los datos que contiene no implican, de parte de la Escuela Andaluza de Salud Pública, juicio alguno sobre la condición jurídica de los países, territorios, ciudades o zonas citados o de sus autoridades, ni respecto a la delimitación de sus fronteras.

Al igual que la mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos, no implica que la Escuela Andaluza de Salud Pública los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

De las opiniones expresadas en la presente publicación responden únicamente los autores.

ÍNDICE

PRÓLOGO	9
---------------	---

M^a Jesús Montero Cuadrado, Viceconsejera de Salud de la Junta de Andalucía

INTRODUCCIÓN	11
--------------------	----

Por una mejor salud sexual y reproductiva

Inés García-Sánchez, Directora del Observatorio de Salud en Europa, EASP

SECCIÓN I. CONTEXTO SOCIAL, POLÍTICO Y DEMOGRÁFICO

Políticas y programas

<i>El llamamiento del Parlamento Europeo a los Estados Miembros para revisar, debatir y reforzar el concepto de salud sexual y reproductiva</i>	17
---	----

Elena Valenciano Martínez-Orozco, Europarlamentaria, Miembro de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades

<i>La necesidad de avanzar en la igualdad de género en salud: el proceso de la Declaración de Madrid</i>	32
--	----

Begoña Merino Merino, Consejera Técnica de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo, Contraparte de la OMS en Género y Salud

<i>El foro político como espacio para avanzar en la salud sexual integral de las mujeres</i>	34
--	----

Consuelo Catalá Pérez, Diputada de las Cortes Valencianas, Miembro de la Comisión de la Mujer y las Políticas de Igualdad

<i>El III Plan Andaluz de Salud: Enfoque de género, salud y mujer</i>	48
---	----

M^a Jesús Montero Cuadrado, Viceconsejera de Salud de la Junta de Andalucía

<i>Los programas de la OMS en materia de salud sexual y reproductiva en Europa</i>	57
--	----

Isabel Yordí Aguirre, Gender Mainstreaming Office OMS, Copenhagen

<i>Los retos de la conciliación de la vida laboral y familiar como estrategia para la equidad de género</i>	68
---	----

Irene López Méndez, Consultora especialista en políticas de género y desarrollo



Ética y derechos

Ética: una condición necesaria en las políticas de salud sexual y reproductiva 85

Francisco José Alarcos Martínez, Profesor de Bioética en la Facultad de Teología de Granada,
Director y profesor del Centro CETEP de Guadix

Derechos humanos en materia de salud sexual y reproductiva 100

María Lourdes Vargas Escobar, Jurista nicaragüense, miembro del Centro de derechos constitucionales
«Carlos Núñez Téllez» de Managua, Nicaragua

SECCIÓN II. LA INTERVENCIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La atención desde los servicios sanitarios

La atención a la salud de la mujer en el sistema público: reflexiones del día a día en la consulta 119

Elena Aguiló Pastrana, Médica de familia del Centro de Salud Párroco Julio Morate, Área XI de Madrid

Los programas de la mujer en situación de desempeño difícil: La experiencia de Chile 132

María Cecilia Escudero Espinosa, ex-Directora del Departamento de Salud de la Región de Chile,
Técnico de la EASP

Salud sexual y reproductiva en la práctica privada 139

Enrique Lebrero Martínez, Ginecólogo de la Maternidad Acuario, Beniarbeig, Alicante

*Salud reproductiva en países en vías de desarrollo. De la teoría a la práctica:
ejemplo de una experiencia* 147

Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo, Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad
de Granada, Presidente Medicus Mundi Andalucía; Ahmed Bendali, Delegación del Ministerio de Salud
de la provincia de Tángar Ashila; Mohamed Kassoui, Director del Hospital Al Kortobí de Tángar;
Ahmed Serrat, Delegación del Ministerio de Salud de la provincia de Fash Beni Makada;
Casilda Velasco Juez, Matrona, Medicus Mundi Andalucía

Comunicación y educación

La utilización de las tecnologías de la información en el cuidado de salud de las mujeres 159

Antoni Gelonch, Gerente de Relaciones Externas de Merck, Sharp & Dohme España

Intervención ante necesidades especiales

<i>Los jóvenes: necesidades, demandas y atención</i>	169
María Ramos Montserrat, Unitat d'Investigació, Gerencia d'Atenció Primària de Mallorca, Servei Balear de Salut	
<i>La mujer en el climaterio: necesidades, demandas y atención</i>	177
Isabel Ruiz Pérez, Profesora de la EASP	
<i>Los inmigrantes en España: necesidades, demandas y atención</i>	183
Pilar Lobato Astorga, Fundación Progreso y Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía	

SECCIÓN III. PROBLEMAS DE SALUD

VIH/sida e ITS

<i>Situación epidemiológica y políticas de prevención del VIH/sida en España</i>	199
Cristina Menoyo Monasterio, Secretaría General del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio Sanidad y Consumo	
<i>El papel de la atención primaria en la prevención del VIH/sida e ITS</i>	213
Vicenç Thomas Mulet, Direcció General d'Avaluació i Acreditació, Conselleria de Salut i Consum, Govern de les Illes Balears	

Violencia

<i>Violencia doméstica: intervención desde la atención primaria</i>	229
Alicia Maldonado Ramos, Técnico de Salud del Distrito Sanitario Málaga	

Embarazos no deseados

<i>Los embarazos no deseados: situación epidemiológica y políticas de prevención e intervención en España</i>	241
María Villar Librada Escribano, Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, Ministerio de Sanidad y Consumo	

Prostitución

<i>La prostitución: realidad y políticas de intervención pública en Andalucía</i>	253
Sebastián de la Obra Sierra, Ajunto al Defensor del pueblo de Andalucía	

SECCIÓN IV. CONCLUSIONES DE LOS SEMINARIOS Y RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

<i>Cómo avanzar hacia una atención integral de la salud sexual y reproductiva</i>	265
Inés García-Sánchez, Directora del Observatorio de Salud en Europa, EASP	

ANEXOS

<i>Información clave sobre los seminarios «Por una mejor salud sexual y reproductiva»</i>	276
---	-----

PRÓLOGO

Es para mí una gran satisfacción hacer el prólogo de esta publicación de la Escuela Andaluza de Salud Pública (EASP) *Por una mejor salud sexual y reproductiva*, que recoge las ponencias, reflexiones y conclusiones de los seminarios sobre este tema, organizados por el Observatorio de Salud de Europa de la EASP durante el año 2003.

Ambos seminarios, dedicados respectivamente a VIH/sida e ITS y a los programas de la mujer, han sido de máximo interés dado que abrieron un espacio para la reflexión colectiva, la cooperación entre profesionales y la discusión abierta en el marco del llamamiento del Parlamento Europeo a los Estados miembros para revisar, debatir y reforzar el concepto de salud sexual y reproductiva y de los derechos en esta materia.

Califico el libro de excelente tanto por el interés de sus contenidos como por los autores de los mismos, que configuraron el panel de ponentes de los mencionados seminarios. Recopila una puesta al día de muchos aspectos de sexualidad y reproducción abordados desde perspectivas sociales, políticas, culturales y de intervención y tomando como referencia entornos tan diferentes como las consultas, el foro político o la cooperación al desarrollo. Y lo hace desde la experiencia profesional y vital de los autores, incorporando las reflexiones, el diálogo y las intervenciones del público que participó activamente en los debates con que finalizaban las mesas.

El libro proporcionará la oportunidad de recordar las intervenciones a los que estuvieron presentes pero sobre todo permitirá conocerlas y reflexionar sobre ellas a un público mucho más amplio que no asistió a los foros pero que trabaja día a día precisamente por mejorar la salud de la población y la suya propia.

Quisiera aprovechar esta introducción para transmitir mi agradecimiento a todos los participantes de los encuentros, por su compromiso con el trabajo y su implicación en los seminarios. También al Observatorio de Salud en Europa de la EASP por la invitación que cursó a la Consejería de Salud para participar en este proyecto. Nos ha permitido, no sólo compartir algunos momentos de esos encuentros, sino defender en un foro de esas características el compromiso que la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía tiene para avanzar en la consecución de una mejor salud sexual y reproductiva para todas y para todos; y así construir un futuro encaminado a impulsar las políticas de igualdad de oportunidades en Andalucía y de bienestar social de la población.

M^{ra} Jesús Montero Cuadrado

Viceconsejera de Salud

INTRODUCCIÓN

POR UNA MEJOR SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Inés García-Sánchez,
Directora del Observatorio de Salud en Europa, EASP

A principios del 2002 comienza a funcionar en la EASP el Observatorio de Salud en Europa (OSE). Entre sus objetivos figura estar al tanto y difundir políticas y normativas de ámbito europeo y que sean trascendentes en relación con la salud y los sistemas sanitarios. Para ello, además de la elaboración de informes y boletines, organiza foros de discusión sobre temas específicos. En esta línea, el pasado 2003 el OSE organizó dos seminarios bajo el lema «por una mejor salud sexual y reproductiva». El primero en febrero dedicado a «VIH/Sida, ITS y mujer» y el segundo en octubre dedicado a «los programas de atención a la mujer». Las presentaciones formales a cargo de los y las ponentes sirvieron para debatir e intercambiar visiones y experiencias y para extraer conclusiones que nos sirvan para avanzar en políticas e intervenciones.

¿Por qué estos seminarios? Hay varias razones o argumentos que se barajaron para la organización de los mismos.

En primer lugar el género, la salud sexual y la salud reproductiva son temas de actualidad en la agenda política europea y, por tanto, un tema al que el OSE debía prestar atención. Hay muchos países, miembros de la OMS y de la UE, que han aprobado acuerdos internacionales en los que se reconoce el género como un determinante de salud, pero después no trasladan este compromiso político internacional a políticas concretas nacionales.

Por ese motivo, en el transcurso de un seminario sobre género en políticas de salud en Europa, celebrado en Madrid en septiembre de 2001, representantes de la OMS de 28 países europeos firmaron la Declaración de Madrid, en la que se reconoce la necesidad de avanzar en la implementación local de los compromisos internacionales.

En junio de 2002, la Comisión de derechos de la mujer e igualdad de oportunidades presentó un informe al Parlamento Europeo, en el que, basado en una serie de argumentos

y de conclusiones, hace un llamamiento a los Estados miembros (EEMM) para revisar, debatir y reforzar el concepto de salud sexual y reproductiva y de los derechos en esta materia. Dicha Comisión consideró que, aunque las políticas de salud reproductiva son competencia de los EEMM, la Unión Europea puede contribuir a la mejora de las mismas.

En segundo lugar, los servicios de salud sexual y reproductiva constituyen uno de los elementos clave de las prestaciones de un servicio nacional de salud y su implementación es básica para la defensa de los derechos humanos. Deben incluir atención prenatal, del parto y del posparto; la anticoncepción y posibilidad de aborto; el tratamiento de la infertilidad; la prevención, diagnóstico y tratamiento de ITS (infecciones de transmisión sexual) e VIH/sida, el diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico y de mama; la atención a la menopausia... Además, en su diseño y desarrollo se debe tener en cuenta a poblaciones con necesidades especiales como los jóvenes, los inmigrantes, las trabajadoras del sexo... aunque heterogéneas, sus miembros tienen en común características que las diferencian de las de la población mayoritaria. Para avanzar es fundamental analizar y reflexionar con gestores y profesionales desde su experiencia profesional y personal sobre las dificultades del día a día y las posibilidades de mejora. Los seminarios podían proporcionar el foro que lo hiciera posible.

En tercer lugar trabajar por unos mayores niveles de salud sexual y reproductiva requiere conocimientos técnicos, cambios en la manera de pensar y un apoyo activo desde las políticas públicas multisectoriales. Este apoyo debería incluir un compromiso financiero suficiente y el desarrollo de programas sostenibles que incorporen una perspectiva de género, promuevan una percepción positiva de la sexualidad y consideren las necesidades particulares de determinados grupos. De ahí el interés de organizar unos encuentros en el que revisar y debatir el tema, intentando responder a las siguientes cuestiones: qué se ha conseguido, qué falta y qué hacer para llegar donde queremos.

En este marco, o si queréis con estas excusas, se organizaron los seminarios, para lo cual contamos con unas condiciones excepcionales:

- El apoyo del Consejero Delegado de la EASP y su equipo directivo que secundó sin reservas la iniciativa.
- El respaldo de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, que quiso además participar activamente en su celebración, y así pudimos contar con las intervenciones de la Viceconsejera de Salud y de la Directora General de Salud Pública que asistieron a la exposición de las conclusiones de los encuentros y contrajeron el compromiso de trasladarlas al Consejero de Salud.
- La participación de un panel de ponentes extraordinarios, procedentes de muy diversos campos profesionales y con trayectorias diversas, que aceptaron la invitación de colaborar en su desarrollo y compartieron con nosotros sus conocimientos, reflexiones y experiencias.

- La asistencia de un público numeroso que trabaja en aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva desde ámbitos tan diversos como el académico, el político, las consultas de centros de salud y hospitales, el trabajo social, la educación, las ONG, la cooperación con países en desarrollo, la gestión de servicios sanitarios y sociales, etc. que, con su activa escucha y su participación entusiasta en los coloquios, enriquecieron el desarrollo y las conclusiones de los seminarios.

Con un hilo conductor común, como es el llamamiento del Parlamento Europeo al que ya hice referencia, las ponencias de cada seminario son independientes pero se complementan entre sí y en conjunto dan una visión más completa del asunto. En la publicación se intercalan los contenidos desarrollados en ambos seminarios para responder a una disposición de los mismos más armónica. Se han incluido dos temas, la violencia doméstica y la Declaración de Madrid, que por cuestiones de agenda no estuvieron presentes en los seminarios, pero que tienen indudable relación con los contenidos tratados.

La sección I recopila los capítulos relacionados con el contexto social y político. Comenzamos el apartado de políticas y programas tratando por qué el Parlamento Europeo plantea esto de trabajar por una mejor salud sexual y reproductiva. Se revisa brevemente la situación epidemiológica en la UE, se habla del contexto social y legislativo y de cuáles son los retos que se presentan y se expone el debate sobre equidad de género que dio lugar a la Declaración de Madrid de la OMS. Cada país tiene la responsabilidad de legislar en su territorio; los documentos del Parlamento Europeo o los informes de la OMS no son más que recomendaciones, no son vinculantes, pero de alguna manera sí que señalan la vía por dónde se debería ir... o por dónde sería recomendable ir, y nos valen para enmarcar las ponencias y el debate posterior.

Revisamos después el papel de los foros políticos y varios programas relacionados con salud sexual y reproductiva; los programas de la OMS en Europa, el III Plan Andaluz de Salud, las políticas de conciliación de la vida laboral y familiar de la UE..., puesto que todos ellos sirven de referencia para reflexionar sobre qué pretendemos alcanzar y cómo vamos en algunos temas clave.

En el apartado de ética y derechos se han agrupado los capítulos que tratan de dos condiciones esenciales para inspirar y desarrollar adecuadamente las políticas de intervención, como son la ética civil y religiosa y los derechos humanos. Hay motivos para hablar de estos temas: las políticas de población intentan en muchos casos controlar la fertilidad de las mujeres y, tanto sean éstas a favor o en contra de la natalidad, resultan a menudo coercitivas y tratan a las mujeres como objetos y no como sujetos. Además, el fundamentalismo, cualquiera que sea su origen o doctrina, tiene un fin político y en el fondo pretende el control de nuestras vidas (incluido el control del derecho a decidir

sobre reproducción y sexualidad) usando la cultura y la religión en su intento de lograr el poder.

En la sección II tratamos sobre los programas de intervención en la salud de la mujer en distintos entornos (público, privado, de la cooperación, medios de comunicación, etc.) y de intervenciones con personas o poblaciones que tienen necesidades especiales (jóvenes, inmigrantes, climaterio...). Se habla de «intervención», entendida en sentido amplio, como «toda acción sanitaria (actividad de promoción, prevención, curación o rehabilitación) con el propósito fundamental de mejorar la salud».

La sección III recopila los capítulos relacionados con distintos problemas de salud (VIH/sida, embarazo no deseado, violencia, prostitución, etc.), no desde una puesta al día de lo técnico, sino desde las limitaciones que se presentan en la práctica cotidiana, cuyo origen pueden ser las propias contradicciones personales y actitudes de los profesionales y la falta de flexibilidad y recursos adecuados de la Organización para el manejo de situaciones difíciles.

La iniciativa de los seminarios y de esta publicación no habría tenido éxito sin el apoyo, el trabajo y la entusiasta participación de cuantas personas, profesionales e instituciones secundaron la invitación a participar en su desarrollo. A todos mi agradecimiento por hacer que «los posibles seminarios y la posible publicación» hayan sido una realidad.

Este libro es un instrumento de difusión de los temas expuestos y de las conclusiones que se extrajeron de los debates a un público mucho más amplio del que pudo estar presente en los seminarios. Espero que, tanto por la recopilación de la información como por las reflexiones a que su análisis pueda dar lugar, su lectura resulte útil e inspire a quienes pretendemos la mejora de la salud sexual y reproductiva de nuestra sociedad.

Nota de la editora: por cuestiones lingüísticas, estéticas y para agilizar su lectura, este libro utiliza palabras genéricas masculinas, entendiéndose que con ello se incluyen ambos géneros.

Sección I. Contexto social, político y demográfico

Políticas y programas

.....

EL LLAMAMIENTO DEL PARLAMENTO EUROPEO A LOS ESTADOS MIEMBROS PARA REVISAR, DEBATIR Y REFORZAR EL CONCEPTO DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Elena Valenciano Martínez-Orozco
Europarlamentaria, Miembro de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades

INTRODUCCIÓN

Salud sexual y reproductiva y derechos sexuales y reproductivos: conceptos

Salud sexual y reproductiva

Según la OMS, «la salud reproductiva abarca los procesos, funciones y sistemas reproductivos en todas las fases de la vida». Entraña «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. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos»¹.

La salud sexual se define como: «La integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación, el amor». Esta noción lleva implícito «un enfoque positivo de la sexualidad humana y el propósito de la atención de salud sexual debe ser el realce de la vida y de las relaciones personales y no simplemente la asesoría o la atención relacionada con las enfermedades reproductivas y de transmisión sexual»².

¹ Comité de Política Global de la OMS, 2 de mayo de 1994.

² OMS, definiciones e indicadores en planificación familiar, salud maternal e infantil y salud reproductiva, utilizados en la Oficina Regional de la OMS para Europa, marzo de 1999.

Es necesario recordar que el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) establece que «en ningún caso se debe promover el aborto como método de planificación de la familia». En El Cairo se instó a gobiernos, organismos internacionales y ONG a «incrementar su compromiso con la salud de la mujer, a ocuparse de los efectos que en la salud tienen los abortos inseguros como un importante problema de salud pública y a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia».

Derechos sexuales y reproductivos

En el artículo 96 de la Plataforma de Acción de Beijing se afirma que «los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia. Las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción, incluido el pleno respeto de la integridad de la persona, exigen el respeto y el consentimiento recíprocos y la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual».

Las organizaciones internacionales, como la Federación Internacional de Planificación de la Familia, formularon los derechos sexuales y reproductivos derivados del derecho internacional en materia de derechos humanos. La Carta de la Federación sobre derechos sexuales y reproductivos (1995) ha sido reconocida por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y la OMS.

Marco jurídico-internacional

La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) dispone que los estados deberán garantizar a hombres y mujeres «...los mismos derechos a decidir libre y responsablemente el número de hijos y el intervalo entre los nacimientos...», el acceso a la información, la educación y los medios que les permitan ejercer estos derechos. De acuerdo con la recomendación 21 de esta Convención, la planificación familiar se entiende como educación sexual garantizada, disponibilidad de servicios de planificación familiar y de métodos anticonceptivos seguros y fiables, medidas gratuitas adecuadas de regulación voluntaria de fertilidad para la salud y el bienestar de todos los miembros de la familia.

En su comentario general (n.º 14, 2000) sobre el artículo 12 del Pacto de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que trata del derecho al nivel más alto de salud posible, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales reconoce el derecho a la libertad sexual y reproductiva, al acceso a la educación y a la información sobre salud sexual y reproductiva, así como la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instalaciones sanitarias, bienes y servicios.

Marco político-internacional

Antes de la Conferencia internacional sobre población y desarrollo (El Cairo, 1994) y de la 4ª Conferencia mundial sobre la mujer (Beijing 1995), la sexualidad y los aspectos reproductivos se trataban exclusivamente desde el punto de vista del crecimiento de la población y de las políticas demográficas. Sin embargo, tras la celebración de las mencionadas reuniones internacionales, la sexualidad y la salud reproductiva empezaron a considerarse desde la perspectiva de los derechos humanos. El concepto de derechos de la mujer como derechos humanos comenzaba a considerarse necesaria para dotar de poder a las mujeres y esencial para el progreso de la sociedad en general. La noción de planificación familiar dejó paso al amplio concepto de salud reproductiva, que abarca a hombres y mujeres, y que describe un estado de bienestar físico, mental y social completo en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo.

Desarrollo político en el ámbito europeo

En el Parlamento Europeo se han seguido de cerca las cumbres internacionales que han marcado hitos en este ámbito. En sus resoluciones de 29 de septiembre de 1994 y de 4 de julio de 1996 sobre el seguimiento de la Conferencia internacional de población y desarrollo³, y sobre la aplicación del Programa de Acción⁴, el Parlamento Europeo exhorta a la Unión Europea a desempeñar el papel principal en la promoción de creación de dispositivos de redes, de investigación y de intercambio de información relativo a la asistencia en materia de salud reproductiva.

En su Resolución de 18 de mayo de 2000 sobre el seguimiento de la Plataforma de Acción de Beijing⁵, el Parlamento Europeo señala la apremiante necesidad de prestar atención a la salud reproductiva, y propone acciones que impidan el aumento de embarazos de adolescentes: un mayor acceso de los jóvenes a los anticonceptivos, un uso más recurrente de las campañas de información y la mejora de la calidad y de la accesibilidad de la educación sexual. En su resolución de 9 de marzo de 1999 sobre el estado de salud de

³ DO C 305 de 31-10-1994, p. 80.

⁴ DO C 211 de 22-7-1996, p. 31.

⁵ DO C 59 de 23-2-2001, p. 258.

las mujeres en la Comunidad⁶, el Parlamento Europeo reconoce que las condiciones en que las mujeres disfrutan de salud sexual y reproductiva varían significativamente de un país a otro de la Unión Europea. La resolución hace un llamamiento a los estados miembros para que se legalice el aborto provocado en determinados supuestos, al menos en caso de embarazo forzado, de violación, o de peligro para la salud o la vida de la mujer, teniendo siempre en cuenta que ha de ser la propia mujer quien tome la decisión final; y para asegurar que los abortos voluntarios se llevan a cabo con garantías médicas y que se prestará apoyo psicológico y social. Además de las Resoluciones de 15 junio de 1995 sobre la participación de la Unión Europea en la IV Conferencia mundial de las Naciones Unidas sobre la mujer, celebrada en Beijing, sobre Igualdad, desarrollo y paz⁷, y la Resolución de 21 de septiembre de 1995 sobre la IV Conferencia mundial sobre la mujer en Beijing⁸.

El Consejo de Europa ha tratado en profundidad el tema de la salud sexual y reproductiva y los derechos de esta materia a varios niveles.

La actuación del Parlamento Europeo y de la Comisión de derechos de la mujer y de igualdad de oportunidades

Informe sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia, ponente Anne Van Lancker (PSE, Bélgica). Aprobado el 3 de julio de 2002, por 280 votos a favor, 240 en contra y 28 abstenciones. Resolución del Parlamento Europeo sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia. Se refiere a los países miembros y a los países candidatos, que se incorporan a partir de 2004.

Diagnóstico de la situación en la Unión Europea

La competencia de la Unión Europea en este ámbito consiste en desarrollar directrices e iniciativas útiles para fomentar la cooperación.

Existen disparidades en salud sexual y reproductiva y en los derechos en esta materia dentro de la Unión Europea y de los estados miembros, en especial existe una enorme desigualdad en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo de las mujeres europeas en función de sus ingresos y su nivel de renta y/o el país de residencia.

⁶ DO C 175 de 21-6-1999, p. 68.

⁷ DO C 166 de 3-7-1995, p. 92.

⁸ DO C 175 de 21-6-1999, p. 68.

Los estudios muestran que hay menos abortos en determinados estados miembros que combinan una legislación liberal sobre la interrupción voluntaria del embarazo con una educación sexual eficaz, servicios de planificación familiar de alta calidad y disponibilidad de una gran variedad de anticonceptivos; que, sin embargo, determinados estados miembros con políticas similares aún presentan elevados índices de abortos y de embarazos en adolescentes.

Hay que prestar atención no sólo a la interrupción de embarazos no deseados sino también y especialmente a la prevención de tales embarazos; la responsabilidad de la prevención de embarazos no deseados incumbe no sólo a la mujer sino también al hombre.

Para la prevención de embarazos no deseados es sumamente importante una información adecuada en los ámbitos de la sexualidad, la responsabilidad frente a los demás en las relaciones, la salud, las diferentes posibilidades de prevención del embarazo, etc., respecto de lo cual los padres y la enseñanza pueden desempeñar una función importante.

Un buen acceso a todos los métodos anticonceptivos contribuiría a reducir los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual.

Van en aumento los embarazos de adolescentes y continúa la falta de educación sexual de alta calidad y de servicios y asesoramiento específicos de salud sexual y reproductiva para adolescentes en algunos estados miembros.

Es preocupante la propagación de las enfermedades de transmisión sexual, los riesgos de contactos sexuales sin seguridad, la persistencia de estereotipos que asocian erróneamente el riesgo de infección con determinados mecanismos de transmisión, a pesar de la información sobre medidas preventivas y mecanismos de transmisión facilitada en la Unión Europea, y la importancia de promover un alto grado de salud sexual como medio de prevenir las enfermedades de transmisión sexual.

La violencia sexual tiene unas consecuencias nefastas para la sexualidad y la salud reproductiva de la mujer y de las jóvenes y que las mutilaciones genitales femeninas surten unos efectos nocivos para las relaciones sexuales, los embarazos y los partos.

La carencia actual de estadísticas completas sobre indicadores de salud sexual y reproductiva a nivel europeo.

Los anticonceptivos son utilizados mayoritariamente por mujeres.

Los llamados «países candidatos» tienen, además de estos problemas, los siguientes:

- Mayores tasas de aborto y menor índice de uso de anticonceptivos, en comparación con los estados miembros, así como falta de información de las mujeres en términos de una educación sexual sistemática y adecuada.

- Desde el punto de vista médico e higiénico, la capacidad del sistema sanitario de muchos de los países candidatos se considera inadecuada, así como insuficiente la orientación del sistema sanitario a las necesidades de la población.

En general se constatan dificultades a la hora de comparar las políticas de salud sexual y reproductiva, tanto dentro de la Unión Europea como entre ella y los países candidatos.

En la resolución aprobada se recomiendan acciones referidas a anticoncepción en general, a embarazos no deseados y abortos, sobre salud sexual y reproductiva dirigida a los adolescentes y recomendaciones de política general de salud sexual y reproductiva de la Unión Europea.

Anticoncepción

Como la política legislativa de salud reproductiva es competencia de los estados miembros, la Unión Europea puede desempeñar un papel de apoyo mediante el intercambio de las mejores prácticas.

Recomienda que los gobiernos desarrollen una política nacional de alta calidad sobre salud sexual y reproductiva, en colaboración con organizaciones pluralistas de la sociedad civil, proporcionando una amplia información sobre las posibilidades efectivas y responsables de planificación familiar, con el fin de garantizar un acceso equitativo a todos los tipos de métodos anticonceptivos de alta calidad y métodos de conciencia de la propia fertilidad.

Insta a los gobiernos de los estados miembros y de los países candidatos a que se esfuercen en proporcionar anticonceptivos y servicios de salud sexual y reproductiva gratuitos, o a costes muy bajos, a los grupos más desfavorecidos, tales como los jóvenes, las minorías étnicas y los marginados sociales.

Recomienda a los estados miembros que garanticen a las personas que viven en condiciones de pobreza el mejor acceso a los servicios sanitarios en el ámbito de la vida sexual y reproductiva, ofreciéndoles en especial la elección de los anticonceptivos y la prevención y el diagnóstico de las enfermedades de transmisión sexual.

Recomienda a los gobiernos que faciliten el acceso a la anticoncepción de urgencia a precios asequibles (por ejemplo, la píldora del día después).

Insta a los gobiernos de los estados miembros y de los países candidatos a que fomenten la investigación científica en el ámbito de la anticoncepción destinada a los hombres, con el fin de garantizar la igualdad de las mujeres y los hombres en lo que atañe a los efectos de la utilización de los métodos anticonceptivos.

El promedio de uso de métodos anticonceptivos modernos en la Unión Europea es de un 65%; en Austria y Grecia, de un 53%, y Alemania, Finlandia, el Reino Unido y los Países Bajos muestran el índice más alto (aproximadamente, el 75%). La media de uso de anticonceptivos en los países candidatos a la adhesión es mucho más baja: alcanza el 31%, localizándose los índices más bajos en Rumania y Lituania (alrededor del 13,5%) y los más altos, en la República Checa, la República Eslovaca, Hungría y Eslovenia (aproximadamente, un 47%)⁹.

Ningún gobierno nacional de la Unión Europea tiene una política clara y distinta sobre salud sexual reproductiva, pero la mayoría de los países respalda los servicios de planificación familiar, que están disponibles a través de los sistemas sanitarios, sobre todo mediante médicos generales. Los servicios, incluyendo los anticonceptivos, son gratuitos en el Reino Unido y en Portugal. En otros países, los clientes pagan, pero en la mayoría de los casos, les devuelven parte o la totalidad del dinero. La planificación familiar no está integrada en el sistema sanitario de España y Grecia, y en Irlanda la devolución por parte del Estado sólo es posible en centros que facilitan «métodos naturales». El uso de los anticonceptivos difiere entre los estados miembros e incluso dentro de ellos. En algunos países, la prestación de servicios es menor para jóvenes, inmigrantes y población de zonas rurales.

Embarazos no deseados y abortos

Destaca que no se debe fomentar el aborto como método de planificación familiar; recomienda a los gobiernos que se esfuercen en aplicar una política sanitaria y social que permita una inflexión del recurso al aborto, concretamente, mediante la prestación de servicios y asesoramiento de planificación familiar y la oferta de ayuda material y económica a las mujeres embarazadas que se encuentren en dificultades, y que consideren la práctica de abortos en condiciones inadecuadas un asunto de salud pública del mayor interés.

Recomienda a los gobiernos que garanticen información y asesoramiento libres de prejuicios, con base científica y de fácil comprensión sobre la salud sexual y reproductiva, incluida la prevención de abortos no deseados, así como sobre los riesgos que entrañan los abortos que se realizan en condiciones inadecuadas.

Solicita a los gobiernos que dispongan de personal formado y multidisciplinar que preste servicios especializados de salud sexual y reproductiva que incluyan un asesoramiento

⁹ Informe sucinto sobre el seguimiento de la población mundial 2002, división de población de las Naciones Unidas del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, con una contribución de la OMS y de UNAIDS.

profesional de alta calidad adaptado a las necesidades de grupos específicos (por ejemplo, inmigrantes). Hace hincapié en que el asesoramiento debe ser confidencial y ha de estar exento de juicios de valor, y que, en caso de objeción de conciencia legítima del asesor, se facilite información sobre otros proveedores de servicios. Cuando se facilite asesoramiento sobre el aborto, tendrá que hacerse referencia a los riesgos físicos y psíquicos del aborto para la salud y se estudiarán otras alternativas (adopción, posibilidades de ayuda en el caso de decidirse por tener el niño).

Recomienda que, para proteger la salud reproductiva y los derechos de las mujeres el aborto sea legal, seguro y accesible para todas las mujeres.

Hace un llamamiento a los gobiernos de los estados miembros y de los países candidatos para que se abstengan de procesar a mujeres a quienes se les haya practicado un aborto ilegal.

Debido a la limitada disponibilidad y a los elevados costes de los anticonceptivos adecuados, así como a la escasez de servicios de asesoramiento en Europa Central y Oriental, el aborto sigue siendo el principal método de regulación de la fertilidad. En principio, un aborto puede conseguirse por muy poco dinero o incluso gratuitamente, mientras que el precio de los anticonceptivos corresponde a un tercio del salario de una persona. Por ello, muchas mujeres carecen de opción. Además, el apoyo político a los servicios de salud reproductiva es bastante escaso, a causa de la preocupación por el descenso demográfico.

La tasa más baja de abortos que se ha registrado en la Unión Europea corresponde a Bélgica, los Países Bajos y Alemania (alrededor de 7/1.000 mujeres), el grupo intermedio lo forman Finlandia, Francia e Italia (aproximadamente, 12/1.000 mujeres). Los niveles más altos se encuentran en Suecia, el Reino Unido y Dinamarca (cerca de 17/1.000 mujeres) con Suecia a la cabeza (18/1.000 mujeres).

En los países candidatos, los índices son mucho más elevados. Las tasas de abortos oficiales más bajas corresponden a la República Checa (17/1.000), Lituania, Eslovaquia y Eslovenia (21/1.000 mujeres); el grupo intermedio está compuesto de Bulgaria, Letonia, Estonia y Hungría (aproximadamente, 40/1.000 mujeres), y el nivel más elevado se encuentra en Rumania (52/1.000 mujeres).

Las políticas en materia de aborto difieren de un estado miembro a otro, lo cual explica que las mujeres viajen entre los estados miembros de la Unión para que se les practique un aborto. La política más restrictiva es la de Irlanda, en donde sólo se permite el aborto para salvar la vida de la madre; en Portugal y España, el aborto sólo es legal en caso de malformación fetal o violación o para proteger la salud física o mental de la mujer, pero, en realidad, la práctica del aborto difiere considerablemente. Otros países permiten el aborto por razones médicas y socioeconómicas. En la mayoría de los países, el límite en el periodo de gestación para practicar un aborto es de 12 semanas; pasado ese tiempo, todavía es posible practicar el aborto en determinados países en circunstancias especia-

les. En algunos países, se necesita el consentimiento de los padres en caso de quien aborta sea menor de edad. Los costes varían: muchos gobiernos incluyen el aborto en los sistemas de seguridad social nacionales; otros sólo proceden de este modo cuando el aborto tiene una justificación médica.

En Europa Central y del Este, el aborto es una de las causas principales de morbilidad materna. En Polonia, el aborto se ha ilegalizado tras 40 años de aborto legal y ampliamente accesible.

Chipre ha restringido su política de abortos (en caso de violación, malformación fetal y para proteger la salud física o mental de la madre). En Turquía, es necesario el consentimiento del cónyuge.

Salud sexual y reproductiva de los adolescentes/educación sexual

Destaca que la salud sexual y reproductiva de los adolescentes y sus necesidades con respecto a la sexualidad y la reproducción se diferencian de las de los adultos.

Recuerda que la participación activa de los jóvenes (sus derechos, opiniones y competencia) reviste importancia en el desarrollo, la aplicación y la evaluación de los programas de educación sexual en cooperación con otras partes interesadas, especialmente los padres; en este ámbito, el refuerzo de las competencias de los padres desempeña también un papel importante.

Recuerda que la educación sexual debería tener en cuenta la diferencia de sexos, es decir, que ha de tener en cuenta las sensibilidades particulares de chicos y chicas, desde una edad temprana hasta la edad adulta, con un enfoque diferente según las fases de desarrollo vital, y teniendo en cuenta estilos de vida diferentes, debiendo prestarse especial atención a las enfermedades transmitidas sexualmente (por ejemplo, VIH/sida).

Destaca que la educación sexual se ha de considerar desde un enfoque global y positivo, prestando atención a los aspectos psicosociales y biomédicos y sobre la base del respeto y la responsabilidad mutuos.

Pide a los gobiernos que recurran a métodos variados para llegar a los jóvenes: a través de la educación formal e informal, campañas publicitarias, mercadotecnia social para el uso del preservativo y proyectos como líneas telefónicas confidenciales de asistencia, y que consideren las necesidades de grupos específicos, fomentando la intervención en la educación sexual de educadores afines a los destinatarios.

Hace un llamamiento para que mejoren y amplíen el acceso de los jóvenes a los servicios sanitarios (centros juveniles de planificación familiar, centros escolares, etc.) adecuándolos a sus preferencias y necesidades.

Solicita a los gobiernos que ofrezcan apoyo a las adolescentes embarazadas, con independencia de que deseen interrumpir el embarazo o llevarlo a término, y que garanticen su posterior educación.

Pide a los gobiernos de los estados miembros que mantengan e incrementen el nivel de información de la población (principalmente en los sectores de la sociedad más marginados y con mayores dificultades de acceso a la información) sobre la infección por VIH/sida, sus mecanismos de transmisión y las conductas que favorecen su transmisión.

La media de embarazos de adolescentes está aumentando en la Unión Europea (en la actualidad, oscila entre 12 y 25 de cada 1.000 chicas de 15 a 19 años). El promedio más bajo se encuentra en los Países Bajos y en Bélgica; el grupo intermedio está compuesto de Alemania, Francia, Finlandia y Dinamarca y los niveles más altos corresponden a Suecia, Italia, Inglaterra y Gales.

Dentro de la UE, los jóvenes todavía no tienen el mismo nivel de conocimientos y competencias con respecto a la sexualidad. Las diferencias en los índices de embarazos de adolescentes son sorprendentes. Sirva de ejemplo la disparidad entre el Reino Unido (28 de cada 1.000 chicas de 15 a 19 años) y los Países Bajos (7 de cada 1.000). Los Países Bajos están considerados en todo el mundo un modelo de apertura y de servicios de calidad en materia de sexualidad.

En Europa del Este, la escasez de educación sexual contribuye al insuficiente uso de los anticonceptivos. Se necesitan más programas sanitarios para adolescentes. En algunos países, como Letonia y Bulgaria, se requiere la autorización de los padres en los servicios de planificación familiar. En Polonia, no existe ningún tipo de educación sexual.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) acaba de hacer público un informe sobre el estado de la población mundial referido a la salud y los derechos de los adolescentes. En este informe se destaca que al aumentar los conocimientos, las oportunidades, las opciones y la participación de los jóvenes se posibilitará que tengan vidas saludables y productivas, de modo que puedan contribuir plenamente a sus comunidades y a un mundo más estable y próspero. Dentro del marco de derechos humanos establecido y aceptado por la comunidad mundial, ciertos derechos son particularmente pertinentes a los adolescentes y los jóvenes, así como a las oportunidades y los riesgos que ellos enfrentan, inclusive el derecho a la igualdad de género y los derechos a la educación y la salud, incluidos servicios de salud reproductiva y sexual e información al respecto, de manera apropiada a su edad, a su capacidad y a sus circunstancias.

Política general de salud sexual y reproductiva de la Unión Europea

La Comisión Europea apoya las investigaciones sobre indicadores relevantes de salud sexual y reproductiva y definiciones armonizadas, y la resolución del Parlamento manifiesta su apoyo igualmente a estas investigaciones.

Se hace un llamamiento a los gobiernos de los estados miembros y de los países candidatos para que faciliten a la Comisión datos e información pertinentes sobre sus políticas, con el fin de crear una base de datos de toda Europa sobre estadísticas de salud sexual y reproductiva, y de elaborar un vademécum sobre las mejores prácticas y las experiencias positivas en este ámbito.

Se pide a los gobiernos de los estados miembros y de los países candidatos que ofrezcan acceso a los servicios sanitarios sexuales y reproductivos sin discriminación alguna por motivos de orientación sexual, sexo o estado civil.

Recomienda que se inicie un proceso de aprendizaje mutuo, basado en comparaciones de datos de salud sexual y reproductiva y en la puesta en común de experiencias positivas y de las mejores prácticas de los programas y políticas en este ámbito, tanto de los estados miembros como de los países candidatos a la adhesión.

Se recomienda a la Comisión que tenga en cuenta las opiniones de los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia, y a que las considere un aspecto importante en el seguimiento del Libro Blanco sobre un nuevo impulso para la juventud europea.

Se insta al Consejo y a la Comisión a que, en su estrategia de preadhesión, presten asistencia técnica y financiera a los países candidatos con objeto de desarrollar y aplicar programas de promoción de la salud y normas de calidad en servicios de salud sexual y reproductiva, y a que garanticen que la ayuda actual de la Unión Europea destinada a Europa Oriental y a Asia Central incluya este tipo de programas.

Se pide a la Comisión que tenga en cuenta el impacto devastador de la política «Ciudad de México» del gobierno Bush, que deniega ayuda financiera a organizaciones no gubernamentales que ocasionalmente envían a mujeres a clínicas abortistas como última solución, especialmente en relación con los programas para Europa Central y Oriental; pide a la Comisión que compense la carencia presupuestaria provocada por la política «Ciudad de México».

Se lamenta, a este respecto, de los resultados del período de sesiones extraordinario de las Naciones Unidas sobre la infancia del mes de mayo de 2002 durante el cual, a raíz de la coalición formada por la Santa Sede, EEUU y otros países miembros de la ONU, no se pudo llegar a un acuerdo y hacer una referencia positiva a la ampliación del acceso a los servicios de salud reproductiva, incluida la información y la educación sobre salud repro-

ductiva y sexual; pide al Consejo y a la Comisión que coordinen los esfuerzos de los Estados miembro para garantizar una mejor representación de las posiciones de la Unión Europea ante las Naciones Unidas en futuras ocasiones.

Se insta a la Comisión a que garantice que se están llevando a cabo el seguimiento y la evaluación permanentes de los programas de acción de la Conferencia internacional sobre población y desarrollo y de la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer y a que le presente regularmente informes recapitulativos.

Y, por último, la resolución adoptada celebra el objetivo establecido en el documento final de la Conferencia Beijing+5, que propone conseguir un acceso universal a la asistencia sanitaria de alta calidad de aquí al 2015, incluida la asistencia en materia de salud sexual y reproductiva; solicita al Consejo que, en el marco del procedimiento de seguimiento, dentro de los límites de sus competencias, desarrolle indicadores y puntos de referencia sobre aspectos problemáticos, y que le presente regularmente informes recapitulativos.

Valoración de El Cairo

En 1994, la Conferencia internacional sobre población y desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo estableció el acceso a los servicios de salud reproductiva como un instrumento clave en la lucha por la reducción de la pobreza y se perfilaron las estrategias en materia de salud sexual y planificación familiar que están actualmente vigentes en países de todo el mundo. En El Cairo, los países ricos asumieron el pago, para el año 2000, de un tercio de los 17.000 millones de dólares EEUU, calculados como necesarios para alcanzar en 2015 el acceso universal a la salud reproductiva básica para todo el mundo, mientras que los países en desarrollo aceptaron pagar el resto. En 1998, los países ricos aportaron menos del 40% de lo acordado, mientras que los países pobres desembolsaron un 70%. En cuanto a España, frente al 4% comprometido en El Cairo, nuestro país destinó en 1999 al capítulo «población y salud reproductiva» sólo un 0,49% de la Ayuda Oficial al Desarrollo. Por otro lado, no se atiende a la insistente petición del Parlamento Europeo de asignar el 35% de las ayudas al ámbito de la salud y de la educación.

En los documentos de estrategia por país presentados hasta ahora tan solo se alcanza, para el campo de la salud, un 4,3% de los recursos programables.

A pesar de un diagnóstico claro —establecido en todas las cumbres y conferencias de los últimos años—, a pesar de las estrategias y de los compromisos acordados por la comunidad internacional y de una mayor sensibilidad colectiva en cuanto a los problemas de desarrollo humano y de desarrollo sostenible, la realidad arroja un panorama muy poco esperanzador. A la falta de cumplimiento por parte de los países ricos de las promesas reiteradas en los documentos y en los discursos, se viene a sumar una ola de fundamentalismo religioso tanto del lado católico como del islámico que pretende un retroceso en

todas aquellas cuestiones que afectan a la emancipación de las mujeres, muy especialmente en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos.

Objetivos del milenio

- Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- Lograr la enseñanza primaria universal.
- Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- Reducir la mortalidad infantil.
- Mejorar la salud materna.
 - Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades.
 - Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
 - Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Todos ellos están vinculados estrechamente con la salud reproductiva.

La actuación del Parlamento Europeo y de la Comisión de Cooperación y Desarrollo

«Informe sobre la propuesta de Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la ayuda para políticas y acciones relativas a la salud y a los derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.» Ponente: Ulla Margrethe Sandbæk (Grupo por la Europa de las Democracias y las Diferencias, EDD, Dinamarca). Este informe dio lugar a la aprobación del Reglamento (CE) 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de julio de 2003 relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.

En los países menos avanzados los embarazos y los partos constituyen el principal motivo de mortalidad o discapacidad entre las mujeres. Cada año fallecen 600.000 mujeres como consecuencia directa del embarazo y un 99% de estas muertes se producen en países en desarrollo. Además se calcula que 50 millones de mujeres sufren todo tipo de complicaciones y que, al menos un 75% de todas esas muertes y lesiones podrían evitarse a través de programas de salud reproductiva. Éstos, junto con los servicios de planificación familiar, contribuyen no sólo a evitar embarazos no deseados sino también a eliminar los fatales riesgos de los abortos inseguros. Los datos a escala mundial estiman que cada año se practican alrededor de 20 millones de abortos inse-

guros. La OMS indica que 1 de cada 8 muertes relacionadas con el embarazo se debe a un aborto clandestino. A pesar de ello el aborto en condiciones inseguras es un recurso utilizado por millones de mujeres en todo el mundo para terminar con embarazos no deseados.

Para la Comunidad constituyen un gran motivo de preocupación las condiciones de la salud reproductiva de hombres y mujeres, en particular, de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años en los países en desarrollo. Se acuerda, por ello, mediante el mencionado reglamento, el establecimiento de una ayuda financiera así como la aportación de conocimientos especializados para promover un enfoque holístico y el reconocimiento de la salud y de los derechos en materia de reproducción y sexualidad, tal como los recoge el programa de acción de la CIPD, incluida una maternidad exenta de riesgos y el acceso universal a los cuidados y servicios seguros en materia de salud reproductiva y sexual.

Objetivos de las actividades llevadas a cabo conforme al reglamento son:

- Garantizar el derecho de las mujeres, los hombres y los adolescentes a una buena salud reproductiva y sexual.
- Permitir que las mujeres, los hombres y los adolescentes tengan acceso a una gama completa de servicios, suministros, educación e información de calidad seguros, accesibles, asequibles y fiables en materia de salud reproductiva y sexual.
- Reducir los índices de mortalidad y morbilidad materna, con especial referencia a los países y a las poblaciones donde son más altos.

La dotación financiera para la ejecución del reglamento de ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo, para el período 2003-2006 será de 73,95 millones de euros. El contenido de estas ayudas y de la regulación adoptada dentro del programa marco financiero representa una significativa reafirmación a los objetivos de la Unión Europea y de la Conferencia internacional de población y desarrollo de El Cairo en 1994. Sobre todo en lo que respecta a la reducción de la mortalidad infantil y la salud de la madre. Hace un llamamiento para la creación de una línea presupuestaria secundaria para combatir la mutilación genital femenina.

La recomendación de los expertos en salud y desarrollo recomiendan el incremento en al menos 20 millones de esta línea presupuestaria. El año pasado se financiaron con 13,95 millones de euros del presupuesto a estas ayudas en los países en desarrollo y 60 millones de euros para los tres siguientes años.

Los retos «El Cairo+10»

El Plan de Acción de El Cairo aprobado por 179 países en 1994 y ratificado cinco años después cumplirá una década en el 2004. La propuesta de Naciones Unidas para conmemorar el aniversario es realizar reuniones nacionales, regionales e internacionales que permitan evaluar técnicamente las acciones emprendidas por los distintos países, orientados a la identificación de buenas prácticas. Sin duda será una ocasión para el intercambio de experiencias de los actores implicados con el fin de avanzar en los objetivos establecidos hace diez años y en ningún caso será de revisión de los compromisos contenidos en el Plan de Acción y mucho menos de la terminología del mismo.

Estas reuniones ya están siendo convocadas por la Comisión Económica y Social de Naciones Unidas y durarán hasta abril de 2004. La primera de ellas fue celebrada en Ginebra del 12 al 14 de enero de 2004 donde los expertos analizaron los cambios emergentes en la población, examinaron los retos que estos cambios plantean, así como trataron de identificar las políticas más adecuadas.

Consecuencias derivadas de la imposición de los criterios conservadores

La revisión de este consenso puede conllevar a un retroceso de 40 años en el acceso de las mujeres a la salud y la educación. Entre las consecuencias concretas que pueden derivarse de este retroceso podemos señalar algunas, como:

- El empeoramiento de la situación de millones de mujeres afectadas por prácticas como la mutilación genital femenina.
- El incremento de los riesgos para la salud de las mujeres derivados de la práctica de abortos inseguros, de las enfermedades de transmisión sexual incluyendo el VIH/sida, de la falta de atención antes, durante y después del parto, entre otras.
- El aumento del número de embarazos no deseados especialmente entre adolescentes, limitando así su capacidad de elección y sus oportunidades educativas, laborales y económicas.

BIBLIOGRAFÍA

Parlamento Europeo. *Reglamento del Parlamento Europeo y del Consejo relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo*. PE-CONS 3623/03. Bruselas: Parlamento Europeo, 2003.

LA NECESIDAD DE AVANZAR EN LA IGUALDAD DE GÉNERO EN SALUD: EL PROCESO DE LA DECLARACIÓN DE MADRID

Begoña Merino Merino

Consejera Técnica de la Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología del Ministerio de Sanidad y Consumo, Contraparte de la OMS en Género y Salud

En la 3ª Reunión de Puntos Focales de la salud sexual y reproductiva, salud de la mujer y *mainstreaming* de género celebrada en Copenhague en febrero de 2001, se recomendó la creación de un «Panel europeo de *mainstreaming*¹ de género y salud» que respondiera a la necesidad de redefinir el enfoque de género en la salud en el contexto europeo. Las distintas estrategias para conseguir la igualdad entre hombres y mujeres se habían implementado fundamentalmente en países en vías de desarrollo y en el entorno europeo; pero los responsables de las políticas sanitarias no percibían la crucial relación entre el género y la salud. Incluso prestigiosas agencias relacionadas con la salud en el ámbito europeo, no tenían en cuenta los aspectos más elementales del análisis de género y sus implicaciones en la salud.

Como misión de este Panel se estableció asesorar y apoyar a la Oficina Regional Europea de la OMS y a sus estados miembros en:

- La definición de un nuevo enfoque de género y salud que introduzca el concepto de los beneficios del *mainstreaming* de género.
- Desarrollar una guía práctica y flexible para la introducción de la perspectiva de género en todos los programas.
- Identificar áreas críticas para la salud de los hombres y de las mujeres en los diferentes programas.
- Identificar y documentar ejemplos de buena práctica en el ámbito nacional y en los diferentes programas.
- Poner en práctica proyectos pilotos en género y salud en áreas críticas de intervención.
- Facilitar el intercambio de experiencias.
- Desarrollar herramientas adaptadas a los países europeos para incluir la perspectiva de género en los programas de salud.
- Desarrollar indicadores claves para la evaluación y seguimiento del proceso.
- Incorporar el género en las redes existentes más relevantes.

Este Panel, formado por más de diecinueve personas pertenecientes a ministerios de sanidad, institutos de investigación y organizaciones comunitarias de once países europeos junto con la OMS, se reunió en Basilea (Suiza) en junio de 2001.

La reunión estaba convocada para definir la estructura y competencias del panel, identificar las principales áreas de trabajo y consensuar la estrategia necesaria para avanzar. En ella se propuso la agenda del «Seminario sobre *mainstreaming* de género en las políticas de salud en Europa» que se celebraría en Madrid. Este seminario serviría para consensuar las estrategias futuras y en él se realizaría una declaración que incluyera las principales líneas europeas de futuro para conseguir la equidad de género en la salud mediante la actual estrategia de *mainstreaming*. También se introducirían temas clave del contexto europeo, buenas prácticas y presentaciones sobre los retos pendientes.

Al «Seminario de Madrid» se invitó, junto con los miembros del panel en género y salud, a los ministerios de sanidad de los países europeos para introducir y debatir las principales líneas de trabajo previstas por el panel, y conseguir el apoyo y consenso de estos países en estas líneas estratégicas.

Participaron veintiocho países y se consensuó la Declaración de Madrid que expone los principios y requisitos previos para la equidad de género y recomienda el camino a seguir por los países miembros para conseguir este objetivo.

BIBLIOGRAFÍA

Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Seminario sobre «mainstreaming» de género en las políticas de salud en Europa*. Madrid, 14 de septiembre de 2001: Instituto de la Mujer 2002.

Organización Mundial de la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *La equidad de género en la salud mediante el «mainstreaming»: La necesidad de avanzar. La Declaración de Madrid*. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2002.

El texto íntegro de la Declaración de Madrid puede consultarse en la siguiente Url:
<http://www.msc.es/proteccionSalud/ciudadanos/generoSalud/pdf/declaracionMadrid.pdf>

¹ Nota de la editora: en el caso del anglicismo *mainstreaming* conservamos la versión original ya que no existe un equivalente exacto en castellano y debido a que es un término técnico muy extendido en los foros que tratan temas de género. En un intento de definición diríamos que *mainstreaming* de género es término acuñado en 1985 durante la 3ª Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre mujeres celebrada en Nairobi y definido como «la reorganización, la mejora, el desarrollo y la evaluación de los procesos políticos, de modo que una perspectiva de igualdad de género, se incorpore en todas las políticas, a todos los niveles y en todas las etapas, por los actores involucrados en la adopción de medidas políticas.» El *mainstreaming* es instrumento político y meta a la vez. (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. *Mainstreaming de género*. Madrid: Instituto de la Mujer, 1999.)

EL FORO POLÍTICO COMO ESPACIO PARA AVANZAR EN LA SALUD SEXUAL INTEGRAL DE LAS MUJERES

Consuelo Catalá Pérez

Miembro de la Comisión de la Mujer y de las Políticas de Igualdad, Diputada Socialista de las Cortes Valencianas

INTRODUCCIÓN

Agradezco la oportunidad de participar en este en el seminario del que ahora se publica este libro porque me da la posibilidad de volver a donde siempre he estado, al campo de la salud de las mujeres y, en segundo lugar, porque me brinda la oportunidad de hablar en un foro en el que están presentes instituciones, profesionales de salud, servicios sociales y organismos de igualdad.

Una oportunidad que voy a aprovechar para intentar analizar desde otro punto de vista la historia de la concreción de derechos de salud de las mujeres, desde un paralelismo con las diversas oleadas del movimiento feminista y, dado que ese es un origen que para mí imprime carácter, iré desmenuzando la situación actual en la que nos encontramos. Situación en la que la salud y, en concreto la salud de las mujeres, es un pilar de los derechos ciudadanos con la implicación que ello supone para la práctica política de las instituciones democráticas.

Si me he centrado en hablar del parlamento es por mi experiencia concreta pero está claro que es trasladable a las diversas instituciones democráticas que deciden las políticas ciudadanas (ayuntamientos, diputaciones, etc.).

También es cierto que la experiencia de «presupuestos participados en clave de género» es una reivindicación que tiene que ver con otro concepto de hacer política que ya se está acuñando «gobernar con todas y con todos» y que se irá plasmando en experiencias concretas (algunas sólo de áreas o departamentos).

Y, sobre todo, me gustaría que esta pequeña aportación al seminario sirviera para dar a conocer la documentación que existe sobre el tema, así como para animar a seguir en la vía de trabajar con una perspectiva de género, como garantía última de favorecer la igualdad real contribuyendo de esta manera a una sociedad en donde la justicia y la libertad sean patrimonio de todas y de todos.

LA SALUD SEXUAL DE LAS MUJERES COMO DERECHO: ALGUNAS REFLEXIONES DESDE LA ÓPTICA FEMINISTA

El feminismo como teoría de la igualdad

La igualdad como idea nace de la tradición occidental (hay muchas tradiciones que han prescindido y siguen prescindiendo de ella). Cuando Europa tuvo que rehacerse y encontrar sus propias señas de identidad —tras las convulsiones después de más de un siglo de guerras religiosas—, Europa tuvo que inventar los conceptos que articularían lo que mucho más tarde llegaría a solidificarse como lo que llamamos la «tradición democrática».

La tradición democrática consiste, fundamentalmente, en conjugar dos ideas que son tensionales y, en muchos casos, contradictorias: la idea de la igualdad y la idea de la libertad.

Me voy a saltar la primera oleada del feminismo, para no hacerlo muy extenso, que es la que luchó por el concepto de ciudadanía y no lo consiguió. Y fue así hasta que «la segunda ola de vindicación feminista» que ya es directamente política, se despertó en Europa y América del Norte con los movimientos sufragistas. Y ese movimiento a favor de ser ciudadanas se logró, pero costó mucho y fue país por país e incluso en algunos por no decir muchos, después de la 2ª Guerra Mundial.

Por qué pensaban nuestras correligionarias que el derecho a voto era fundamental: porque estaban convencidas de que era lo que les permitiría abordar una serie de transformaciones que variarían no sólo la vida de las mujeres sino la propia sociedad (es decir, base de transformación política). Y siendo así, fue lento muy lento, y aparece lo que llamamos la «tercera oleada del movimiento feminista», la de los años 60-70.

En ella el lema central es lo «privado es público/lo personal es político». E introduce la lucha por la igualdad en todas las áreas de la vida: entre los años 70-80 se logran la mayor parte de lo que ahora son leyes del Estado:

- Derechos sobre la propia libertad.
- Derechos sobre el propio cuerpo.
- Derechos sobre la propiedad.
- Derechos sobre la educación, etc.

Y es a partir de la consecución de esta fase de derechos cuando a partir de los 90 aparece lo que llamaría la «cuarta oleada del movimiento feminista». Abordando de manera directa el tema de la representación política como eje necesario para llevar adelante una democracia real y participativa de todos los ciudadanos y ciudadanas.

Y aparece la llamada Declaración de Atenas en 1992. Las mujeres europeas con responsabilidades públicas de todo el arco político piden de manera ya explícita la necesidad urgente de modificar el acceso a los órganos de representación política para que la participación de las mujeres, que ya se da en la vida social, también sea una realidad allí donde se decide el porvenir de una sociedad.

Se acuña el término de «democracia paritaria». Este término apunta a que en los puestos de decisión de la sociedad tiene que haber una representación de mujeres que se muevan en torno al 50%, porque ésta es la proporción de mujeres que tenemos en la sociedad y es también la proporción de mujeres, que estamos trabajando y aportando todo nuestro trabajo a la sociedad.

El derecho a la salud de las mujeres

Coincidiendo con esa segunda oleada de vindicación feminista hay un auge de los movimientos de salud de mujeres. Un movimiento que tiene que ver con la medicina natural, con un enfrentamiento a la medicina regular, sobre todo en EEUU, y por ello se explica que cuando en los años 50 se produce el avance científico de la anticoncepción hormonal (la píldora): es en EEUU donde se inicia un movimiento de mujeres en salud que crea las bases de contestación, desde la misma ciencia a todas las teorías médicas que hablaban de la mujer como ser biológicamente inferior. Movimiento que se extiende rápidamente a Europa con la ayuda de las nuevas tecnologías en el campo de la comunicación y del transporte.

Es la coincidencia en el tiempo de la tercera oleada de vindicación feminista donde se concretan los derechos prácticos a los que antes me he referido. Teniendo claro que en nuestro país las oleadas han sido más tardías podemos referirnos a los avances legislativos que la despenalización de la píldora, de la ligadura... e incluso a la parcial despenalización del aborto voluntario pasando por la historia del movimiento de planificación familiar.

La Conferencia de Beijing+5 y sus mensajes

El derecho a la salud de las mujeres se ha ido plasmando paralelamente en las diferentes conferencias y tratados internacionales. En ellos esas olas de vindicación feminista han ido dejando su impronta en cada una de las medidas o acciones a realizar.

Si la Conferencia de Beijing en 1995 fue la última en cuanto a Conferencia como tal, en ella ya se plasma un avance en la estrategia de implementar la igualdad tanto en los compromisos que como gobiernos se suscribieron, así como en la obligación de realizar otra conferencia conocida como Beijing+5, para no dejar pasar tanto tiempo entre la consecución de las resoluciones adoptadas.

En Beijing, el apartado C es el correspondiente a salud y en su punto 98 dice:

«El VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, cuyo contagio es a veces consecuencia de la violencia sexual, tienen efectos devastadores en la salud de las mujeres, en particular de las adolescentes y jóvenes. Las mujeres, a menudo, no consiguen que los hombres adopten prácticas sexuales libres de riesgo y tienen difícil acceso a la información y a los servicios de prevención y tratamiento. Ellas, que representan la mitad de las personas adultas recientemente afectadas por el VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual, han hecho hincapié en que su vulnerabilidad social y las relaciones de poder desiguales entre mujeres y hombres constituyen obstáculos para una práctica sexual segura, en sus intentos por reducir la propagación de las enfermedades de transmisión sexual. Las consecuencias del VIH/sida no sólo afectan a su salud como mujeres, sino también a sus papeles de madres y encargadas del cuidado de otras personas y a su contribución al apoyo económico de sus hogares. Es preciso examinar desde la perspectiva de género las consecuencias sociales para el desarrollo y para la salud, de los efectos del VIH/sida y otras enfermedades de transmisión sexual.»

Pero además la lucha contra el VIH/sida tiene un objetivo estratégico propio en el C que se titula «Emprender iniciativas no sexistas para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el virus del VIH/sida y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva», donde en 17 apartados se va desgranando qué hay que hacer para emprender esas iniciativas. Entre otras cosas, este seminario es consecuencia directa de las acciones que luego a nivel europeo o por países van poniéndose en marcha.

Pero, como he dicho antes, está claro que en esta cuarta oleada del movimiento feminista las mujeres estamos muy atentas a que, además de ponerse los compromisos en un papel, se cumplan; celebrada en junio de 2000 la Conferencia Beijing+5, habría que ver cinco años después cómo se han implementado los acuerdos alcanzados.

Voy a repasar algunas de las cosas que allí se dijeron:

A) Sobre los datos y la situación que afecta a las mujeres con relación al sida

Según UNIFEM:

- Hay 2.185.000 mujeres infectadas por el sida en los países más pobres.
- La principal forma de contagio en la población femenina es la heterosexual.
- La dependencia económica es uno de los factores que hace que la población femenina tenga más posibilidades de contraer VIH/sida.
- La principal forma de contagio para la población femenina es la heterosexual, con cifras mundiales crecientes en las que se evidencia también la vulnerabilidad de mujeres que adquieren el virus dentro de una relación matrimonial, sin posibilidades de

negociar con su pareja el sexo seguro (Madhu Bala Nath a cargo del «Programa VIH/sida, género y derechos humanos»).

- La incapacidad de protegerse frente al VIH/sida se evidencia en los hogares, donde las mujeres viven situaciones de violencia intrafamiliar, porque no solamente carecen de herramientas para negociar prácticas de sexo seguro con sus parejas, sino que las relaciones sexuales llegan a ser parte del círculo de violencia.

B) Sobre el debate en la Sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas: «La mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI»

Los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres que incluyen la protección contra el VIH, pese a que fueron reconocidos por la mayor parte de los países en la Conferencia mundial de la mujer en Pekín, no han querido ser reconocidos por parte de los gobiernos «profamilia» que apoyan la postura conservadora del Vaticano y de países fundamentalistas del mundo árabe.

De la misma manera, éstos son los gobiernos que defienden la sexualidad solamente dentro del vínculo matrimonial, y rechazan las preferencias homosexuales, el uso del condón y la sexualidad de los adolescentes.

La pobreza, la dependencia económica de las mujeres y las consecuencias en todas las esferas de su vida, incluyendo su salud y la protección contra el VIH, será también uno de los puntos centrales de esta sesión especial de la Asamblea General, conocida como Pekín+5, donde se discutirán, además, los efectos de la globalización para la mitad de la población mundial.

C) Las conclusiones de la delegación oficial

En su calidad de «jefes de la delegación oficial de sus países» frente a la Asamblea General de Naciones Unidas, 31 ministros ratificaron que muchos han sido los avances en materia de políticas públicas a favor de las mujeres, pese a que reconocieron que «falta mucho por hacer».

Destaca el hecho de que en la mayoría de los países se han elaborado programas nacionales a favor de las mujeres; se han modificado legislaciones que eran discriminatorias; se ha avanzado —aunque casi simbólicamente— en cuanto al número de mujeres que tienen un cargo en la administración pública o como parlamentarias e incluso como funcionarias en el sistema de Naciones Unidas, lo que resulta contrario a lo expresado por las ONG en sus informes alternativos sobre el cumplimiento de los compromisos adquiridos por sus gobiernos en la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer, expresados en la Plataforma de acción mundial.

Los representantes oficiales durante la plenaria, destacaron el «compromiso» y la «voluntad» de sus gobiernos con el avance de las mujeres y la lucha por la igualdad entre hombres y mujeres, a pesar de que las cifras y la realidad demuestran lo contrario: cada minuto una mujer muere por causas relacionadas con la maternidad; ganan en promedio 50% menos que los hombres; tres cuartas parte de las personas que viven con menos de un dólar diario y las dos terceras partes de los 875 millones de analfabetos, son mujeres; entre 85 y 114 millones de ellas, han sido sometidas a la mutilación genital.

Entre los temas que han hecho más lenta la discusión está sin duda el de la salud. Mientras que para países como el Vaticano, los países musulmanes y los más conservadores de América Latina como Nicaragua, Guatemala y Perú, proponen priorizar las enfermedades como la malaria, la tuberculosis y la diarrea en materia de salud; para las naciones europeas, Estados Unidos y Canadá, la prioridad es garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres y las adolescentes.

Sin embargo en las declaraciones políticas, los delegados oficiales ratificaron que «sin la participación de las mujeres y el mejoramiento de sus condiciones de vida, las sociedades están destinadas a fracasar», por lo que la mayoría han hecho esfuerzos «sinceros» por eliminar la pobreza que afecta mayoritariamente a la población femenina, la violencia contra las mujeres y atender la pandemia del VIH/sida (que se ha convertido en uno de los mayores obstáculos para el desarrollo y el ejercicio pleno de los derechos de las mujeres).

D) La intervención de la primera dama de Estados Unidos, Hillary Rodham Clinton

Realizó un llamamiento para terminar con la pobreza de las mujeres en el mundo, porque sólo así se logrará el desarrollo de las naciones de la urbe. Resaltó la importancia de los avances logrados hace cinco años en Pekín, conferencia que describió como una de las experiencias más conmovedoras y significativas de su vida. Igualmente dijo que a Pekín llegaron mujeres de 189 países del mundo, con ropas y lenguas distintas «pero con una voz fuerte para defender los derechos humanos de las mujeres». El objetivo de Pekín+5 es refrendar el compromiso para terminar el trabajo de alcanzar la equidad para las mujeres y reiteró que mientras haya violaciones en conflictos armados, niñas sin acceso a la educación o mujeres que mueren quemadas a causa de una dote, mujeres que mueren por abortos y por VIH/sida, etc., «nuestro trabajo está lejos de haber terminado», concluyó.

Y para terminar haré referencia a una de las conclusiones que se sacaron de la Conferencia de Beijing+5 que tiene que ver con la participación de las mujeres:

E) Países que frenan acuerdos en ONU, sin representación de mujeres en parlamento. Sólo Suecia cuenta con representación paritaria de mujeres

Los países que impiden los acuerdos en esta conferencia son aquellos donde la representación de las mujeres en los parlamentos nacionales es casi inexistente o, en el mejor de los casos, el porcentaje no rebasa el dos por ciento.

De acuerdo con el «Mapa de las mujeres en política 2000», dado a conocer hoy por la Presidenta de la Unión Interparlamentaria, la diputada Najima Heptulla de la India, y la asesora en Género del Secretario General de Naciones Unidas, Angela King, en el marco de la sesión extraordinaria de la Asamblea General, «la mujer en el año 2000: igualdad entre los géneros, desarrollo y paz en el siglo XXI», sólo un país en el mundo cuenta con una representación paritaria de mujeres en su parlamento: Suecia.

King, señaló que desde 1995 a la fecha son pocos los avances en materia de participación política en el mundo, aunque reconoció que éstos se deben, sobre todo, a la incorporación de las acciones afirmativas en las legislaciones electorales y recordó que las cuotas, si bien son medidas temporales, son obligatorias para todos los países que hayan ratificado la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en contra de la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés).

Aquí, en la sede de las Naciones Unidas, en los propios grupos de negociación entre los gobiernos se ve esa relación entre posición respecto a derechos y número de mujeres en la vida política. Se ve claramente que existe una relación directa entre aquellos países que promueven las posiciones más avanzadas como el respeto a los derechos sexuales y reproductivos, a la diversidad sexual y las libertades de las mujeres, con un mayor número de mujeres en puestos de decisión política y legislativa.

En tanto que, los países con las posiciones más conservadoras, fundamentalistas, como Libia, Pakistán, Irán, Egipto, Kuwait, Argelia, Jordania, Afganistán y Sudán, que han intentado en los últimos cuatro meses bloquear los acuerdos en materia de derechos humanos, sexualidad, VIH/sida, el respeto y los derechos de las minorías sexuales; cuentan con un porcentaje de mujeres parlamentarias que en el mejor de los casos alcanza el dos por ciento.

De acuerdo con las estadísticas presentadas por la Unión Interparlamentaria se obtuvo información de 151 países sobre las mujeres en el poder ejecutivo e información estadística del poder legislativo de 171 de ellos. Revela que la representación de las mujeres sigue siendo escasa, a pesar de que en la 4ª Conferencia mundial sobre la mujer, se reconoció que el éxito de las sociedades democráticas depende de la equidad política entre hombres y mujeres.

En la Plataforma de acción mundial, documento de la 4ª Conferencia, firmada por 189 países, los gobiernos se comprometieron a promover la participación política de las mu-

jeros en todos los niveles de toma de decisiones para alcanzar la meta de la igualdad, la equidad y la paz en el mundo.

Finlandia es el único país en el mundo que tiene tanto una jefa de Estado, como una presidenta en el Congreso y el 36,5% de mujeres en el mismo. En tanto el número total de mujeres parlamentarias en el mundo asciende a 5.260 de un total de 40.256.

LA SOCIEDAD ACTUAL: ALGUNAS CUESTIONES A RESALTAR

Incorporación masiva de las mujeres a la educación, al mundo social, laboral etc., eso significa un cambio importante en las relaciones entre las mujeres y su entorno, y entre las mujeres y los varones.

Sociológicamente

- Mujeres con formación adecuada.
- Índice de natalidad más bajo de Europa: 1,2.
- Opción personal frente a la reproducción.
- Responsabilidad de las mujeres del ámbito privado y del cuidado de niños y personas dependientes.

Público/político

- Incorporación masiva de las mujeres en todos los ámbitos de la vida (alta incorporación al mundo laboral, alta cualificación profesional, etc.).
- Desproporción entre la capacitación profesional y el aumento de esa participación con número de mujeres en cargos de responsabilidad.
- Baja representación en las direcciones de partidos, organizaciones sindicales e instituciones (parlamento, ayuntamientos, etc.).

Es el fenómeno llamado «techo de cristal»

Algunas razones que explican esta situación

- No ha ido parejo el avance social y de concreción de derechos democráticos: derecho a la educación, al trabajo, a la anticoncepción... con un cambio estructural de la sociedad.
- La reproducción y en palabras actuales, «el derecho a la maternidad», sigue recayendo básicamente sobre las mujeres, así como la responsabilidad del ámbito doméstico.

- Aunque desarrollen un trabajo fuera de casa sigue considerándose esa su responsabilidad. Y no porque no hayan cambiado los varones en cuanto a mentalidad, que sí que lo han hecho, sino porque fundamentalmente las estructuras de funcionamiento social siguen siendo las mismas y la concreción de políticas que supondrían otra manera de funcionamiento social siguen siendo deficientes o ni siquiera existen (cuidados personas dependientes, horarios compatibles, permisos de paternidad, etc.).
- Y concretamente en cuanto a la participación política, ya sea en los partidos, sindicatos o ayuntamientos... siguen siendo al igual que antes: estructuras de funcionamiento con valores masculinos y formas masculinas.

La desproporción existente entre la capacitación e incorporación masiva de mujeres en la vida social y su presencia en los órganos de dirección es una injusticia individual y social. Y esa desproporción es un índice del déficit democrático.

Una sociedad democrática no debe ni puede permitirse el lujo de prescindir de la aportación de más de la mitad de su población a la hora de decidir cuál es el desarrollo social al que aspira. Por esto en esta cuarta oleada de vindicación, se plantea de manera clara la necesidad de la presencia de las mujeres en número y cualidad en los organismos en los cuales se deciden las políticas, por razones de justicia individual (estamos formadas y somos ciudadanas de pleno derecho), de justicia social (somos más de la mitad de población), de cualidad democrática (queremos lo que nos corresponde como parte activa de la sociedad) y para impulsar un cambio en la política en relación con el cambio social en el que ya estamos (un nuevo contrato social).

Ya no sólo queremos votar, también queremos ser elegidas para decidir en los sitios que se resuelve sobre la vida de la gente.

EL PARLAMENTO COMO FORO POLÍTICO POR EXCELENCIA

La mención que hago al principio de «territorio extraño» es una referencia al funcionamiento encorsetado del Parlamento. Nuestra falta de costumbre —venimos de asociaciones en donde la inmediatez, la informalidad... son elementos habituales; las pocas mujeres presentes en él y las dificultades para compaginar el trabajo parlamentario con las «obligaciones» del ámbito privado (reuniones imprevistas, formas de trabajo eminentemente masculinas, horarios, «red de la cerveza», etc.)—. Estas situaciones hacen que las parlamentarias mujeres tengan una vida activa más corta que los varones, y que un grueso de las parlamentarias estén divorciadas, separadas y/o solas o solteras.

A su vez en cuanto hay un número suficiente de mujeres, por lo menos en la intendencia (horario de las comisiones, flexibilidad, turnos en presupuestos, etc.) es más favorable a compaginar los ámbitos parlamentario y privado.

Avances en la cualidad democrática

A nivel interno: el funcionamiento del Parlamento debe cambiar sustancialmente, desde sus reglamentos hasta las propias leyes electorales. Por ejemplo, es imprescindible la agilidad en el tiempo del debate de las cuestiones; la presencia del presidente o de los consejeros, dando cuenta de su gestión política, debe regularse con los tiempos. A su vez la comparecencia de directores generales y cargos también debe variar. Los primeros están obligados a comparecer, pero luego si se alarga en el tiempo y cuando llega el día ha pasado un año, los cargos ya no tienen esa obligación y con los votos del grupo parlamentario que sustenta el gobierno, se impide su presencia en las comisiones parlamentarias.

Además, deben promulgarse reformas acordes con la legislación vigente para el resto de la ciudadanía. En concreto, en el tema de conciliación familiar, los diputados y diputadas deberían tener la posibilidad de ser sustituidos por los siguientes en las listas y luego volver a incorporarse. En Portugal y otros países esto está contemplado no sólo para los permisos de maternidad, sino también por otras causas: enfermedades graves, cuidados de la familia, excedencias, etc.

A nivel externo, comentaré dos posibles vías para avanzar: la transversalidad como principio obligatorio en la política de un gobierno.

Es un concepto que como tal está ya acuñado en la Unión Europea pero que, en estos momentos en nuestro país y en otros de nuestro entorno, no es más que la «invisibilidad» del dinero que dichos ejecutivos dedican a las políticas de igualdad en toda sus acciones de gobierno. Hay desde directivas europeas, hasta declaraciones internacionales.

Pero la implementación tiene que ver mucho con tres cuestiones:

- La voluntad política para llevarla a cabo: que el Gobierno desarrolle una política comprometida de verdad con la igualdad.
- La presencia de las mujeres en los diversos organismos, en los que se deciden políticas concretas (sanidad, obras públicas, etc.).
- Un movimiento cívico (desde el mismo movimiento de mujeres hasta movimientos como el que podemos estar analizando hoy con relación al sida, de salud, social, etc.) que elaboren y practiquen acciones reivindicativas para conseguir políticas de igualdad en sus respectivas áreas.

La representación política de las mujeres: reformas electorales

Se deben acometer reformas electorales en razón de la mejora de la cualidad democrática de nuestro sistema de representación política. Es de cajón que en la actualidad la presencia de mujeres en esas instituciones no se corresponde con la presencia real de las mujeres en la sociedad. Por lo tanto es un déficit democrático que hay que subsanar.

Se debe subsanar también por razón de aportación social: no debemos ignorar la aportación de las mujeres en nuestra sociedad y, en ese ámbito, es real que no hay suficiente representación.

Nuestra Constitución dice: Art. 14: no discriminar y Art. 9 punto 2: el Estado debe velar por la igualdad.

Nuestro sistema de representación democrática es a través de las listas electorales, ya sean de partidos o de agrupaciones de electores.

Si no vas en la lista, no puedes ser elegida. La confección de las listas es un asunto interno de los partidos.

Pero el Estado, en vista de que la representación en las instituciones democráticas no refleja la situación real de participación de las mujeres, puede y debe en aras a ser garantes del art. 14 y 9.2 velar por que estas listas cumplan el principio de paridad, dictando leyes de reformas electorales en las que se obligue a los partidos a incluir en sus listas entre un 60% y un 40% de representación femenina.

La transición del siglo XX al siglo XXI en el Parlamento y en las políticas de igualdad

«Del gobernar para todas y para todos al gobernar con todas y con todos»: presupuestos participados.

«De los planes de igualdad a los presupuestos en clave de género»: presupuestos en clave de género.

La mejora de los niveles de participación en la política, junto a la implementación del principio de transversalidad, tienen como resultantes presupuestos participados en clave de género.

Nosotros, como profesionales de salud pública, conocemos y sabemos cuál es el grupo social en donde la suma de pobreza, explotación, cuidados y desigualdad se juntan: las mujeres.

Cualquier acción social, de salud, educativa, etc. si no parte del análisis de las características previas por muy «política de igualdad» que sea, se torna en desigual y, por lo tanto, generará injusticia.

Si en el siglo que hemos dejado, los planes de igualdad (entendidos como políticas para las mujeres) tenían su sentido ante la situación de desigualdad brutal e incluso de falta de derechos en algunas áreas, el siglo XXI debe ser el de todas las políticas en clave de género.

Esto tendrá su periodo de transición, que yo creo que es en el que estamos. En él deberán coexistir planes de igualdad con la implementación de la transversalidad.

Pero desde el momento en que la Unión Europea ya ha acuñado la «transversalidad» como concepto político obligatorio, significa que debemos caminar hacia una sociedad en la que las reglas del juego sean las de ese nuevo contrato social: corresponsabilidad entre hombres y mujeres.

Asegurar esa transversalidad, nos obliga a contar con una presencia suficiente de mujeres en todos los ámbitos de decisión, ya sean públicos o privados.

Parfraseando a Celia Amorós: «lo importante no es sólo que las mujeres están en el espacio público, sino lo que dicen en él.»

Actualmente hay suficientes estadísticas, conocimientos previos y experiencias para saber que unos presupuestos, entendidos éstos como la herramienta fundamental a través de la cual un gobierno materializa sus objetivos económicos y de desarrollo, deben contemplar el género como elemento definitorio para que esos presupuestos sean de verdad igualitarios y cumplan la función de justicia social.

Nosotros, vosotras y vosotros que sabéis, desde la salud pública, cómo la mujer en tanto que colectivo social es aún «invisible» en el concepto «universalista entendido como lo masculino» debemos ser los primeros interesados en exigir el diseño de los planes de salud, de los programas específicos (como el sida) que se realicen en clave de género.

CONCLUSIONES

A modo de conclusión quisiera acabar mi intervención agradeciendo vuestro interés, pero también haciendo un llamamiento a la esperanza. Muchas y muchos pensaréis que todo lo que he contado está dentro de lo inalcanzable, de la utopía. Yo os aseguro que no. Es posible que nosotros no lo veamos, porque aún ni siquiera es conocida la abundante documentación y el trabajo en el sentido que he expuesto que se está haciendo a nivel mundial y europeo.

Yo me considero una optimista histórica, quizás porque mi vinculación a la lucha por los derechos de las mujeres, en general; y de la salud, en particular, me han hecho vivir una vida apasionante, con muchas dificultades pero apasionante. Fui componente del primer grupo que hicimos abortos a mujeres en las casas, pionera de los centros de planificación familiar (de los de antes) de los barrios y con grupos de mujeres, etc. pero ahora os digo que estamos en un momento de salto cualitativo.

¿Por qué?, porque la suma de todos los espacios de libertad (centros de planning, experiencias en salud, etc.) en los que participábamos mucha gente se plasmaron en dispositivos normativos y en leyes que en ese trayecto de normalización perdieron el enfoque de género que tuvieron en la práctica genuina. Y eso no está mal: se universalizó la atención, se normalizó socialmente el derecho concreto (planificación, aborto, etc.). Pero tampoco está bien: era muy importante el sesgo de género y es muy importante recuperarlo en aras a «revalorizar» aquello que, porque se suponía propio de las mujeres, ya no valía (estoy hablando de las formas de los cuidados, de la maternidad, etc.) y en aras a favorecer una igualdad real y no un parche llamado «igualitarismo».

En la actualidad, ese cambio social de las mujeres, esa necesidad de un nuevo contrato social entre mujeres y hombres, ya no es sólo producto de la teoría feminista (aunque también lo sea), es producto de la reflexión crítica de cualquier hombre y cualquier mujer que ve como es injusto e imposible seguir exigiendo que las mujeres sean responsables del ámbito privado, que sigan siendo las cuidadoras... que así no se puede seguir.

Y el salto está en esa unión del cambio que se produce en las personas en el día a día de la vida cotidiana con la presencia de mujeres que comparten ese análisis crítico en los centros donde se decide la gestión política.

Son impensables las resoluciones de la Unión Europea, de determinados gobiernos si no se tiene en cuenta el factor de presencia de mujeres en sus órganos de dirección.

El empoderamiento de las mujeres en lo horizontal y en lo vertical va en la línea de posibilitar, junto con el aumento de cauces de participación, un futuro en el que la igualdad sea real y la felicidad compartida.

BIBLIOGRAFÍA

- Dominique Méda. *El tiempo de las mujeres. Conciliación entre vida familiar y profesional de hombres y mujeres*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones, 2002.
- Teresa del Valle. *Modelos emergentes en los sistemas y las relaciones de género*. Madrid: Narcea, S.A. de Ediciones, 2002.
- Silvia Caporale y Nieves Montesinos. *Reflexiones en torno al género*. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante 2001.
- Hacia una estrategia Marco Comunitaria sobre la igualdad entre hombres y mujeres 2001-2005*. Serie documentos nº 33. Madrid: Comisión Europea, Instituto de la Mujer 2001.
- Plan para la Igualdad de oportunidades entre Hombres y Mujeres de la Comunidad Valenciana (2001-2004)*. Valencia: Conselleria Bienestar Social 2001.
- Iniciativas de presupuestos con enfoque de género como ayuda a la transversalidad de género*. Conferencia sobre «presupuestos públicos con enfoque de género». Vitoria: Universidad de Esser (UK /Emakunden) octubre de 2001.
- Las Mujeres y la Constitución Española de 1978*. Madrid: Instituto de la Mujer 1999.
- «Mainstreaming» de género. *Marco conceptual, metodología y presentación de «buenas prácticas»*. Serie Documentos nº 28. Madrid: Instituto de la Mujer 1999.
- M^a Ángeles Durán. *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao: Fundación BBV 1999.
- Nieves Montesinos, M.^a Teresa Romá Ferri y Consuelo Catalá (eds.). *Derecho, mujeres y salud*. Alicante: Publicaciones Universidad de Alicante, 1998.
- Vivir en salud, haciendo visibles las diferencias*. Colección debate nº 20. Madrid: Instituto de la Mujer, 1997.
- Lia Cigarini. *La política del deseo*. Barcelona: Icaria&Antrazyt, 1996.
- Declaración de Beijing y plataforma para la acción*. Serie documentos n.º 19, Madrid: Instituto de la Mujer, 1995.
- M^a Ángeles Durán. *De puertas adentro*. Madrid: Instituto de la Mujer, 1987.

EL III PLAN ANDALUZ DE SALUD: ENFOQUE DE GÉNERO, SALUD Y MUJER

M^a Jesús Montero Cuadrado
Viceconsejera de Salud de la Junta de Andalucía

INTRODUCCIÓN

Las políticas de salud en los sistemas sanitarios públicos, alcanzan su verdadera dimensión cuando, además de estar centradas en el ciudadano, cuentan con su participación efectiva. La participación es el motor para poner en marcha el compromiso compartido que la sociedad en su conjunto, y los ciudadanos-as en particular, deben asumir respecto a los servicios de salud.

Cualquier sistema sanitario pretende legítimamente que el posicionamiento de los servicios de salud en la mente de los ciudadanos sea la excelencia. Para conseguirlo ha de asegurar los mejores resultados en salud de la población, la equidad con prestaciones óptimas, la mayor calidad de las mismas y la eficiencia de los recursos. Ahora bien, para alcanzar el objetivo último del sistema, la satisfacción del ciudadano, tenemos que situarnos en su lugar, y desde su perspectiva, establecer los mecanismos que aseguren que nuestros clientes, los ciudadanos, se encuentran con los servicios que esperan, que sus expectativas se ven satisfechas y sus derechos garantizados.

Centrándome en la política sanitaria definida y emprendida en Andalucía, ésta tiene sólidas bases, bases que se han conseguido con el buen hacer de muchos durante muchos años; siendo los profesionales el núcleo más importante para la aplicación y la gestión del cambio tan profundo que se está produciendo en la atención sanitaria de Andalucía.

Un cambio que se construye desde abajo, desde los mismos cimientos de esta organización sanitaria y que, al traducirse en objetivos concretos, está removiendo toda la estructura organizativa y asistencial de nuestra sanidad. Y la está removiendo para dos cosas muy importantes, que son:

- Colocar al ciudadano como referente permanente de nuestras actuaciones, en todos los niveles de la organización sanitaria andaluza.
- Dar la vuelta a la tradicional pirámide burocrática en la que se han movido las organizaciones sanitarias, colocando, como vértice de la organización, a las unidades clínicas, a los profesionales y su interrelación con los pacientes.

El cambio que hoy se está produciendo, tiene también unos objetivos muy claros, de los cuales quiero destacar tres de ellos que me parecen esenciales:

1. Reforzar la legitimidad social de la sanidad pública, mediante un compromiso muy fuerte con el ciudadano (sus necesidades, aspiraciones y expectativas) y con la calidad.
2. Introducir, en todos los elementos y a todos los niveles, una política basada en la transparencia, como forma de aportar mayor equidad en términos de «igualdad de oportunidades» a todas las personas ante los servicios de salud,
3. Construir el cambio desde la participación, contando con la aportación esencial que hacen los profesionales y con las expectativas que nos trasladan los propios ciudadanos.

Otro aspecto que me parece esencial en la política de calidad y transparencia que hemos emprendido es la que atañe al desarrollo de los derechos de los ciudadanos. Son por supuesto derechos de segunda generación, propios de sociedades avanzadas y que hoy son una realidad social y asistencial en Andalucía. Destaco los siguientes:

- El derecho a la libre elección de médico, especialista y hospital, que tiene en Andalucía un alcance y una amplitud como no existe en ningún otro servicio autonómico de salud.
- La garantía de tiempos máximos de respuesta quirúrgica, que ha permitido que en dos años las listas de espera quirúrgica de más de 180 días hayan sido erradicadas como problema en nuestro sistema de salud.
- El derecho a la segunda opinión médica que entró en vigor el 31 de julio de 2003. Andalucía es la primera Comunidad Autónoma que lo regula, garantizando al paciente un plazo máximo de respuesta.
- La Ley de Declaración de voluntad vital anticipada, aprobada en el Pleno del Parlamento Andaluz el día 24 de septiembre de 2003. Mediante esta Ley, los andaluces tendrán derecho a decidir libre y anticipadamente sobre la asistencia sanitaria y los tratamientos médicos que desean recibir en el caso de llegar a padecer situaciones vitales graves e irreversibles.
- Igualmente, el pasado 8 de octubre de 2003 el Pleno del Parlamento aprobó la ley que permitirá, por primera vez en nuestro país, iniciar en la Comunidad Autónoma de Andalucía las investigaciones con células madre embrionarias con fines terapéuticos, cuestión crucial para el desarrollo futuro de la medicina y en la que muchos pacientes tienen depositadas grandes esperanzas.
- Y el próximo derecho que pretendemos regular y que lo vamos a hacer antes que concluya el año 2003 de garantías de plazos máximos ante las consultas de especia-

lidades y el acceso a los medios diagnósticos; asignatura pendiente en el sistema sanitario público y área sobre la que tendremos que aunar esfuerzos, durante este año y el año venidero.

Este conjunto de nuevos derechos hacen que la sanidad andaluza sea hoy la más avanzada en esta materia en nuestro país y que constituya un referente obligado, a la hora de emprender nuevas iniciativas, por otras comunidades y por el propio Ministerio de Sanidad.

El III Plan Andaluz de Salud 2003-2008

El III Plan Andaluz de Salud 2003-2008, «Andalucía en Salud: construyendo nuestro futuro juntos», instrumento director de la política sanitaria de la Comunidad Autónoma Andaluza, busca con su desarrollo, promover la responsabilidad social y la inversión en salud como parte de un objetivo más global de desarrollo social y económico, equitativo, generador de recursos y sostenible.

El presente Plan nace de una reflexión estratégica realizada en coherencia con la política sanitaria de Andalucía y que enmarca las coordenadas y límites del mismo. En ella se ha puesto en evidencia que los elementos claves hacia los que dirigen los esfuerzos los sistemas sanitarios públicos de la sociedad occidental —y andaluza— de hoy y de los próximos años, tienen cuatro puntos de convergencia, que se interrelacionan sin discontinuidad:

- El ciudadano, tanto considerado individualmente como miembro de un grupo, en sociedad.
- Las organizaciones sanitarias y el papel de los profesionales.
- Los cambios tecnológicos y sus implicaciones.
- Los avances científicos y específicamente el genoma humano.

En idoneidad con el marco político de salud de la Región Europea de la OMS, «Salud para todos en el siglo XXI», el III Plan Andaluz de Salud plantea, entre sus objetivos, la necesidad de que la aplicación de las políticas de salud impliquen a las personas, los grupos, las organizaciones públicas y privadas, en definitiva a la sociedad en su conjunto, con el fin de crear alianzas y asociaciones en favor de la salud.

El compromiso por la salud en Andalucía tiene su traducción en el III Plan con la configuración de seis ejes vertebradores por su transversalidad en todas las intervenciones en salud. Seis instrumentos necesarios para el desarrollo y el logro de las metas, líneas

de actuación, objetivos y estrategias del Plan, a la vez que representan verdaderos compromisos de acción política, estos son:

- La intersectorialidad.
- La participación y protagonismo de los ciudadanos.
- Centrar las acciones a nivel local.
- El enfoque de género.
- Fomentar la educación como herramienta de promoción de la salud.
- Conseguir una nueva orientación de los servicios sanitarios.

El III Plan Andaluz de Salud incorpora el enfoque de género, una vez consolidados los programas de planificación familiar; embarazo, parto y puerperio; interrupción voluntaria del embarazo (IVE); prevención del cáncer de mama; prevención del cáncer de cuello uterino y salud mental, que afectan al bienestar social de las mujeres.

En resumen, en salud, el género define:

- El estado de salud y los determinantes de salud para hombres y mujeres, incluyendo los factores psicosociales asociados a los roles que cada género desempeña.
- Formas de percepción, valoración y acción que resultan en comportamientos de riesgo para la salud tales como el consumo de alcohol y tabaco y la violencia de género.
- Riesgos ocupacionales y riesgos resultantes de actividades consideradas masculinas y femeninas.
- Riesgos y protección en la conducta sexual y reproductiva.
- Estrategias de supervivencia para enfrentar los cambios y transiciones socioeconómicas.
- Problemas de género asociado a las actitudes de los proveedores de salud y en la utilización de recursos de salud.
- Diferencias de género en detección temprana de problemas de salud, diagnóstico y adhesión al tratamiento.
- Diferencias de género en cuanto a cuidados y apoyo doméstico/familiar para la protección y recuperación de la salud.
- La participación en la formulación de políticas y toma de decisiones en salud y su consecuencia en el impacto de las políticas y programas de salud.

En el informe «Análisis de la situación de salud de los andaluces», realizado en el III Plan Andaluz de Salud se ponen de manifiesto, entre otros, los siguientes aspectos:

- La salud de mujeres y hombres es diferente y es desigual. Diferente porque hay factores biológicos (genéticos, hereditarios, fisiológicos, etc.) que se manifiestan de forma diferente en la salud y en los riesgos de enfermedad. Desigual porque existen otros factores (socioeconómicos, psicosociales, etc.), que en parte son explicados por el género, que influyen de una manera diferencial en la salud de las personas.
- Las diferencias de género, junto con otros determinantes sociales de salud, contribuyen a generar diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a su exposición y susceptibilidad a los riesgos de salud, el acceso a los recursos para proteger la salud y a los resultados y consecuencias del proceso salud y enfermedad. Desde esta óptica los indicadores de mortalidad son el reflejo de la desigual distribución de las causas de mortalidad según el género.
- Es de destacar el aumento en los últimos cinco años en el número de contagios de sida por vía heterosexual en Europa occidental. En las mujeres ha pasado del 49% del total de casos en 1997 a más del 60% en el 2001. La tendencia creciente del contagio heterosexual y los elevados porcentajes en los últimos años registrados, parecen indicar que esta vía de transmisión va a marcar la pauta de la infección en los próximos años, especialmente entre mujeres.
- Este tema afecta especialmente a quienes se encuentran en una situación de mayor dependencia económica y/o emocional o en situación de discriminación o en riesgo de exclusión social (mujeres jóvenes, mujeres inmigrantes, mujeres seropositivas, mujeres en privación de libertad, mujeres embarazadas, mujeres con dificultades de supervivencia económica, etc.). Es por ello, que merece especial atención integrar la perspectiva de género en los programas de prevención, detección y atención de los diferentes grupos de mujeres y hombres con riesgo de infección de VIH/sida e infecciones de transmisión sexual.
- En cuanto a la oferta de servicios, el sistema sanitario público de Andalucía ofrece al ciudadano, en los distintos niveles asistenciales y con los más altos niveles de tecnología sanitaria todos los servicios necesarios para garantizar la atención integral a su salud, desde las actividades de protección de la misma y garantía de seguridad, o la promoción y prevención de enfermedades, hasta todo lo relacionado con tratamientos curativos, paliativos y de rehabilitación.
- Desde la óptica de género, si bien la oferta es igual y universal, los diversos estudios de ámbito nacional e internacional confirman que las mujeres utilizan más y en mayor proporción los servicios sanitarios en comparación con los hombres, sin embargo, cuando se analizan separadamente algunos tipos de servicios —la distribución según

clase social y grupos de edad—, las tendencias no son tan homogéneas. Así, las mujeres utilizan más frecuentemente los servicios de atención primaria, mientras que los hospitales, pensados para patologías de tipo agudo, atienden proporcionalmente a más hombres.

Una vez tenido en cuenta el análisis de situación, se hace necesario, y así lo considera el III Plan Andaluz de Salud, el hacer explícita una política sobre género y salud por tres razones fundamentales:

- Activar el compromiso político.
- Movilizar a los diferentes sectores para trabajar armónicamente hacia una misma meta.
- Generar una serie de mecanismos y estructuras de coordinación para implementar y evaluar a nivel de todo el sistema de salud y de los otros sectores implicados los resultados en salud alcanzados.

Al incorporar el enfoque de género, el III Plan reconoce explícitamente las diferentes necesidades de salud y los diferentes recursos para protegerla que tienen los hombres y mujeres residentes en Andalucía. El compromiso de incorporar la perspectiva de género requiere tener presente este eje transversal en todas las intervenciones de salud y por tanto se deberá:

- Identificar los problemas de género más relevantes en cada programa de salud.
- Establecer un programa de formación para el personal de salud, con el objetivo de reforzar las competencias personales y la autonomía de las mujeres para que puedan prevenir riesgos.
- Plantear estrategias de sensibilización desde la infancia, la juventud, los entornos laborales y entre la población en general, sobre prevención de la violencia de género.
- Diseñar propuestas para incorporar la perspectiva de género en los protocolos, programas e intervenciones en salud, de modo que las medidas preventivas y de promoción de salud deben integrar el género como un factor adicional de vulnerabilidad.
- Interiorizar el valor «género en salud» emprendiendo estrategias de sensibilización hacia dentro de la organización, que posibiliten la reorientación de los procesos y procedimientos que usamos (Plan integral de diabetes, Plan integral de salud mental, Plan integral de atención a la población con problemas osteo-articulares, etc.), la introducción de las variables necesarias en los sistemas de información de rutina y en los cuadros de mando, la interiorización de la perspectiva de género como valor añadido en la investigación biomédica y de salud para poder seguir aportando conocimiento y describiendo realidades y futuras hipótesis científicas.

Respecto al tema salud y mujer, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía aborda la atención a la salud de la mujer bajo una dimensión integral. Desde un punto de vista de promoción, como en el caso de la planificación de la fecundidad y la educación maternal, y un punto de vista de prevención, como la desarrollada en el control de embarazo y en el programa de detección precoz de cáncer de mama y desde una línea asistencial que pretende, además de llegar a evidencias científico-técnicas, orientar los servicios en términos de humanización, continuidad de la atención y protagonismo de la mujer.

En el desarrollo de la atención a la salud de la mujer podemos destacar tres etapas:

- Una primera, que comienza a primeros de los años 80 con el desarrollo del Programa de salud materno-infantil (planificación familiar, atención al embarazo, parto y puerperio, educación maternal, etc.), programas todos ellos consolidados.
- Una segunda, en la que juegan un papel esencial las acciones intersectoriales con otros departamentos de la Junta de Andalucía y con las organizaciones civiles, y en la que se abordan situaciones específicas de la mujer: atención a la salud de las mujeres durante el climaterio y Programa forma joven (ya implantado en 207 institutos de enseñanza secundaria y basado en asesorar a los jóvenes en el área de las relaciones afectivo-sexuales: adicciones, accidentes de tráfico y alcohol; y salud mental como trastornos de alimentación, anorexia, bulimia o violencia).
- Una tercera etapa, en la que a la condición de mujer se le unen condicionantes sociales como es el de la marginación social y se desarrollan programas dirigidos a la prevención de daños y reducción de riesgos, además de oportunidades para la inclusión social de la mujer: Plan de acción del Gobierno Andaluz contra la violencia hacia las mujeres, Plan de atención sanitaria para la prostitución y Plan de integral de inmigración, en los que se plantean acciones intersectoriales con otros departamentos de la Junta de Andalucía y con ONG.

Además, la Consejería de Salud en colaboración con el Instituto Andaluz de la Mujer, está desarrollando actividades para acercar la información sobre la planificación familiar a mujeres con dificultad de acceso a la información y a los recursos sanitarios; facilitar un mayor protagonismo de las mujeres en la atención sanitaria al embarazo, parto y puerperio; mejorar la información de las mujeres sobre la menopausia, desarrollar medidas que permitan detectar precozmente el cáncer de mama y de cuello uterino; contribuir al bienestar de las mujeres impulsando el desarrollo de programas preventivos en materia de salud mental; desarrollar programas dirigidos a prevenir los embarazos no deseados; y, en general, promover una mayor participación de las mujeres en el conocimiento de su cuerpo y mejora de su calidad de vida.

En consonancia con todo lo anterior, el III Plan Andaluz de Salud, además de introducir la perspectiva de género y de tenerlo presente como eje transversal, en todas las interven-

ciones en salud, en la línea prioritaria de actuación: «mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables» se plantea como objetivo número dos «fomentar la salud de las adolescentes y jóvenes» con especial atención a: «estabilizar la tendencia creciente de adolescentes con más de una interrupción voluntaria de embarazo»; contribuyendo a ello la apuesta que la Consejería de Salud ha hecho, apuesta decidida y única en España, con la dispensación de la píldora poscoital en todos los centros del SSPA.

Por otro lado, el objetivo número tres de esta misma línea de actuación plantea «promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres con especial atención a las actuaciones de salud desde la perspectiva de género, así como a reducir el rol de cuidadores y establecer programas de descanso, formación y apoyo para el cuidado de personas con enfermedades crónicas o falta de autonomía».

Para la consecución de este objetivo se establecen las siguientes estrategias de intervención:

- Centrar en mujeres las estrategias de reducción de hábitos no saludables: tabaco, alcohol, sexo seguro. Promover la dieta equilibrada, el ejercicio físico y las relaciones afectivo-sexuales seguras y saludables.
- Mejorar la prevención, detección y atención de los casos de malos tratos a mujeres y el seguimiento de los efectos en la salud física y mental.
- Potenciar acciones intersectoriales previstas en el plan integral contra la erradicación de la violencia de género.
- Introducir la perspectiva de género en los procesos de formación continuada de los profesionales de la salud, así como en los sistemas de información y de registro.
- Introducir la educación y el asesoramiento para la salud sexual y el abordaje de los problemas y dificultades sexuales en los procesos de formación continuada de los profesionales de salud.
- Facilitar la información sexual y la educación para la salud sexual a las mujeres que la soliciten.
- Facilitar el asesoramiento sexual y la accesibilidad a la atención sexológica a las mujeres que la soliciten y a sus parejas, para la solución de los problemas y dificultades sexuales.
- Potenciar la investigación relacionada con determinantes y factores diferenciales de la salud de las mujeres.

Otra de las líneas prioritarias de actuación planteada en el III Plan Andaluz de Salud es: «reducir las desigualdades en el ámbito de la salud, con especial atención a los colectivos excluidos», en su objetivo número veintiuno plantea «la atención preferente a las perso-

nas en situación de especial riesgo de exclusión social y vulnerabilidad ante la enfermedad» incluyendo a personas víctimas de violencia de género (para las que se plantean las estrategias de: mejorar la detección y atención temprana de los casos de abandono, maltrato de niños, mujeres y mayores; y garantizar una respuesta unificada, adecuada y positiva a los casos de malos tratos a los niños, mujeres y mayores), así como a personas sometidas a explotación sexual (para las que se establecen las estrategias de: desarrollar medidas de prevención, atención sanitaria y rehabilitación psicosocial de las víctimas de explotación sexual sin recursos y sin apoyo social; y desarrollo del plan de actuación sanitaria en materia de prostitución).

CONCLUSIONES

Como reflexión final insisto en tres ideas que me parecen esenciales en sociedades avanzadas:

- El compromiso e implicación de los ciudadanos favorece la efectividad de las intervenciones en salud. Para ello se debe conseguir, en primera instancia, que las personas se sientan protagonistas y responsables de las decisiones que afectan no sólo a la salud individual sino a la colectiva.
- Lograr la equidad de género en salud implica eliminar desigualdades entre mujeres y hombres (innecesarias, evitables e injustas). Para ello será necesario integrar las diferentes singularidades y necesidades en los procedimientos, procesos y actuaciones de nuestro sistema sanitario.
- Promover el bienestar y la calidad de vida de las mujeres es también «conseguir una sexualidad plena» para ello se debe introducir la salud sexual en las actuaciones en salud.

BIBLIOGRAFÍA

Decreto 101/95 de 18 de abril por el que se establecen los derechos de los padres y de los niños en el ámbito sanitario durante el proceso del nacimiento y el desarrollo del proceso de embarazo, parto y puerperio para la mejora continua de la calidad asistencial.

Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud, Junta de Andalucía.

LOS PROGRAMAS DE LA OMS EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN EUROPA

Isabel Yordi Aguirre

Gender Mainstreaming Office, OMS, Copenhagen

En este capítulo trataremos de una Europa más grande, más grande que la Unión Europea, de una Europa que en estos momentos tiene 52 países y en la que se engloban todos los antiguos países de la Unión Soviética, junto con Israel y Turquía. Constituye la Región Europea de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tiene la sede en Copenhague.

Dentro de esta organización trabajo con el Programa de Género, en el que se halla el Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Mi especialidad no es salud sexual y reproductiva, pero he intentado trabajar lo más posible con mi colega en Copenhague, Elena Valenciano, porque tenemos una historia común y creo que, como la mayoría de los programas de género, los programas de salud han nacido de programas de salud sexual y reproductiva. Y no es una coincidencia ni es una casualidad: las mayores desigualdades de género se encuentran dentro de estos programas y se ha aprendido mucho del trabajo con mujeres y de las mujeres dentro de los programas de salud sexual y reproductiva, y desde los programas de género y salud, ahora lo que hacemos es intentar integrarlo en el resto de nuestras políticas de salud y en el resto de nuestros programas.

La historia en la OMS ha sido la misma, primero empezó como una actividad dentro de salud sexual y reproductiva y ahora tiene la categoría y estamos coordinados como un programa.

Quizás porque no soy médico, veo que tendemos siempre a «medicalizar» y a hablar de enfermedades... nunca hablamos de la salud, y voy a hablar también de enfermedades y de condiciones. Nos olvidamos de la parte positiva que trae la Conferencia de El Cairo, de la parte positiva que trae de disfrute de la salud sexual y de disfrute del amor y del tipo de relaciones que no sólo están encaminadas a la reproducción. La OMS ha adoptado todos estos distintos elementos, los presentó también en El Cairo y son parte de nuestras políticas.

¿Cómo hacemos? o ¿cómo se traslada esto a Europa? A veces cuando hablamos tendemos a hablar de Europa y de los países en desarrollo. Nos olvidamos de que dentro de la Región Europea hay muchos países que por sus indicadores económicos, no son todavía países de acceso, tenemos países como Moldavia, como Albania, como Kazajstán, con indicadores económicos muy, muy parecidos a los de países en desarrollo. Por otro lado, también cuando hablamos de «países en desarrollo», hablamos de medias nacionales y nos olvidamos de la diversidad que existe dentro de cada uno de estos países. Cuando presentamos indicadores de salud, indicadores de desarrollo, hablamos de países, pero las desigualdades que existen dentro de estos países, no sólo entre hombres y mujeres sino entre mujeres que pertenezcan a minorías, o a distintos grupos sociales, son enormes, y siempre quedan un poco difuminadas cuando se hacen este tipo de presentaciones. Sin embargo, tampoco podemos olvidarnos de que en la Región europea, en los últimos años se han conseguido avances, y creo que España es un país importante en estos avances. Hemos aumentado el uso de contraceptivos (todavía muy por debajo de niveles deseados, pero se ha aumentado) y hemos tenido reducciones en la mortalidad y morbilidad derivada de la reproducción. Pero uno de los casos más impresionantes en reducción de mortalidad ha sido Rumania, donde con la aprobación y la legalización del aborto realmente la reducción de la morbilidad y mortalidad materna fue impresionante. También se reconoce (no sé si lo podemos considerar un avance, nos gusta creer que sí, pero sabemos que no es así en muchos países), que la salud reproductiva no es sólo de las mujeres en edad reproductiva, sino que comienza cuando somos niñas y las consecuencias de los años de edad reproductiva se siguen manteniendo en la vejez. Hablamos entonces de lo que se llama «el ciclo de vida», no estamos separando por compartimentos la salud de la mujer en distintas edades y la salud reproductiva tampoco.

Pero todavía nos quedan muchos retos y uno de los mayores es el impacto que tienen las desigualdades en nuestra salud y las relaciones de género en la salud reproductiva y el papel de los hombres.

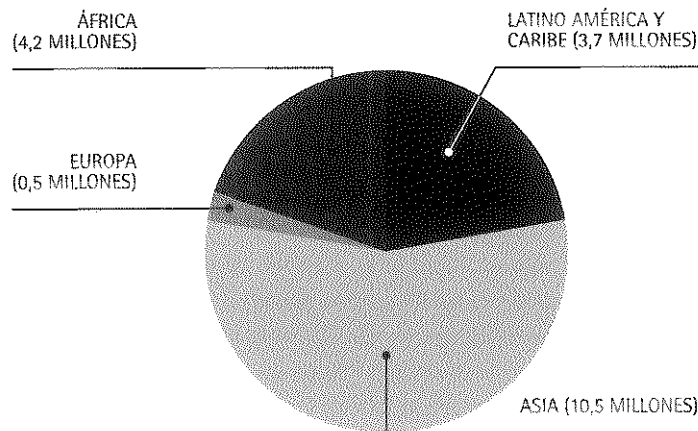
Había un informe del PNUD que hace unos años decía que no había ningún país europeo, ningún país en el mundo, que tratase a sus mujeres como trata a los hombres. Todavía seguimos teniendo índices muy bajos de participación de las mujeres en esferas públicas, como por ejemplo en los parlamentos. Tenemos unas políticas de protección social que en algunos casos en el papel pueden ser muy positivas, pero sin embargo sabemos que todavía su utilización es muy baja. Quiero ponerme como ejemplo: la OMS recomienda 6 meses de lactancia materna y las que trabajamos en la OMS tenemos una licencia por maternidad de 4 meses, con lo cual, tenemos bastantes dificultades para seguir nuestras propias recomendaciones.

Pero quería centrarme un poquito en los países de Europa del Este. En ellos hemos visto cambios realmente dramáticos: Europa del Este hace unos años era una zona desconocida para Europa Occidental. En cuestiones de salud eran países que habían conseguido grandes avances en términos de igualdad, grandes avances en acceso a servicios de salud. Sin embargo, la transición ha sido dramática en muchos de estos países; un deterioro grande de los servicios, un acceso a medicamentos muy limitado, conceptos que se han acuñado en El Cairo y en Beijing, como pueden ser «privacidad», «confidencialidad» son absolutamente desconocidos o contradictorios con la práctica de la salud que se ha hecho en estos países.

Muchos de los conceptos con los que llevamos trabajando muchos años, son todavía de caladura muy difícil en algunos de estos países, y no son valores generalmente aceptados ni adoptados. La libertad de opción sexual y no discriminación respecto a la orientación sexual es todavía tabú en muchísimos de estos países, ha sido tabú y es todavía tabú en muchos de nuestros países occidentales. Lo digo educando a mis hijos en Dinamarca, donde el profesor de mi hija, un hombre encantador, tiene a su marido con el que viene a clases, y mi hija de 8 años encuentra absolutamente normal que los hombres se casen... lo cual todavía a mí me produce algunas inquietudes. Pero venimos de casos extremos como Dinamarca, donde estas situaciones se producen, a países donde es totalmente impensable, donde todavía se está produciendo muchísima violencia derivada de lo que puedan ser orientaciones sexuales como una opción comúnmente aceptada.

Voy a presentar algunos datos que tenemos en la OMS, tampoco quiero ser demasiado exhaustiva porque hay muchísimos problemas en la recolección de datos, pero para mostrar las diferencias que hay entre países del Este y países Occidentales dentro de Europa, como puede ser que en algo tan obvio como es la mortalidad materna, aunque se está produciendo un descenso gradual significativo, todavía las distancias entre países occidentales y países de Europa del Este sean enormes; lo mismo pasa con la mortalidad natal, hablábamos del aborto, y cuando nos extendemos más hacia las fronteras del Este, tenemos más diversidad dentro de Europa, el aborto es ilegal en algunos países, y en otros han utilizado durante años el aborto como la forma normal de contracepción. Hay países en los que las mujeres han tenido una media de siete abortos durante su vida; ha sido el método comúnmente aceptado y adoptado por los servicios de salud. (Véanse gráficos 1 y 2.)

En el gráfico 3 se muestra la estimación anual de abortos en el año 2000 para distintas regiones del mundo. La OMS acaba de publicar unas guías, que durante mucho tiempo han sido muy controvertidas y que vienen en un momento muy especial, que son las guías para el aborto seguro.



Fuente: OMS, 2002

Gráfico 3. Incidencia anual estimada de abortos con riesgo/no clínicos, año 2000

Otra de las causas que son totalmente prevenibles de mortalidad y de morbilidad, que todavía no es un problema resuelto en la mayoría de los países, es el cáncer de cerviz. Tenemos datos bastante fiables sobre el tipo de seguimiento que se le ha dado durante muchos años a las infecciones de transmisión sexual (ITS). El aumento en la incidencia de sífilis en países como Rusia o Ucrania ha sido dramático durante los años de la transición. Tenemos una epidemia del VIH que, aunque se considera políticamente más o menos controlada en Europa Occidental, en la Europa del Este presenta una situación que todavía se considera imprevisible. Rusia y Ucrania son los países en los que la incidencia está creciendo más a nivel global.

Es muy difícil conseguir datos sobre el uso de anticonceptivos, pero en el gráfico 4 se ve también la diferencia entre el Este y el Oeste. A veces se espera de la OMS que presentemos datos muy fiables, o si no ¿qué es lo que hacemos? Realmente sólo podemos recoger los datos que cada país nos está proporcionando, a no ser que hagamos algún tipo de encuestas o cosas especiales. Pero la realidad es ésta: existen grandes diferencias, incluso si utilizamos sólo las medias, no ya si nos vamos a las diferencias dentro de los países. Pero si utilizamos los indicadores que representan la situación nacional dentro de los países europeos, la infor-

mación es poco fiable en muchas esferas de la salud sexual y reproductiva. Además, estamos hablando sólo de la parte de enfermedades, si nos ponemos a ver la parte de salud, la situación es peor: no existe información, los conceptos aprobados en El Cairo todavía no están asimilados y en algunos casos se encuentran en proceso de recesión. También existe una gran variedad de problemas comunes que sí podemos encontrar en todos los países, como son la violencia (violencia doméstica, violencia sexual, tráfico de mujeres, etc.), la sexualidad de los adolescentes (que es un problema que muchos países todavía no han sabido cómo resolver, cómo acercarse a los adolescentes), los problemas de las minorías étnicas, de los inmigrantes, la calidad de los servicios de salud, la sexualidad durante la vejez y cómo se involucra a los hombres. Discutir el papel de los hombres en estos problemas y sus soluciones es primordial. En muchos casos se ha utilizado a los hombres simplemente como vectores de la mala salud de las mujeres, especialmente en salud reproductiva: o son los que causan el aborto o son los que provocan la violencia. En muchos casos se ha olvidado la propia sexualidad masculina y es simplemente relacionada con ser causa de enfermedades en las mujeres. Nosotros hicimos en algunos casos un estudio sobre jóvenes y cómo su sexualidad está olvidada (¿cuáles son sus necesidades?, ¿qué tipos de valores tienen?). Porque es imprescindible conocerlo, no sólo para cambiar la sexualidad y la salud reproductiva de las mujeres, sino también para tener en cuenta sus propias necesidades.

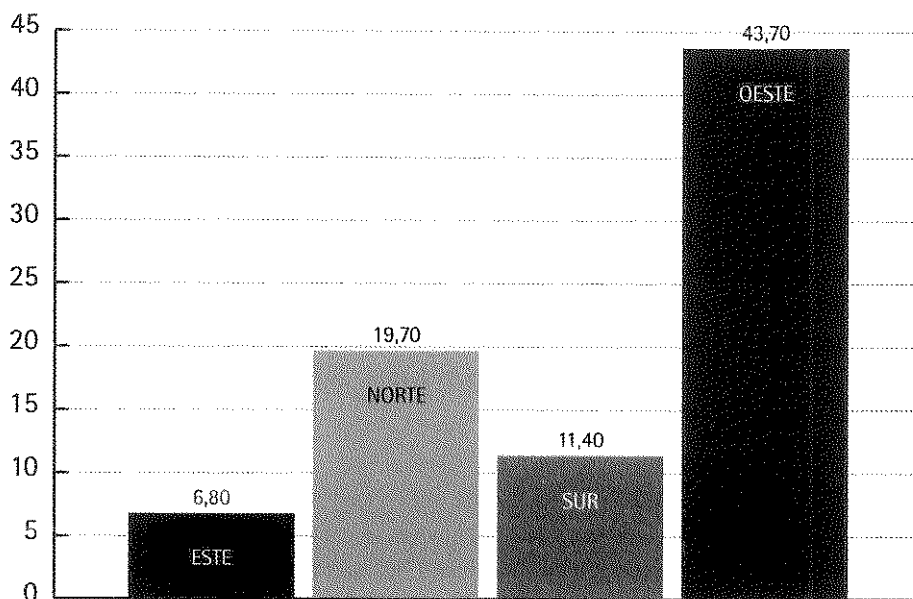


Gráfico 4. Anticonceptivos orales en Europa (división de población ONU 2001)
(porcentaje de mujeres con pareja en edad reproductiva)

Otra de las cuestiones que quería resaltar, es la de la esperanza de vida. A la OMS nos llegan muchas veces mensajes sobre cuestiones en las que parece que estamos compitiendo: ¿quién vive más?, ¿quiénes se mueren antes, hombres, mujeres?, ¿a ver quién está peor?, ¿a ver quién aguanta más? En la esperanza de vida, las mujeres tenemos una ventaja biológica, ventaja que, en muchos casos, como se está viendo en países nórdicos, cuando se cambian los comportamientos de género, se está reduciendo la diferencia de la ventaja biológica, se está haciendo muy pequeña, ¿por qué?, porque las mujeres están adoptando comportamientos que se consideraban de riesgo masculino con los que estamos perdiendo esa ventaja biológica. Sin embargo, estamos viendo también situaciones que afectan a los hombres. Así, en países de Europa del Este, la esperanza de vida masculina durante un periodo de 4 a 5 años se ha reducido hasta 12 años en la antigua Unión Soviética. La transición ha afectado a la salud masculina de una manera terrible y, desde el punto de vista de programas de género tampoco podemos olvidar eso. Tenemos también lo que se llama el «paradigma de salud mental»; se ha diagnosticado repetidamente y, por causas que a lo mejor no tenían nada que ver, depresión y problemas mentales en mujeres. Sin embargo, los hombres se suicidan 4 veces más que las mujeres. Esos hombres «no han tenido problemas mentales», «han desaparecido», han sido totalmente «invisibles» por los programas de salud. Por tanto, hay que integrar género dentro de estos programas de salud, tenemos que mirar sistemáticamente dónde hay diferencias, cuándo estas diferencias se producen por desigualdades, cómo se pueden dirigir y cómo podemos trabajarlas sistemáticamente.

En este momento la OMS tiene su estrategia dentro de la Región Europea sobre salud sexual y reproductiva, que viene vinculada a la necesidad en este momento de traer salud sexual y reproductiva a la agenda de los países, de producir una especie de guía. La OMS tiene el mismo problema, si queréis, que la Unión Europea; nosotros no podemos legislar en los países, pero tenemos un papel normativo con las guías de colección de información para apoyar los programas dentro de los distintos países. Esta es la estrategia que está ahora presentando la OMS y que tiene las siguientes áreas principales: reproducción elegida, maternidad segura, control de ITS, violencia, tráfico de mujeres, cáncer de mama, adolescentes y una mezcla de grupos de población y temas específicos, o problemas específicos de salud.

Cuadro 1. Marco de ejecución de la OMS en salud sexual y reproductiva

Marco de ejecución
Reforma de los sistemas de salud
Reforma legislativa
Calidad de servicios
Educación, información y comunicación
Formación de profesionales
Investigación, seguimiento y evaluación

Al mismo tiempo, hay muchos otros programas dentro de la OMS que son muy importantes para toda el área de salud sexual y reproductiva:

Cuadro 2. Estrategias e iniciativas de la OMS en salud sexual y reproductiva

Estrategias e iniciativas relacionadas
OMS Estrategia global en salud sexual y reproductiva (draft)
Grupo Inter-agencial sobre la salud de los jóvenes (WHO, UNICEF, UNFPA, UNDCP, UNAIDS)
Prevención de transmisión de HIV en niños y niñas (PMTCT), OMS, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, EURO
Plan estratégico de la salud de la mujer, febrero 2001, OMS/EURO
Política de Integración de Género, marzo 2002, OMS
<i>Transforming Health Systems: Gender and rights in reproductive health</i>

Se está preparando en estos momentos la estrategia global de la OMS en materia de salud sexual y reproductiva. Para la estrategia regional se ha trabajado con el Parlamento Europeo y también hubo una reunión en noviembre de 2003 para ver cómo nos podíamos apoyar mutuamente.

Hay un plan estratégico de salud para la mujer, es muy importante y es lo que se llama MPS, o el embarazo seguro; todo lo que es trabajo con matronas, trabajo con mujeres en los países para conseguir ese embarazo seguro, etc.

En cuanto al tema del género, la OMS tiene dos documentos que representan su política global: *Integrating gender perspectives in the work at WHO* y la Declaración de Madrid. ¿Para qué sirven las políticas cuando no tienes capacidad ejecutora en los países? Las políticas sirven porque necesitamos un marco de referencia, porque necesitamos principios comunes, valores comunes y porque necesitamos saber cuáles son los pasos que hay que seguir, que en muchos casos no son utilizados por los gobiernos, sino que son utilizados por las organizaciones gubernamentales y las comunidades de mujeres.

La política de género de la OMS es una política muy hacia el interior de la OMS, de cómo tenemos que hacerlo nosotros. En ese gran espacio que hay entre los principios, los valores y lo que es la implementación de las políticas. Las políticas no solucionan problemas, pero son un primer paso. Pero lo que necesitamos son marcos operacionales en los que asegurarnos. Por ejemplo, lo que presentaban esta mañana del Plan de salud de la Junta¹, me parece excelente, y creo que ahí me gustaría colaborar, en poder hacer un seguimiento. Este Plan que incorpora todos los elementos que se deben contemplar en teoría, o sea lo que estamos hablando; pero ¿cómo se ejecuta?, ¿cuáles son los criterios de éxito para que ese Plan se ejecute?, ¿quién va a hacer el seguimiento?, ¿cómo se involucra en el seguimiento y en la evaluación a agentes externos que no son de la Junta?

¿Cuáles son los retos? En los siguientes cuadros se recogen los retos en materia de salud sexual y reproductiva específicos para Países del Este y globales.

Cuadro 3. Retos para la integración de género en políticas de salud sexual y reproductiva Específicos para países de Europa del Este

Retos para la integración de género en políticas de salud sexual y reproductiva
Específicos para países de Europa del Este
Reducción morbilidad/mortalidad
Reducción número de abortos
Confidencialidad y privacidad en servicios
Reducción de costes de contraceptivos
Integración de servicios: maternidad, STI, HIV, violencia
Refuerzo de la libertad de elección

¹ Nota de la editora: se refiere a la presentación del Plan Andaluz de Salud por la Viceconsejera de Salud de la Junta de Andalucía.

Cuadro 4. Retos generales para la integración de género en políticas de salud sexual y reproductiva

Retos para la integración de género en políticas de salud sexual y reproductiva
Retos Generales
Servicios que identifiquen y atiendan las necesidades de chicos y chicas
Reducir embarazos de adolescentes
Servicios que atiendan las necesidades de mujeres inmigrantes y/o pertenecientes a minorías
Mitigar el impacto de RSS en el acceso de las mujeres a servicios
Integración de prevención, detección y atención a víctimas de violencia en servicios para la mujer
IEC con enfoque de género
Mejora de las prestaciones de maternidad/mortalidad
Igualdad legal y respeto por distintas opciones sexuales

Me gustaría hacer una reflexión en función de lo que se ha discutido hasta ahora. El reto es traer el aspecto positivo de salud sexual y reproductiva a la agenda política. Todavía nos concentramos mucho en enfermedades, todavía nos concentramos mucho en patologías, no hablamos suficiente de lo que son los efectos de una positiva salud sexual y reproductiva. Otro de los retos es integrar, y lo es también para la OMS, por ejemplo cuando hablamos de información. Así, no hemos incorporado en lo que nosotros medimos, cuáles son las consecuencias de sexo inseguro, cuáles son las consecuencias y los niveles de morbilidad que se pueden extrapolar de sexo inseguro. Hablamos de integración de servicios pero en muchos países todavía hay experiencias muy positivas de lo que puedan ser servicios exclusivos, por ejemplo para violencia, servicios de las mujeres, cómo funciona la integración y cómo se va a hacer. Mitigar el impacto, sobre todo en Europa del Este, de la reforma del sector salud.

Quiero acabar también mencionando la parte de violencia de género, porque en muchos casos encontramos, por lo menos en organismos internacionales una especie de fatiga, de «bueno, ya hemos hablado mucho de violencia de género». Hay muchas políticas, se está haciendo mucho, pero la violencia es un problema que desborda a la mayoría de aquellos que intentan trabajar, porque su prevención es muy difícil. En Europa del Este nos encontramos incluso que no está reconocida como un problema de salud en muchísimos de los países, no está reconocida como algo en que los servicios de salud tengan un papel. En muchos casos existe impotencia, por ejemplo cuando se hacen estudios que

traen a la luz cuál es la incidencia ante la violencia de género, cuando las mujeres vienen a los servicios de salud, si realmente no hay apoyo ni servicios que prestarles y se crea una resistencia por parte de los trabajadores de salud. Se dice: «no quiero trabajar con la violencia, pues porque no hay nada que me apoye», y vemos muchas situaciones en que, si no se hace realmente un enfoque integral de salud con servicios sociales, la situación puede ser incluso contraproducente y se crea frustración en muchas mujeres que se atreven a venir con su problema a los servicios de salud, pero los servicios de salud no tienen una respuesta para darles.

BIBLIOGRAFÍA

WHO. *Integrating gender perspectives in the work at WHO. WHO Gender policy*. Copenhagen: WHO, 2002.

WHO. *Madrid Statement. Mainstreaming gender equity in health: The need to move forward*. Copenhagen: WHO, 2002.

LOS RETOS DE LA CONCILIACIÓN DE LA VIDA LABORAL Y FAMILIAR COMO ESTRATEGIA PARA LA EQUIDAD DE GÉNERO

Irene López Méndez

Consultora especialista en políticas de género y desarrollo

INTRODUCCIÓN

En el presente capítulo planteo la necesidad de revisar lo que se entiende por conciliación, ya que su traducción en la práctica muestra carencias importantes que disminuyen su potencia como estrategia para una mayor equidad de género. La conciliación es un problema político en un sentido amplio y no un problema exclusivo de las mujeres que requiere, por tanto, una comprensión amplia de sus implicaciones sociales (envejecimiento de la población), económicas (crecimiento del empleo), familiares (cuidado de las personas dependientes), culturales (cambio de roles y estereotipos de género), también de salud, etc. Revisando los elementos de la conciliación (trabajos, familias y tiempos) pretendo ofrecer un panorama de las principales actuaciones a desarrollar en este ámbito central de la equidad de género y las relaciones sociales en general.

I. ¿QUÉ ES LA CONCILIACIÓN?

Propuesta de definición

Conciliación —o no conciliación— tiene que ver con una tensión, un conflicto, entre los diferentes espacios vitales que se viven como contradictorios (vida laboral, vida familiar, vida personal) que limita las oportunidades de elección de las personas en nuestras sociedades contemporáneas. La conciliación sería el conjunto de medidas encaminadas a hacer compatibles los diversos espacios vitales, lo cual implica acciones y adaptaciones en cada una de esas áreas de la vida.

Normalmente los costes de la conciliación han recaído casi exclusivamente sobre el colectivo de mujeres individuales. Actualmente se concibe como un problema social global que afecta e implica a varones y mujeres y cuyos desequilibrios se dejan ver en el enve-

cimiento de la población, lo irreconciliable del modelo tradicional de relaciones laborales con el cuidado de los dependientes, la falta de atención de calidad para niños y niñas y personas mayores.

El marco de la Unión Europea

El concepto de conciliación tiene su origen en el marco de la Unión Europea¹. Se trata de un término importado de la Unión Europea, aunque se identificara como problema en España desde la incorporación de las mujeres al mercado laboral y dentro del discurso social desde los ochenta. Lo que ocurre es que en España ha habido un retraso enorme en esta incorporación, por lo que la preocupación es más reciente. Desde esos años se intentan adoptar medidas que para ese momento y dada la realidad anterior eran bastantes progresistas y avanzadas. Sin embargo, no es hasta 1998 que se adopta la llamada «Ley de conciliación» sobre la que nos detendremos en el siguiente epígrafe.

La primera declaración política detallada fue la Recomendación del Consejo de 1992² relativa al cuidado de los niños, que identifica la necesidad de cuatro tipos de medidas a fin de permitir a los hombres y a las mujeres conciliar sus responsabilidades profesionales, familiares y de educación, derivadas del cuidado de los hijos (artículo 2):

1. Los servicios de cuidado de niños.
2. Los permisos para los padres que trabajan.
3. La adaptación del entorno, las estructuras y la organización del trabajo a las necesidades de los trabajadores que tengan niños.
4. El fomento de participación de los hombres en el cuidado de los niños.

Más recientemente, conviene destacar la Resolución del Consejo relativa a la participación equilibrada de hombres y mujeres en la actividad profesional y la vida familiar (29 de junio de 2000). Esta resolución resulta especialmente interesante en dos sentidos: sintetiza el enfoque de la conciliación que se viene impulsando desde la Unión Europea y establece un programa de trabajo amplio y concreto de especial interés como referente de medidas de conciliación que convendría abordar.

¹ Sobre este tema ver: ¿Qué puede aportarnos la Unión Europea en el impulso de la conciliación en España? Aspectos jurídicos y estratégicos de las propuestas de conciliación en la UE. En: *Conciliar la vida. Tiempo y servicios para la igualdad*. Consejo de la Mujer, Madrid, 2002.

² Recomendación del Consejo de 31 de marzo de 1992 relativa al cuidado de los niños (92/241/CEE), DOCE L 123 de 8-5-1992.

Entre otras cosas, la resolución reconoce la importancia que para hombres y mujeres revisten las medidas en materia de interrupción de carrera, permiso parental y trabajo a tiempo parcial, así como de formas de trabajo flexible que, respetando el necesario equilibrio entre flexibilidad y seguridad, sirvan tanto a los intereses de los trabajadores como de los empresarios.

La Ley de conciliación

Si bien la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, no puede considerarse una ley modelo, sí es cierto que es la primera vez que el término conciliación da nombre a una Ley e incluye un cierto enfoque global sobre el problema en la normativa española. El haber sido objeto de numerosas críticas por parte de diversos colectivos, sindicatos, expertas/os, organizaciones de mujeres y afines, significa que ha tenido precisamente la cualidad de generar un debate en torno a los contenidos y alcance de los problemas de conciliación y su abordaje en España. Muchas organizaciones se han pronunciado sobre la conciliación precisamente a raíz de la elaboración del proyecto de ley de conciliación en el Parlamento Español.

Las principales medidas introducidas por la ley son las siguientes:

- Se amplían los motivos de los permisos o ausencias retribuidas: se prevé la ausencia del trabajador en los supuestos de accidente y hospitalización de parientes y se flexibiliza el derecho al permiso de lactancia.
- Se amplía el derecho a la reducción de jornada y excedencia a los trabajadores que tengan que ocuparse de personas mayores y enfermas.
- Se prevé que la mujer pueda conceder al padre el disfrute de hasta diez semanas de las dieciséis correspondientes al permiso por maternidad, permitiendo el disfrute simultáneo con la madre.
- Se amplía el permiso de maternidad en dos semanas más por cada hijo en el caso de parto múltiple.
- Los permisos de adopción y acogimiento permanente y preadoptivo, ya no dependen más de la edad del menor, serán siempre de 16 semanas.
- Se establece la aplicación de la reducción de la jornada o excedencia para atender al cuidado de familiares que por razón de edad, accidente o enfermedad no puedan valerse por sí mismos y no desempeñen actividad retribuida, configurándose este derecho como individual de los trabajadores.
- Se declara expresamente nula la decisión extintiva o el despido motivado, entre otros, por el embarazo, la solicitud o disfrute de los permisos por maternidad, paternidad o

cuidado de familiares o el despido de los trabajadores con contrato de trabajo suspendido, salvo que se demuestre su procedencia por causa ajena a la discriminación.

- Se amplían los supuestos que no pueden computarse como faltas de asistencia a efectos de extinción del contrato de trabajo por absentismo laboral. Entre ellos, el riesgo durante el embarazo, las enfermedades causadas por el mismo, el parto y la lactancia.
- En los supuestos de maternidad en los que, por motivos de salud de la madre o del feto, se hace necesario un cambio de puesto de trabajo o función y este cambio no sea posible, se puede declarar a la interesada en situación de riesgo durante el embarazo con protección de la Seguridad Social.
- Se crea una nueva prestación dentro de la acción protectora de la Seguridad Social, la de riesgo durante el embarazo, con la finalidad de proteger la salud de la trabajadora embarazada.
- Con la finalidad de que no recaigan sobre los empresarios los costes sociales de los permisos, se prevén reducciones en las cotizaciones empresariales a la Seguridad Social por contingencias comunes, siempre que se contrate interinamente a desempleados para sustituir al trabajador o trabajadora durante los periodos de descanso por maternidad, adopción o acogimiento.

Según la exposición de motivos, la ley pretende permitir un reparto equilibrado de responsabilidades en la vida profesional y en la vida privada, si bien afirma que el problema de la conciliación debe abordarse no sólo con reformas legislativas, sino con la promoción adicional de servicios de atención a las personas, en un marco más amplio de política de familia. Por otro lado, la ley ha pretendido completar la trasposición de las dos directivas comunitarias: 92/85/CEE, de 19 de octubre; y 96/34/CE, de 3 de junio.

La forma en que se han resuelto estos objetivos ha sido considerada muy insuficiente por parte de los colectivos de mujeres. Se critica que la regulación de los permisos y excedencias tal como se han establecido, van a seguir siendo utilizados exclusivamente por las mujeres. Por tanto, se considera que globalmente la ley está dirigida a la conciliación de las mujeres mismas, pero que no promueve el reparto de responsabilidades tal como se afirma en la exposición de motivos.

En concreto, se ha criticado mucho la forma de regular el permiso del padre, lo que puede suponer el incumplimiento de la Directiva 96/34/CE sobre permisos parentales, ya que no se concede un derecho individual, disfrutable de forma independiente al de la madre, sino a partir de la opción de ésta. Es decir, la madre puede decidir transferir al padre, de sus 16 semanas hasta 10 de ellas. La práctica muestra que no llega a un 2% el porcentaje de padres que se han acogido a este permiso. Respecto a las excedencias, su carácter no remunerado lleva también a que sean escasísimos los varones que se acogen a ellas.

El otro punto de crítica es la ausencia de medidas dirigidas a desarrollar servicios de atención a las personas, que la ley remite a su realización en «un marco más amplio de política de familia». Parece claro que difícilmente se puede facilitar la conciliación de la vida familiar y laboral de los trabajadores si el Estado no arbitra un sistema adecuado para facilitar el acceso a servicios suficientes, asequibles y de calidad para la atención de niños y familiares a cargo.

En definitiva, la Ley de conciliación se considera como necesaria pero insuficiente para promover una visión más amplia de los problemas de reparto de responsabilidades y de atención a los niños y personas dependientes que comporta el tema de la conciliación como problema social global.

II. REVISAR LAS IMPLICACIONES DE LA CONCILIACIÓN: LA CONCILIACIÓN NO ES SÓLO UN PROBLEMA DE MUJERES

Lo primero que parece claro o lo primero que se nos ocurre es que interesa a las mujeres, que es un problema de discriminación contra las mujeres y de desigualdades de género. Porque a pesar de que pretendamos comprender que la conciliación tiene una dimensión más amplia que afecta y compete a todos, la realidad es que el peso de la conciliación en nuestro país sigue recayendo en las mujeres individualmente. Se sigue haciendo a las mujeres responsables exclusivas de la reproducción social.

Mujeres y también varones

La conciliación también interesa a los hombres, aunque la mayoría no tenga conciencia sobre ello ni reivindique cambios, porque no lo visualizan como problema prioritario. Así, el Consejo de la Unión Europea entiende que los hombres tienen una desventaja en lo que se refiere a sus condiciones de participación en la vida familiar (del mismo modo que las mujeres tienen una desventaja en las condiciones de acceso y participación en el mercado de trabajo), derivada de prácticas sociales que todavía presuponen el trabajo no remunerado relacionado con los cuidados de la familia como responsabilidad principal de las mujeres y el trabajo remunerado inherente a la vida económica como responsabilidad principal de los hombres. El principio de igualdad se entiende, por tanto, como igualdad en materia de empleo y de trabajo, pero también la igualdad de trato entre padres y madres trabajadores, en particular en cuanto a la necesidad de ausentarse del lugar de trabajo para atender a hijos u otras personas que dependen de ellos.

Se trata, por tanto, de una cuestión de identidades de género en evolución en la que juegan las limitaciones de la identidad de género femenina, pero también la masculina.

Supone enfocar la masculinidad hegemónica y su erosión, y para todo ello es fundamental el análisis de género como herramienta básica para analizar la evolución de las relaciones de género y el planteamiento de alternativas.

Es evidente que género hace referencia al género masculino y al género femenino. Género no es igual a mujer. Género nos permite analizar tanto a hombres como a mujeres: su condición de género y sus situaciones vitales respectivas. La crítica feminista no se basa en el estudio de la mujer, sino en el análisis de las relaciones de género y del género como principio estructural de todas las sociedades humanas³. Por otro lado, resulta obvio también que las relaciones de género⁴ no son relaciones estáticas, sino que cambian en función del cambio de factores que las determinan. La conciliación se sitúa, precisamente, en ese proceso de redefinición de las relaciones de género al que estamos asistiendo en las últimas décadas.

Existe un modelo de masculinidad predominante al que los hombres como varones deben responder, lo cual no quiere decir que todos ellos lo hagan o que el hecho de adaptarse a esos patrones no les cause conflictos. La conciliación se plantea como una alternativa de vida que interesa también a los hombres que no quieren seguir respondiendo a un modelo de masculinidad hegemónica que les coarta su desarrollo personal, afectivo, familiar, etc. Mujeres y hombres tienen que ganar en un reparto más equitativo de las opciones vitales, más despegado de las asignadas por género desde el nacimiento. El problema no son las mujeres, sino las relaciones de género, el problema no es sólo de las mujeres, sino también de los varones como género.

Mantener el crecimiento económico

«Cuando algo se convierte en un problema económico, empieza a ser importante.»

En Europa y en España se promueve un modelo de desarrollo económico y social que es necesario nutrir de mano de obra. En este sentido, las necesidades del mercado de trabajo y los problemas de sostenibilidad económica y social, que genera el envejecimiento de la población, serían elementos clave que explicarían la necesidad de plantearse el problema de la conciliación, más amplios y globales, y situados en un lugar más central del

³ MOORE (1999).

⁴ Las relaciones de género pueden definirse como aquel tipo de relaciones sociales determinadas por el género de las personas, que crean diferencias en la posición relativa de hombres y mujeres, de manera única en cada contexto. La posición relativa se expresa en un conjunto de derechos, obligaciones y responsabilidades recíprocas, interrelacionadas de manera dinámica y, por ello, susceptibles al cambio y la evolución. Si las circunstancias económicas, sociales, culturales o políticas se modifican, los derechos y responsabilidades que delimitan los ámbitos de actuación de hombres y mujeres se redefinen de acuerdo con esos cambios.

proceso de toma de decisiones políticas y asignación de recursos, que las políticas de acciones positivas para la igualdad entre hombres y mujeres.

La conciliación forma parte de las políticas de empleo comunitaria y española. El futuro del mercado de trabajo en Europa es femenino y las mujeres jóvenes constituyen el principal potencial de fuerza de trabajo. El crecimiento del empleo de las mujeres seguirá siendo el principal factor de incremento de la tasa de empleo en la mayor parte de los países. De ahí la importancia de promover la conciliación. El Consejo europeo de Lisboa, del 23 y 24 de marzo de 2000, reconoció la importancia de fomentar la igualdad de oportunidades en todos sus aspectos, incluyendo la reducción de la segregación profesional y la simplificación de la conciliación de la vida laboral y familiar, y consideró que uno de los objetivos generales de las políticas activas de empleo deberá ser que la proporción de mujeres activas supere el 60% en 2010.

Erosión de la natalidad y envejecimiento de la población

En los últimos veinte años se ha producido una profunda erosión de la natalidad en Europa. El modelo familiar más común actualmente es el de una familia con uno o dos hijos. Esta disminución ha sido mucho más importante respecto de los países que han conocido una natalidad elevada, principalmente los países católicos del Sur, lo que contrasta con unas fluctuaciones más moderadas en los países del Norte. No deja de llamar la atención el hecho de que sean ahora España (1,15) e Italia (1,19) los países con la tasa de natalidad más baja de Europa.

Además, se ha producido un retraso generalizado de la edad en que se tiene el primer hijo. En 1983 se situaba en promedio en 27,3 años, actualmente rebasa los 29 e incluso los 30 en Holanda, España e Irlanda.

Como consecuencia evidente del descenso de la natalidad, unida a la prolongación de la esperanza de vida, particularmente para las mujeres, se está produciendo un envejecimiento generalizado de la población en Europa. En cuatro países europeos se produce incluso una inversión de la proporción de jóvenes y ancianos: en Alemania, Grecia, España e Italia ya hay más «viejos» que «jóvenes».

Las mujeres, sobre todo las del Sur de Europa, parecen haber solucionado sus problemas de conciliación sobre la base de no tener hijos.

A los intereses de género se suman problemas sociales y económicos derivados entre otros del envejecimiento de la población y la necesidad de contar con la mano de obra femenina para el crecimiento económico, por lo que la conciliación pasa a ser considerada como un problema de estado, un problema político y social general.

El cuidado de los dependientes

La expresión prioritaria de esos intereses no debe sin embargo llevarnos a olvidar otros concurrentes que acceden con mayor dificultad a la agenda política: el de los grupos marginales, los más pobres, las familias monoparentales, los inmigrantes, y también merecen un especial protagonismo, los intereses de los niños, de los mayores y de otras personas dependientes por distintos motivos. Tan importante es buscar una solución de conciliación para las mujeres y los hombres, como promover servicios de cuidado de calidad para las niñas y los niños y dignificar a las personas mayores, promoviendo su autonomía y un cuidado adaptado a sus necesidades. La conciliación no interesa sólo a los adultos, está implicado en ella todo el ciclo de vida de las personas.

En definitiva, es clave superar una visión de la conciliación como un problema exclusivo de las mujeres: si las empresas quedan fuera de la propuesta, si los sindicatos siguen sin comprender que los problemas de conciliación deberían formar parte de la negociación colectiva, si el Estado se inhibe, si los hombres están fuera de las propuestas, etc. la conciliación sigue comprendiéndose como un tema de mujeres, un problema suyo, exclusivo, de opción individual. Afortunadamente empiezan a identificarse los perjuicios sociales, económicos y políticos de la «no conciliación»: necesidades del mercado de trabajo, desequilibrios en las relaciones de género, crisis familiares, imposibilidad de sostener la tensión conciliadora centrada en las mujeres, niños solos, ancianos descuidados, baja natalidad, envejecimiento de la población, etc.

Aspectos clave para promover la conciliación. Cambios psicológicos, familiares, laborales y de apoyo público

Cambio de mentalidades

Se necesita un cambio importante de «mentalidades» que comprenda y reconozca:

- Las nuevas formas de familia y su diversidad: sus necesidades específicas.
- La necesidad de nuevos modelos de organización del tiempo y del trabajo de manera que sea posible adaptarlos a las otras dimensiones de la vida.
- La necesidad de un nuevo reparto más equilibrado de las tareas de cuidado y de las tareas domésticas entre los distintos miembros de la familia.
- Una mayor valoración del trabajo doméstico y de cuidado, tanto en el ámbito privado como en el mercado de trabajo.

- Que comprenda y promueva una construcción más abierta y flexible de los modelos de identidad de género.

El cambio de valores y actitudes es crucial tanto en el ámbito privado de la familia como en el ámbito público y laboral. Para ello, es necesario cuidar los contenidos que se transmiten: plantear el problema para implicar a hombres y mujeres, promover la toma de conciencia sobre la importancia de la conciliación como un vasto problema de sociedad. La corresponsabilidad y la valoración económica y social del trabajo doméstico constituyen contenidos imprescindibles de la conciliación.

La educación, junto con la formación y la sensibilización, son los instrumentos necesarios para el cambio en este sentido. La escuela, la familia, y el centro de trabajo son espacios determinantes a considerar. Los medios de comunicación constituyen asimismo un transmisor muy potente de estereotipos e imágenes sexistas, por lo que el control y la revisión de sus mensajes es una tarea tan importante o más que la realización de campañas puntuales en clave positiva de reparto de tareas.

Familias: cambios intrafamiliares y reparto equitativo de tareas

- A) Reconocimiento de los distintos tipos de familias-hogares y necesidades específicas:
- Características de las familias-hogares actuales (más pequeños y más diversos).
 - Colectivos de especial vulnerabilidad: madres adolescentes, familias monoparentales, inmigrantes, etc.
- B) La necesidad de un cambio dentro de las familias: promoción de un reparto equilibrado de las tareas y responsabilidades domésticas y de cuidado de las personas dependientes:
- Valoración del trabajo reproductivo.
 - Reparto de las tareas domésticas y de cuidado.
 - Educación más igualitaria de niños y niñas

Trabajos: cambios en el mundo del trabajo productivo

- A) Lucha contra la discriminación en el acceso al empleo y desarrollo profesional.

Ello incluye la lucha contra la discriminación por razón de sexo en el empleo y la eliminación de la segregación laboral horizontal y vertical.

B) Medidas laborales de conciliación para mujeres y hombres (permisos, excedencias) y adaptación de las formas de organización del trabajo (empresas y sindicatos).

Unas formas de trabajo más flexibles y adaptadas a los diferentes espacios vitales de manera que se tenga en cuenta la vida familiar y personal de las y los trabajadores: los horarios, los tiempos, la flexibilidad, las guarderías, la promoción de los permisos y excedencias, etc. y, sobre todo, un cambio en la cultura sindical y en la cultura empresarial española respecto de las relaciones de género en el contexto de las relaciones laborales. El igual tratamiento en derechos de las distintas formas de empleo: teletrabajo, temporal, tiempo parcial, etc.

Servicios públicos de cuidado de niños y ancianos

Apoyo público e iniciativas privadas y asociativas: la necesidad de infraestructuras y formas alternativas de gestión del cuidado de las personas dependientes y de apoyo para la atención de las tareas domésticas. Una mayor socialización de la reproducción, en el sentido que se le otorgue la importancia que tiene y se busque promover formas de atención y cuidado de calidad y que promuevan la autonomía de las personas dependientes.

Los niños y niñas

La búsqueda de mejores sistemas de atención a la infancia. Una nueva concepción de su papel y sus derechos. Los niños no son una carga, es el sistema y el modelo social el que hace que sean percibidos así. No hay evidencias sobre el hecho de que resulten perjudicados por pasar una parte importante de su crecimiento en sistemas públicos o privados de guarderías o educación. El problema es regularlos de modo que se asegure un cuidado y seguimiento de calidad que comporte además un proceso de aprendizaje y socialización adecuados y que los padres puedan dedicar espacios suficientes y sistemáticos en el seguimiento de ese proceso.

Las personas mayores

En cuanto a las personas mayores, dignificarlas y considerarlas como parte activa de nuestro modelo social, promover medidas que favorezcan su autonomía y valoración. Los mayores tienen mucho que aportar, incluso a los cambios en las relaciones de género. Algunas personas mayores gozan de un importante grado de autonomía, mientras que otras pueden ser más dependientes o incapaces, necesitando de cuidados más específicos.

CONCLUSIONES

La conciliación es una estrategia compleja, para la que conviene trabajar a través de múltiples frentes (en lo cultural, familiar, laboral, político, etc.) e integrando a los diversos actores implicados: mujeres y varones, personas dependientes, administraciones públicas, empresas y sindicatos, etc. Lo más interesante de la conciliación es que abre el espacio a iniciativas más globales, que apuestan por un proceso articulado de cambio entre todos los actores implicados.

Los progresos en materia de conciliación pasan por la instauración de medidas concretas que contribuyan a favorecer un nuevo equilibrio entre vida laboral y familiar, asunto de sociedad, que implica a hombres y mujeres y, sobre todo, involucra las relaciones de género como relaciones sociales que asignan roles, responsabilidades y oportunidades interrelacionados a uno y otro sexo.

Las relaciones de género se manifiestan de forma individual, en la pareja, en la familia, pero también en las instituciones, en el mercado de trabajo, en las relaciones laborales, en la empresa. Un cambio sustancial en las relaciones de género implica una visión amplia e integrada del papel de hombres y de mujeres en el desarrollo de nuestras sociedades, en sus distintas dimensiones: productivas, reproductivas y comunitarias. Y supone superar visiones dicotómicas o antagonistas entre el mundo de lo público y lo privado, de lo remunerado y lo no remunerado, de lo masculino y lo femenino. De acuerdo con esa mirada más amplia adoptada en la Unión Europea, será posible buscar soluciones de relevo a los enfoques centrados en las mujeres aisladamente y como bloque homogéneo y comenzar a pensar en que la conciliación es un derecho de las mujeres, por supuesto, pero también, y esto es una propuesta de cambio de concepción, es un derecho de los hombres y un problema político de primera magnitud.

BIBLIOGRAFÍA

Unión Europea:

Documentos de política

Integrar la Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres en el conjunto de las políticas y acciones comunitarias. Comunicación de la Comisión. 21-02-1996. COM (96) 67 final.

Decisión del Consejo de 22 de diciembre de 1995, relativa al programa de acción comunitario a medio plazo para la igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres (1996-2000).

Hacia una estrategia marco comunitaria sobre la igualdad entre hombres y mujeres (2001-2005): Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. Decisión del Consejo de 20 de diciembre de 2000, por la que se establece el Programa de Acción. Madrid: Instituto de la Mujer, serie documentos n.º 33, 2001.

Igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres en la Unión Europea. Informe anual 1998. Comisión Europea, DG V. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas 1999.

Informe de la Comisión sobre la aplicación de la Directiva del Consejo de 11 diciembre de 1986 relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres que ejerzan una actividad autónoma, incluidas las actividades agrícolas, así como sobre la protección de la maternidad (Dir 86/613/CEE) COM(94) 163 final, Bruselas 15-09-1994.

Recomendación del Consejo de 31 de marzo 1992 relativa al cuidado de los niños (92/241/CEE), DOCE L 123 8-5-1992.

Resolución del Parlamento Europeo, de 23 de septiembre de 1998, sobre la situación de las madres solas y las familias monoparentales.

Resolución del Consejo y de los ministros de trabajo y asuntos sociales, reunidos en el seno del Consejo de 29 de junio de 2000 relativa a la participación equilibrada de hombres y mujeres en la actividad profesional y en la vida familiar. Diario Oficial n.º C 218 de 31-07-2000 P. 0005.

Estudios

Conciliation de la vie professionnelle et familiale et qualité des services de soins. Comisión europea, diciembre 1997.

Comment les femmes et les hommes utilisent-ils leur temps?. Trois études européennes. Comisión europea. Bélgica: DG Empleo y Asuntos Sociales 2000. Incluye:

Flexibilité et conciliation de la vie professionnelle et de la vie de famille: une nouvelle forme de précarité.

Aménagement du temps de travail, égalité des chances hommes-femmes, création d'emploi, quelles articulations?

L'avenir de l'emploi en Europe: l'emploi du temps selon le sexe.

En el Marco del IV Programa de Igualdad de Oportunidades, la Comisión ha promovido también los siguientes estudios:

Working conditions in the personal care sector.

Family friendly models and strategies in the micro and small enterprises in Italy, Spain, France and Germany.

Examen de la aplicación de la Plataforma de Acción de Pekín por parte de los Estados miembros y de las Instituciones de la UE: articulación de la vida familiar y profesional. Bruselas: Consejo de la Unión Europea, 23 de octubre de 2000.

Condiciones de vida en Europa. EUROSTAT. Libro de estadísticas, 1999.

Modèles de temps de travail dans l'Union européenne: politiques et innovations analysées dans une perspective de genre. Grupo de Expertos de la Comisión Europea sobre Género y Empleo 1998.

Latta, Mia y O'conghaile, Wendy. *Aspirations, Restrictions and Choices—Combining Life and Work in the EU* (Investigación promovida por la Fundación Europea para la mejora de las condiciones de vida y de trabajo, mediante la realización de una encuesta a 30.000 personas de la UE), de 29 de febrero de 2000.

España

Promoviendo la calidad de vida de las mujeres y las familias. Barcelona: Asociación «Salut i Família» 2001.

Propuesta de medidas legales facilitadoras de la conciliación de la vida laboral y familiar. Informe de un Grupo de Expertas. Barcelona: Asociación Salut i Família, julio 1998.

Borderias, C et al. *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales.* Barcelona: Fuhem/Icaria 1994.

Brullent Tenas, Cristina. Prácticas de crianza e identidades parentales. En: *Sociología de las relaciones de género.* Instituto de la Mujer. Serie debate núm. 18, pp. 45-65.

Comisiones Obreras. *Sindicalismo y mujer. Las relaciones laborales desde una perspectiva de género.* Madrid : Ediciones GPS, 1999.

Coordinadora Española para el Lobby Europeo de Mujeres. *Legislación y experiencias de conciliación de la vida laboral y familiar.* Madrid: CELEM, 2000.

Colectivo IOE. *Tiempo social contrarreloj. Las mujeres y la transformación en los usos del tiempo*. Madrid: Instituto de la Mujer, 1996.

Consejo de la Mujer de la CAM. *Conciliar la vida. Tiempo y servicios para la igualdad*. Madrid: CAM, 2002.

Jornadas sobre Legislación y jurisprudencia en el marco de la igualdad de oportunidades. Mesa redonda: El reparto de responsabilidades y los permisos parentales en los distintos Estados miembro de la Unión Europea: su incidencia en el acceso y permanencia de la mujer en el trabajo. Madrid: Instituto de la Mujer, 1994.

Guía de buenas prácticas para conciliar la vida familiar y profesional. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: Instituto de la Mujer, 2001.

Hacia el nuevo contrato social mujeres-hombres para compartir las responsabilidades familiares, el trabajo y el poder. Madrid: Federación de Mujeres Progresistas, 1988.

Guía: «claves para orientar a las mujeres ante las nuevas formas de trabajo y organización» (1988-1000). Madrid: Federación de Mujeres Progresistas, 2000.

Guía para trabajar con las empresas y otros actores socioeconómicos. Madrid: Federación de Mujeres Progresistas, 2000.

Desarrollo de las competencias en un enfoque global de calidad. Madrid: Federación de Mujeres Progresistas, 2000.

Guía para un Lenguaje No Sexista en la Comunicación. Dime cómo Hablas... y te diré cómo Piensas. Madrid: Federación de Mujeres Progresistas, 2000.

Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras.

Lerda, S. Y Todaro, R. ¿Cuánto cuestan las mujeres?. Un análisis de los costos laborales por sexo. *Sociología del Trabajo*, 1997; 30.

López, Irene y Sierra, Beatriz. *Integrando el análisis de Género en el Desarrollo*. Madrid: IUDC/UCM 2000.

Martínez de Margaza, Trinidad. Conciliación de vida laboral y vida familiar. En: *Mujer y Cooperativismo*, n.º 2, noviembre 2000, pp. 75-76.

Mazariegos Eiriz, J (Coord.). *Situación socioprofesional de la mujer en la agricultura*. Madrid: Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación 1993.

Conciliación, trabajo, familia. Boletín extraordinario. *Nuevas Formas de Trabajo*, 2000; septiembre.

Muñoz Arrieta, Olatz. La problematización del trabajo doméstico familiar. En: *Sociología de las relaciones de género*. Instituto de la Mujer. Serie debate núm. 18, pp.149-175.

Rieschmann J y Recio, A. *Quien parte y reparte... El debate sobre la reducción del tiempo de trabajo*. Barcelona: Icaria, 1997.

Rodríguez A, Goñi B y Gurutze M (eds.). *El futuro del trabajo. Reorganizar y repartir desde la perspectiva de las mujeres*. Bilbao: BAKEAZ y CDEM, 1996.

Rodríguez, Arantxa y Larrañaga, Mercedes. El tiempo de trabajo y su distribución por sexos en la Comunidad Autónoma Vasca. En: *Mujer y Cooperativismo*, núm. 2, noviembre 2000, pp. 5-13.

Rollin, Hilary. Mujer y trabajo frente a la crisis demográfica. En: *Mujer y Cooperativismo*, núm. 2, noviembre 2000, pp. 47-53.

Sánchez García, Dolores. *La protección de la maternidad y las responsabilidades familiares en el ámbito laboral*. Madrid: 1998.

Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres. Guía para la Negociación Colectiva, Madrid: UGT 2000.

Sección I. Contexto social, político y demográfico

Ética y derechos

.....

.....

ÉTICA: UNA CONDICIÓN NECESARIA EN LAS POLÍTICAS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Francisco José Alarcos Martínez

Profesor de Bioética en la Facultad de Teología de Granada, Director y profesor del CETEP de Guadix

Si la ética es una condición necesaria en la política, en la organización social, en lo que afecta a todos y cada uno de los ciudadanos, la atención sanitaria forma parte de esa dimensión. Lo que quizás no esté tan claro es que la salud y en concreto la sexual y reproductiva, como trataré de mostrar más adelante, esté ubicada en la dimensión de lo público. Si algo es evidente es que las democracias liberales han acotado los espacios público y privado, y que, aunque interconectados, cada uno mantiene su propio estatus. La gestión de la salud, también la sexualidad y la reproducción, recaen más en la gestión privada-íntima que en el ámbito de lo público. Este último girará más en los servicios —atención sanitaria— que se prestan al individuo para que éste pueda ser desde lo que anhela llegar a ser. Aquí es donde la ética entra a formar parte como condición necesaria para la salud. Lo primero que hemos de hacer, por tanto, es tratar de acotar su comprensión y tras ella el de salud.

LA COMPRENSIÓN DE LA ÉTICA

La palabra «ética» proviene del griego *éthos*. Y *éthos*, en griego, se opone a *páthos*. Por *páthos* se entiende todo lo que nos ha sido dado por la naturaleza, sin que nosotros mismos —ni nuestra libertad, ni nuestro esfuerzo— hayamos contribuido activamente a su existencia. Es decir, se trata de todo lo que hemos recibido pasivamente, al margen de nuestra autonomía y trabajo. Sería todo aquello que recibimos por «lotería biológica» y la «lotería social». Así, por ejemplo, nuestro patrimonio genético, la posición social de nuestra familia, el lugar de nacimiento y hasta buena parte de los valores y hábitos que poseemos, podrían atribuirse al *páthos*, a las loterías, a lo pasivamente recibido. Y de eso no somos responsables.

El *éthos*, por el contrario, se refiere al esfuerzo activo y dinámico de la persona que da a lo recibido forma verdaderamente humana, en el sentido más propio del término. La au-

tonomía humana esculpe en los materiales recibidos del *páthos* la propia esfinge, es decir, el propio proyecto personal de vida. Con el *éthos* entramos en el ámbito de la libertad y, por ende, en el ámbito de lo histórico y de lo estrictamente moral. El reino de la ética es, si queremos usar el lenguaje hegeliano, el reino de la libertad y no el reino de la necesidad. El *éthos*, como afirma Aranguren, «es el suelo firme, el fundamento de la praxis, la raíz de donde brotan todos los actos humanos»¹.

La ética, por tanto, es saber racional acerca de lo práctico. Lo cual plantea otras dos cuestiones: ¿qué es saber racional? Y, ¿qué es lo práctico? Aquí, el saber racional hay que desglosarlo. El saber es igual a conocer y lo racional es igual a la capacidad de justificar con razones y argumentos. Queda pendiente responder a la cuestión de ¿qué es lo práctico? Y lo práctico no es ni más ni menos que aquello que puede ser de otra manera.

Una vez dicho esto hay que mostrar los elementos racionales, que también podemos llamar formales en cuanto a teóricos, y los elementos materiales o prácticos. Ambos momentos, el formal y el material, no se dan tan separados como a primera vista puede parecer. Van de la mano y casi al mismo tiempo. Si vemos nuestra conducta esto lo hacemos con bastante naturalidad, es más, en la mayor parte de las veces y en la mayoría de los seres humanos no se dan elaboraciones y justificaciones totales de sus acciones y, sin embargo, esto no da derecho a decir que esa persona no es ética.

La ética sería un hacerse, es un quehacer, que se necesita saber para llevarse a cabo con éxito. Es una tarea de los individuos, los pueblos y las organizaciones, que pretenden con ella alcanzar su plenitud o, lo que es idéntico, su felicidad. Congelar en un sustantivo toda su savia vital es traicionarla, porque pertenece al reino de la acción, de las actividades que se distienden en una articulación de futuro, presente y pasado. Y es en este sentido en el que Aranguren ha recordado que la ética es un quehacer que consiste en la forja del carácter. Nacemos con un determinado carácter, pero vamos modificándolo con nuestro actuar y podemos encaminarlo hacia la plenitud o hacia la degeneración, hacia la dicha o hacia la desgracia. «La tarea moral consiste en llegar a ser lo que se puede ser con lo que se es»². No es lícito, pues, confundir la ética con un conjunto de deberes morales, como ha venido haciéndose en exceso. Tan en exceso que, para un buen número de personas, la pregunta por la fundamentación de la ética se identificaba con la pregunta ¿por qué debo?, o dicho de forma más explícita ¿por qué debo cumplir determinadas normas que van en contra de mis apetencias? La moral aparece entonces más

¹ Para una síntesis del principio etimológico del término Cf. J. L. Aranguren. *Ética*. Madrid: Alianza, 1981

² *Ib.*, 292.

como carga que como estímulo. Ciertamente en el hacerse ético contamos con orientaciones que sugieren el camino de la plenitud, orientaciones que pueden expresarse como valores que merece la pena encarnar, deberes que es preciso cumplir, virtudes que conviene asumir. Pero lo importante de todos ellos es que carecen de sentido si no alumbran el camino de la felicidad, si no ayudan a las personas a estar altas de moral³.

El quehacer ético consiste en un entrenamiento vital gracias al cual podemos ir encontrándonos en forma. De la misma manera que el deporte requiere entrenamiento, desarrollar determinadas capacidades y habilidades día tras día, el estar en plena forma humano, el estar altos de moral, requiere ejercicio. Y tener la moral alta no significa tener un objeto entre las manos, sino haber adquirido, mediante actividad, la actitud necesaria, la predisposición adecuada para enfrentar los retos vitales con altura humana. Una moral alta es sin duda lo contrario de la desmoralización, de ese estar desanimado, sin ánimo, sin fuerzas para obrar.

Si la ética es aquel tipo de saber que versa sobre las diferentes posibilidades⁴, el ser humano es el único ser vivo que tiene capacidad para elegir entre diferentes posibilidades. Frente a los animales, que viven en el reino de la necesidad, el hombre vive en el reino de la libertad. Por tanto, la ética tiene que ver con aquellas posibilidades entre las cuales el ser humano tiene que elegir. La acción del hombre sobre la naturaleza consiste siempre e ineludiblemente en la conversión de los recursos naturales en posibilidades de vida⁵. La naturaleza tiene recursos que sólo se convierten en posibilidades de vida, posibilidades positivas o negativas de vida, por la acción del hombre. La naturaleza tiene recursos y la historia consiste en posibilidades. Como tantas veces ha repetido Zubiri, la historia es un mero proceso de posibilitación, realización de posibilidades⁶. Se ubica en el ámbito de la libertad. Como muy bien mostró nuestro gran filósofo español, en el animal, el ajustamiento se produce de realidad a realidad, de estímulo a respuesta. En el hombre la libertad no sólo trata de tener que responder unívocamente, sino que es libertad para «pre-ferir» en vista de algo, convirtiendo así los estímulos en instancias y recursos, es decir, en posibilidades. En pocas palabras, al animal le está dado el ajustamiento. El hombre tiene que hacer ese ajustamiento, tiene que justificar sus actos, es un animal posibilitante.

³ J. L. Aranguren. *La situación de los valores éticos*. Madrid: Instituto Fe y Secularidad/Fundación Friedrich Ebert, 1985.

⁴ *Ib.*, 47-57. Sigo en esta parte la presentación de Aranguren sobre la realidad constitutivamente moral del hombre, que él a su vez toma de Zubiri, donde se presenta la moral como estructura.

⁵ Cf. X. Zubiri. *Naturaleza, Historia, Dios*. Madrid: Alianza, 1987

⁶ Cf. X. Zubiri. *La dimensión histórica del ser humano*. *Realitas*, Vol. 1. Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1974

La justificación sería la estructura interna del acto humano. Por eso, en vez de decir que las acciones humanas tienen justificación, debe decirse que tienen que tenerla: que necesitan tenerla para ser verdaderamente humanas; que han de ser realizadas por algo, con vistas a algo. Pero que sean justificadas no quiere decir que lo sean totalmente, pues, el hombre comparte, hasta cierto punto, la condición del animal, porque los resortes que para la ejecución de los actos se ponen en juego penden de las estructuras, y sólo dentro de los límites biológicos dados ha de hacerse el trazado del ajustamiento, la justificación.

¿En qué consiste, más estrictamente, esta justificación? Se dice «pedir cuentas de un acto» (a otro o a sí mismo). ¿Qué es dar cuenta de un acto? Dar razón, pero no meramente explicativa; dar razón de la posibilidad que he puesto en juego. La realidad no es, dentro de cada situación, más que una. Por el contrario, las posibilidades, como irreales que son, son muchas, y entre ellas hay que «pre-ferir». Por tanto, también entre las mismas posibilidades hay, a su vez, un ajustamiento propio, una «pre-ferencia». Consiguientemente, el problema de la justificación no consiste únicamente en dar cuenta de la posibilidad que ha entrado en juego, sino también de la «pre-ferencia».

Pero hay más. Contemplamos las posibilidades como si estuviesen todas indiferentemente delante del hombre. Si así fuese, la justificación pendería, sin más, de la libertad. El «porque quiero» o «porque me gusta», sería la última instancia y la única cuestión a la que atender, muy de moda, por otra parte, entre nuestras generaciones de adolescentes y jóvenes. No habría previamente lo preferible. Las cosas no ocurren de ese modo. El ámbito de lo posible se abre por las tendencias (que en sí mismas no tienen justificación) en tanto que inconclusas. La «pre-ferencia» pende, pues, de las «ferencias» o tendencias previas. Las «ferencias» hacen, inexorablemente, preferir. Pero ¿qué es lo que hace preferir? Aranguren, siguiendo a Zubiri, afirma que es la bondad misma de la realidad, en tanto que el hombre prefiere la realidad buena queda justificado⁷.

Hasta ahora hemos considerado la preferencia como el acto de preferir que pone en juego el sujeto para ajustar su comportamiento a la situación en que se encuentra. La preferencia puede ser considerada también, en la otra vertiente suya, como realización de una posibilidad. La posibilidad preferida queda, en efecto, realizada. Pero realizada ¿dónde? Queda realizada, por supuesto, en la realidad exterior a mí, en el mundo. Si mato a un hombre, por ejemplo, el resultado de mi acción es, en el mundo, la sustitución de un ser humano por un cadáver. Pero el resultado en mí mismo es que la posibilidad que yo tenía de ser homicida la he convertido en realidad, o lo que es igual, la he incorporado a mi realidad: desde ese momento yo soy un homicida. Pero este «ajustamiento» y la consi-

⁷ Para ver la propuesta de una fundamentación de la ética desde la óptica zubiriana como «ética formal de bienes» Cf. D. Gracia. Fundamentos de bioética. Madrid: Eudema, 1989.

guiente apropiación es claro que ocurre, no una vez, sino constantemente a lo largo de la vida, y a este inexorable hacer la propia vida a través de cada uno de sus actos y la consiguiente inscripción de ese hacer, por medio de hábitos y carácter, en nuestra naturaleza, es en el que consideramos la ética como condición necesaria.

Si el hombre es constitutivamente ético⁸ por cuanto tiene que conducir por sí mismo su vida, la moral, en un sentido primario, consistirá en la manera cómo la conduzca, es decir, en las posibilidades de sí mismo que haya preferido. Ahora bien, esta apropiación real de posibilidades, buenas o malas, va conformando en una segunda naturaleza mi personalidad. O, como decía Zubiri, al apropiarme mis posibilidades constituyo con ello mi habitud en orden a mi autodefinición, a la definición de mi personalidad. Sobre mi realidad por naturaleza se va montando una realidad por apropiación, una realidad por segunda naturaleza que, inseparablemente unida a aquélla, la conforma y cualifica según un sentido moral. Mi realidad natural es mi propia realidad, en tanto que recibida; mi realidad moral es mi propia realidad, en tanto que apropiada. Porque al realizar cada uno de mis actos voy realizando en mí mismo mi *éthos*, carácter o personalidad moral. En este sentido el *éthos* es estrictamente individual. La pregunta ética fundamental sería una pregunta por el hacer humano, abarcando todo el ámbito de los haceres humanos, todo aquello que depende directa o indirectamente de una opción humana y todas aquellas objetivaciones de acciones humanas. La ética, por tanto, se sitúa así en un ámbito previo a toda dicotomía entre acto interior y acto exterior, acto intencional y obra realizada, acto individual y acto social. Abarca la realidad humana, en cuanto que plasmada en actos, acciones, actitudes. Estos tres momentos de la realidad humana quedan fundidos en el término de praxis: «el término praxis puede ser utilizado como concepto general que abarca los distintos tipos de configuración funcional de nuestros actos. De este modo, podemos afirmar que las acciones, las actuaciones y las actividades constituyen los tres modos fundamentales de la praxis»⁹.

LA COMPRENSIÓN DE LA SALUD

Como ha puesto de manifiesto Lain Entralgo¹⁰, en todas las civilizaciones han existido personas que han cuidado de la salud de la población. En los pueblos primitivos los he-

⁸ Cf. J. L. Aranguren. *Ética*. En *Sacramentum Mundi*. Barcelona: Herder 1982-1985.

⁹ González, A. *Estructuras de la praxis. Ensayo de una filosofía primera*. Madrid: Trotta, 1997. Es un estudio magnífico desde la óptica zubiriana de la praxis como verdad primera, tratando de dotarla de contenido y fundamentación filosófica. La praxeología «pretende ser un lógos de la praxis. Pero es un lógos que no busca teorizar sobre lo que las cosas sean con independencia de nuestra praxis, sino solamente analizar los actos que la integran...», tiene el criterio para revisar todos los presupuestos remitiéndolos a una verdad primera: la verdad de nuestros actos».

¹⁰ Cf. P. Lain Entralgo, *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1979.

chiceros que con sus fetiches y exorcismos echaban del cuerpo enfermo los espíritus malignos, que pensaban que eran los causantes de la enfermedad. En las civilizaciones griega y romana, en Egipto, en Mesopotamia, etc., eran los dioses los que hacían y deshacían en esto de la salud. Fue Hipócrates el que vio la salud como un equilibrio entre los cuatro principales humores que él llamaba sangre, linfa, bilis amarilla y bilis negra¹¹. En la Edad Media¹², la Iglesia con sus monasterios y los monjes que habitaban en ellos, eran los que trataban de curar las enfermedades y por lo tanto los entendidos en salud. A finales del siglo XIX¹³, se consolidó la era científica de la Medicina y, ya en nuestros días, los avances en los conocimientos de las enfermedades y la tecnología médica han hecho que la vida se alargue y la expectativa de vivir sea mayor, pero la salud es más costosa y por ello son los Estados los que incluyen en sus presupuestos generales la sanidad.

A la vez, el concepto de salud es tan inseparable del de enfermedad, que no puede ser definido con exclusión de éste. Los seres humanos adquieren conciencia de la salud a través de la enfermedad. De ahí que la salud, haya solido definirse de modo negativo, como ausencia de enfermedad, silencio de los órganos, etc. La sabiduría popular dice que la salud no se aprecia más que cuando se pierde. Es toda una paradoja: un valor negativo, la enfermedad, dota de contenido positivo al de la salud. Pero además de esto, los valores salud y enfermedad han ido cambiando de sentido, o han ido definiéndose de modo distinto a lo largo de la historia¹⁴. No menos de tres momentos distintos cabe distinguir en el transcurso de la historia de las civilizaciones.

El primero, propio de las culturas primitivas, interpreta la enfermedad en términos de «des-gracia» y la salud como «gracia». Baste recordar los relatos etiológicos de las grandes religiones mediterráneas, en especial la israelita, que suelen atribuir al pecado la causa del dolor, como mostró muy bien Paul Ricoeur¹⁵. El autor del libro del Génesis presenta dos situaciones o estados básicos en la vida del hombre, el estado de gracia, como el de Adán y Eva en el paraíso terrenal, y el estado de desgracia o destierro. El primero va acompañado de salud, belleza, inmortalidad, prosperidad material, etc., en tanto que el segundo se caracteriza por lo contrario: dolor, enfermedad, muerte, pobreza, etc. Para los pueblos primitivos ésta es la raíz de todas las desgracias entre las cuales incluyen los males físicos, dolor, hambre, enfermedad, muerte. De este modo, una característica física negativa, como el dolor, se considera debida a una falta moral.

¹¹ Cf. *ib.*, 6-22.

¹² Cf. *ib.*, 180-242.

¹³ Cf. *ib.*, 387-537.

¹⁴ Para ver las diferentes formas de entender la enfermedad y de la salud: Cf. P. Laín Entralgo, *Historia de la medicina*. o.c. En este apartado seguimos fundamentalmente la síntesis de D. Gracia, *Bioética Clínica*. Santa Fe de Bogotá: c) Buhó, 1998, 19-26.

¹⁵ Cf. P. Ricoeur. *Finitud y culpabilidad*. Madrid: Taurus 1982.

En un segundo momento, la salud se va a ver como «orden» y la enfermedad como «desorden». La cultura griega interpreta la realidad en términos de naturaleza (*physis*). Las cosas ya no intentan comprenderse conforme al esquema gracia-desgracia, sino con el de natural-antinatural. Por tanto, la salud ya no es vista, al menos de un modo tan inmediato como en las otras culturas mediterráneas, como don o gracia, sino como algo natural; y a la enfermedad y el dolor tampoco se los interpreta ya como deuda, desgracia o pecado, sino como realidades antinaturales. Estos conceptos fundamentales, establecidos por los pensadores presocráticos, darán lugar al nacimiento de la medicina occidental en Grecia. La naturaleza es orden (*kosmos*), y la enfermedad y el dolor, desorden (*khaos*). Alcmeón de Crotona dirá, en el texto fundacional de la medicina científica, que: «El mantenimiento de la salud se debe al equilibrio (*isonomía*) de las fuerzas: lo húmedo, lo seco, lo frío, lo caliente, lo amargo, lo dulce, etc.; y en cambio, el predominio (*monarquía*) de una sola produce la enfermedad. La salud, como la felicidad, consiste en orden natural, y la enfermedad y el dolor en desorden antinatural.»

Finalmente, la cultura moderna entenderá la salud como dicha y la enfermedad como «desdicha». Los hombres modernos, a partir sobre todo del siglo XVII, comenzaron a ser conscientes de que el dolor y la enfermedad no podían interpretarse en términos de «desorden». De hecho, comienza a pensarse entonces, el dolor es tan natural como la dicha. Es una pura teoría, y una teoría además falsa, pensar, como hicieron los griegos, que la naturaleza es por principio ordenada, y que todo desorden es antinatural. La experiencia nos demuestra todos los días que el desorden es natural. A partir de ahora, el dolor y la enfermedad podrán ser vistos como algo natural. Pero tampoco el dolor puede interpretarse como una «des-gracia», sino como algo distinto, una «des-dicha». No hay duda de que el dolor es algo negativo en la existencia humana, pero esa negatividad no consiste primariamente en desgracia ni en desorden, sino en desdicha. Lo que el dolor hace es comprometer el bienestar y la felicidad del hombre sobre la tierra. En el horizonte del «des-orden» la enfermedad se conceptúa como un hecho. Ahora, en el horizonte de la desdicha, como un valor. Esta es, quizá, una de las máximas creaciones modernas, la idea de valor frente a la idea de hecho. La salud no es primariamente una cuestión de hecho sino un problema de valor. Dicha es valor positivo, y desdicha valor negativo. Naturalmente, estos valores se van definiendo individual, social e históricamente. De ahí que, en última instancia, la definición de la dicha tenga que ser personal y que haya muchas concepciones distintas de la dicha; en el fondo, tantas como proyectos de vida, como ideas de la felicidad, como opciones de valor.

El siglo XVIII trae el desarrollo industrial y también el concepto de utilidad y una nueva mentalidad. Una persona es útil cuando produce y rinde cuantitativamente. El enfermo no produce sino que consume. Por eso será considerado dentro de la categoría de valores no sólo como una persona inútil sino perjudicial porque gasta bienes de la sociedad. Imaginemos la situación socio-sanitaria a mediados del siglo XIX. El pudiente podía pagar a su mé-

dico que incluso improvisaba su «clínica» en piezas de la casa del enfermo. El ciudadano con el seguro incipiente podía ser atendido en centros de dicho seguro y en el consultorio del médico. Para el resto, existían los hospitales, centros de beneficencia, dotados con pocos recursos. Pero vendrán grandes cambios: gran progreso de la higiene pública y privada; el nacimiento del primer ministerio de salud en Inglaterra en 1869 para favorecer, sobre todo la higiene; la superación y el control de las epidemias debido, en gran parte, al invento del microscopio, con el que se pudieron descubrir los microorganismos y combatirlos con las vacunas. En nuestro siglo aparecen los diagnósticos precisos gracias a los laboratorios y técnicas de aparatos como las imágenes diagnósticas... y hasta los trasplantes.

Con la aparición en el siglo XX de los seguros obligatorios de enfermedad la medicina pasó de ser preponderantemente domiciliaria a convertirse en hospitalaria. El hospital se convierte en el centro del sistema sanitario. La medicina se hospitalizó y todo acto médico debía realizarse en el hospital. El médico rehuye el viejo rol de generalista (médico de cabecera) para asumir el nuevo de especialista, motivado por la revolución tecnológica con sede en el hospital. La universidad formará especialmente al médico hospitalario y especialista, y lo hará en el mismo hospital (prácticas y residencias).

A la par cambia el paciente. La nueva medicina hospitalaria ya no irá dirigida a los pobres de solemnidad sino a los productores y consumidores, quienes constituyen el centro de la actividad económica. Surge un nuevo sistema de financiación. De la caridad del Estado se pasa a la justa distribución de los impuestos de los ciudadanos, destinados a la salud. También el ciudadano gastará cada vez una mayor parte de sus ahorros en salud (seguros particulares, fármacos...). La vieja relación paternalista médica mutará por una relación igualitaria. Surge la conciencia de responsabilidad en salud y de protagonismo en el proceso de recuperación. El hospital deja de ser un lugar marginado y de marginados para ser uno de los más importantes centros de la vida social. Allí ya se nace y se muere. Es un lugar de exigencias con un fuerte nivel de implicación reactiva de la economía.

La actitud que absolutiza el concepto de dicha hace consistir la felicidad en la consecución del máximo bienestar y en el logro de la total ausencia de dolor. Ésta es la concepción que sostiene la sociedad de bienestar (*welfare state*) y también su cultura, en la que es preciso seguir estimulando el consumo de salud, entendida como dicha. La salud como estar bien se ha convertido así en el criterio moral último y único: bueno es lo que produce salud y bienestar, es decir, dicha, y malo lo contrario. Este concepto de salud acapara todo tipo de dolor y sufrimiento y se adentra en el ámbito de la vida humana entera. Medicina va a equiparse a salud. La medicina del bienestar medicaliza la vida humana, tal es así que, por ejemplo, detecta la responsabilidad psíquica en el hecho jurídico; medicaliza la política (ésta ha de ser dadora de higiene y salud); medicaliza la economía capitalista que ve la salud como un bien de consumo; medicaliza la técnica y hasta la ética: lo técnicamente posible en medicina es bueno.

Después de la Segunda Guerra Mundial se llega a la conclusión de que esta idea era demasiado simple, puramente orgánica y que no tenía en cuenta la dimensión psíquica del hombre. Su orientación individualista no concedía importancia a la calidad de las relaciones del hombre con los demás y con su entorno material. Ahora bien: cada vez parece más evidente que lo somático y lo psíquico se hallan estrechamente unidos en el hombre, que muchos sufrimientos corporales se deben a tensiones psíquicas, a un problema de relaciones o a condiciones de vida desfavorables. Por otra parte, la locura se fue convirtiendo poco a poco en enfermedad mental: el hombre puede verse afectado tanto en su mente como en su cuerpo, y las consecuencias no son ni menos graves ni menos dolorosas. También comenzó a difundirse la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, que consideraba la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social». Tal definición tenía la ventaja de subrayar el carácter pluridimensional de la salud.

Con todo, esta concepción seguía siendo estática. Y en los países desarrollados, sobre todo por influencia de la generalización de la protección social, nació simultáneamente el concepto de derecho a la salud, que implicaba el deber de la sociedad de poner a disposición del individuo todos los recursos de las instituciones sanitarias y sociales. Más que un problema personal, la salud se convertía en objeto de técnicas sometidas al control y a la responsabilidad de la sociedad.

La exclusión del sujeto humano y la «expropiación de la salud» fueron muy criticadas, pues, un hombre exento de sufrimiento, pero alienado en su responsabilidad, y que debe acudir constantemente a otro para tomar las decisiones relacionadas con su cuerpo y con su espíritu, ¿puede ser un modelo de hombre sano?, ¿por qué enfrentar salud y enfermedad como si fueran dos conceptos absolutamente contradictorios? Ya en 1954, B. Häring afirmaba: «Es restringir demasiado el concepto de salud el limitarlo a «poder trabajar» o a «poder entregarse a cualquier ocupación». Es también insuficiente, además de peligroso, el definirla por el aspecto simplemente biológico, diciendo, por ejemplo, que es el estar libre de dolores y rebosante de fuerza vital. Porque, efectivamente, pueden presentarse casos en que, disfrutando de la salud así descrita, existan graves desmedros que pongan en tela de juicio la salud del hombre como ser integrado de cuerpo y espíritu. La salud no puede definirse atendiendo sólo al cuerpo; hay que tomar en consideración al hombre entero»¹⁶.

Así, un diabético con problemas en el páncreas, pero que, con ayuda de los médicos, consiga equilibrar su diabetes, para luego ocuparse él mismo de su propio tratamiento y llevar una vida tan activa como antes, es ciertamente un enfermo, pero no sólo eso. El dinamismo con que se adapta a la deficiencia de uno de sus órganos, ¿no es un signo de

¹⁶B. Häring. *La ley de Cristo II* (4.ª Ed.). Barcelona: Herder, 1965.

salud más significativo que el bienestar físico» de muchas otras personas? Igualmente, los minusválidos cuentan con numerosas limitaciones en sus posibilidades de desplazarse, de actuar y de entrar en relación con otro. Pero mientras que, en las mismas circunstancias, unos se dejan caer en un estado de dependencia total; otros desarrollan capacidades insospechadas y reconquistan una autonomía que les permite ejercer un dominio real sobre su propia vida y sobre el mundo. Medir la salud sólo por el grado de la minusvalía no explicaría las situaciones radicalmente diferentes en que se encuentran estos dos tipos de personas.

Cuando se reflexiona sobre la salud es preciso reconocer que es propia de un sujeto humano, en lo que éste tiene de específico y único, por encima de todos los análisis objetivos que se puedan hacer. Lo demuestran curaciones que asombran a los mismos médicos: algunos enfermos demuestran una voluntad de vivir y una capacidad de movilizar todos los recursos de su cuerpo y de su psiquismo, que multiplican la eficacia de la ayuda exterior que les presta la medicina. Su curación se debe a que, dentro de su enfermedad, conservan un elevado grado de salud humana.

Pero ningún sujeto humano existe al margen de un entorno familiar, cultural, profesional, político y material. El mismo hombre que demuestra gran capacidad de autonomía, de relación y de acción en un medio determinado, puede encontrarse anonadado en otro entorno. La patología somática y psíquica de la emigración constituye un triste ejemplo.

La actual reflexión sobre la salud insiste, pues, en la relación del sujeto humano, en lo que éste tiene de particular, con su entorno material y humano: La salud es la capacidad de realizar eficazmente las funciones requeridas en un medio dado, y como este medio no deja de evolucionar, la salud es un proceso de adaptación continua a múltiples microbios, contaminaciones, tensiones y problemas a los que debe enfrentarse diariamente el hombre. Pero el sujeto humano está también en constante evolución. La salud es la capacidad de adaptarse a un entorno que cambia; capacidad de crecer, de envejecer, de sanar, a veces con sufrimientos inevitables; y, finalmente, de esperar la muerte en paz¹⁷.

El marco cultural y social de nuestros días, según Laín Entralgo¹⁸, tendría ante la salud las siguientes características:

- Una concepción más amplia y una estimación más profunda de la salud. La hoy tópica y todavía utópica definición de la OMS —con su idea de que el hombre sano debe gozar de un completo bienestar físico, mental y social— es tal vez la mejor prueba de

¹⁷ Cf. P. Verspieren. *Vida, salud y Muerte*. En *Iniciación a la práctica de la Teología IV*. Madrid: Cristiandad, 1985.

¹⁸ Para ver el concepto de salud, Laín aporta diferentes criterios objetivos y subjetivos para definir en qué consiste. Cf. P. Laín Entralgo. ¿Qué es la salud? *Jano*, 1988; 35, 123-126.

ello. Como augur de nuestro tiempo y del que tras él venteamos, Nietzsche postuló la creación de una sociedad en la cual la salud llegue a ser «un decir sí al carácter total de la vida» y «el reino de una *physis* transfigurada».

- La concepción en términos de derecho y no en términos de don recibido —derecho a la salud, derecho a una asistencia médica bien cualificada— de la natural aspiración del hombre a estar sano y, al mismo tiempo, la universalización o planetarización de tal actitud, sólo occidental y minoritaria a comienzos de nuestro siglo.
- Una confianza ilimitada, a veces mítica, en el poder de la ciencia y la técnica médicas.
- La general «no-resignación» ante dolencias o trastornos que por su real o aparente levedad antes no movían a buscar ayuda técnica y, en consecuencia, un enorme incremento de la automedicación.
- Una vivísima preocupación de la sociedad por salvar y rehabilitar vidas humanas.
- Como reverso de todas las notas anteriores, pero formando cuerpo con ellas, la frecuencia con que el hombre actual, impulsado por el hedonismo, el fanatismo o la desesperación, tres consecuencias de la «vivencia de la crisis como hábito» antes mencionada, quiere y reclama su salud para destruirla: «¡Ninguna dicha te iguala, oh salud!», rezaba en 1911 el frontispicio de la Exposición de higiene de Dresde. «Puesto que eres mía, te gozo o te destruyo», dicen a la salud tantos hombres de hoy. Lo cual, como es obvio, condiciona la actitud de esos hombres ante el hecho y la experiencia de la enfermedad.

La segunda nota que subraya Lain es del todo sugerente: la salud es considerada más un derecho que un don. Una sociedad y una cultura que plantean las cuestiones con respecto a la salud en clave de derechos que provocan, por ejemplo, muchos de los problemas relacionados con la distribución de recursos sanitarios. Si, además, la salud «es el estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia», según la OMS; y esta concepción es un derecho, el conflicto se amplía aún más. «A mi modo de ver —afirma Lain—, tal definición es a la vez falsa y utópica, y así creo haberlo demostrado.» Por mi parte, estudio la realidad de la salud humana según los tres principales criterios con que puede ser entendida: el objetivo, el subjetivo y el socio-cultural, y propongo una concepción de ella material y formalmente humana. Así entendido, tal es el estado del hombre en tanto que sano y, puesto que la posibilidad de enfermar pertenece por esencia a nuestra naturaleza, en tanto que enfermable... Siguiendo mi parecer, la enfermedad, la reacción autorreparadora a un accidente lesivo, se realiza singularmente en la estructura humana atendiendo a cuatro rasgos principales: la enfermedad es en el hombre realidad sensible y cognoscible, episodio biográfico, fuente de acción creadora y objeto de apropiación. Porque las dos notas más propias de la singularidad del hombre, la inteligencia como aprehensión de realidad y la libertad de

opción y de creación, no son y no pueden ser ajenas ni a la posibilidad ni al hecho de enfermar. A tales rasgos se atiene la definición de la enfermedad humana que yo propongo: «es un modo afflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo psico-orgánicamente determinada; alteración por obra de la cual padecen las funciones y acciones vitales del individuo enfermo, y reacción en cuya virtud el enfermo vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal) o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal) ¹⁹».

No es solamente del estudio del cuerpo de donde puede sacarse la definición de salud, sino de la consideración de toda la persona en su vocación global y en su destino final. La verdadera salud guarda una estrecha relación con la autorrealización de la persona humana. Un concepto de salud puramente fisiológico, es decir, entendida como ausencia de dolor y como vitalidad exuberante, es un concepto demasiado limitado y peligroso. Por esto algunos han definido la salud como «la posesión o apropiación por parte del hombre de su propio cuerpo ²⁰». Salud es igual a posesión o apropiación del cuerpo, y enfermedad es igual a desposesión o expropiación de nuestro cuerpo. La mayor desposesión y expropiación la constituye, sin duda, la muerte.

EL MARCO DE LA POLÍTICA EN LA GESTIÓN DE LO PRIVADO Y DE LO ÍNTIMO

Para entender el papel de la política en la salud sexual y reproductiva es imprescindible vincularla a los cambios operados desde las visiones liberales ²¹. Estos acaban redefiniendo dos ámbitos fundamentales: de una parte, el ámbito de la intimidad individual; de otra, el de la privacidad familiar ²². Ello permite entender porqué las revoluciones liberales y democráticas no sólo traen como consecuencia una nueva idea del individuo, sino también de la familia. Esta deja de ser sólo la unidad económica de producción y reproducción, para convertirse en el lugar donde se cultivan las relaciones afectivas de los esposos entre sí y de éstos con sus hijos. Aparecen así el espacio íntimo o individual y el espacio privado o familiar, frente al espacio público. Se da de esta forma la mudanza de los intereses de la esfera pública a la privada, dejando solo en la esfera social reservada a la ámbito del trabajo ²³. Como indica J. García Roca: «Al delimitar dos zonas específicas, con sus respectivos dominios, se engendraban unas libertades nuevas en cada uno de ellos:

¹⁹ P. Laín Entralgo. *Hacia la recta final*. Madrid: Galaxia Gutenberg, 1998.

²⁰ D. Gracia. *Introducción a la Bioética*. Santa Fe de Bogotá: Ed. El Búho, 1991.

²¹ Cf. H. Béjar. La génesis de la «privacidad» en el pensamiento liberal. *Sistema* 76, 1987; 59-72; Alarcos FJ. *Para vivir la ética en la vida pública*. Estella: Verbo Divino, 2000.

²² Cf. H. Béjar. *El ámbito íntimo. Privacidad, individualismo y modernidad*. Madrid, 1988.

²³ Cf. H. Béjar. *La cultura del yo*. Madrid, 1993.

amanecía una zona que pertenecía a la decisión particular de cada cual, y se creaba la esfera de la libertad individual, el espacio familiar y la intimidad. Sin este muro no habría sido posible la libertad sexual ni el mundo de la amistad, ni siquiera el hogar, donde se pueden leer libros, caminar en zapatillas o cultivar el jardín sin vigilancia alguna ni castigos por parte de lo público²⁴.

Espacio público tiene aquí dos sentidos. En primer lugar, espacio común, anónimo; en segundo, espacio estatal. Para Habermas: «La idea de espacio público designa un territorio de nuestra vida social donde puede formarse algo así como una opinión pública. Por lo general, todos los ciudadanos pueden tener acceso a este territorio. Una parte del espacio público se constituye con cada conversación entre individuos, cuando abandonan su vida privada y se interesan por cosas comunes, es decir, públicas. En ese momento se comportan, por ejemplo, no como comerciantes ni como profesionales que dirimen sus asuntos privados ni tampoco como personas jurídicas que se someten a los códigos legales de la burocracia estatal. Los ciudadanos se comportan como un público cuando, y sólo cuando «sin que nadie los obligue, es decir, bajo la garantía de reunirse libremente» puedan expresar y publicar su opinión sobre asuntos del interés común. El espacio público político se constituye cuando las discusiones públicas se refieren a la vida y el desempeño del Estado²⁵». Idea que recoge José María Mardones al definir la política como el ámbito de lo público: «La política es el espacio de lo público». Y es fácil ver que esta característica significa que se constituye un espacio de todos, que interesa a todos, que afecta a todos y al que se someten todos²⁶.

Lo público constaría de tres niveles: en primer lugar, con la forma de lo exterior, de lo visible. El espacio público es el lugar expuesto a la vista de todos, donde todos se reúnen, hablan y discuten abiertamente. Es el *ágora*, o plaza pública, de los ciudadanos griegos. Esta exterioridad y visibilidad es la condición de posibilidad de un ejercicio público, abierto, de la razón. En la plaza pública se habla y se pretende hablar de lo que concierne a todos y se puede mantener frente a todos, porque se apela a la razón de todos. Hablar de la política como espacio público significa también que nos hallamos en el espacio de lo accesible a todos, participable por todos y transparente para todos. Al menos, la lógica de lo público postula estas cualidades, tan difíciles de realizar en la práctica de la actividad política. Pero retengamos que el principio que posteriormente —en la Edad moderna— se llamara de la «publicidad» tiene aquí su base. En principio, el espacio público, el espacio de la política, es el lugar donde todos pueden intervenir y donde las acciones se realizan de modo que todos puedan ver y oír lo que allí sucede. El espacio público

²⁴ J. García Roca. *Contra la exclusión*. Santander, 1995.

²⁵ J. Habermas. Öffentlichkeit (ein Lexiconartikel) Fischer Lexicon. *Staat und Politik*, 1964; 220.

²⁶ J. M. Mardones. *Fe y política*. Santander, 1993.

habla, en tercer lugar, de un ámbito de vida y comportamiento comunes con dimensiones normativas. La política, desde este punto de vista, muestra claramente la dimensión coercitiva que, según E. Durkheim, presenta todo lo social. Hay normas, leyes, reglas de juego, que no se pueden saltar a la torera. Hay que actuar respetando esas formas, dadas para el buen funcionamiento de la actividad en la plaza pública. El espacio público es un terreno acotado, regulado y, por ello, apto para su buen uso en favor de los intereses colectivos.

Frente al espacio público de la política se alza el territorio acotado de lo privado. Es el mundo de las relaciones interpersonales, del encuentro cara a cara, de lo íntimo y familiar; el ámbito de lo que está oculto al exterior, que nos protege contra la intromisión de los otros. Para Mardones: «Público y privado son dos ámbitos que —aunque varíen sus límites, según la época, la cultura, la tradición y las prácticas sociales— no deben estar enfrentados. Ambos tienen su razón de ser, como muestra su reconocimiento generalizado en los códigos jurídicos de Occidente. Lo peligroso es presentarlos como enemigos en disputa de un mismo territorio que se ensancha o se reduce, según los afanes imperialistas de uno u otro²⁷».

La privacidad y la intimidad son parcelas que se ganan no tanto a la sociedad como al Estado. El Estado que no respeta las libertades privadas es inmoral, y por eso los liberales «hacen de la privacidad el bastión de la moralidad y convierten el respeto a la misma en el criterio que juzga la bondad y la justicia de la esfera pública²⁸». De este modo, la dicotomía privado/público va, poco a poco, cargándose de contenidos también dicotómicos; así, individual/colectivo, autónomo/heterónimo, sagrado/profano, femenino/masculino, cerrado/abierto. Lo privado es el ámbito de lo individual, autónomo, sagrado, cerrado, en tanto que lo público es heterónimo, colectivo, profano, abierto. Cabe decir también que todas estas determinaciones hacen de lo privado algo éticamente positivo, y de lo público algo éticamente negativo. La razón es muy clara, y ya la explicitó Max Weber: la moral privada está basada en principios deontológicos; y es, por tanto, una «moral de la convicción», en tanto que la pública se rige por criterios puramente teleológicos, y es por ello una «moral de la responsabilidad». Ambas son perfectamente respetables, pero el máximo prestigio moral en este contexto lo ostentan las convicciones²⁹.

²⁷ Ibid, 27.

²⁸ H. Béjar. *El ámbito íntimo...* o.c., 80.

²⁹ Cf. A. Cortina. *Razón comunicativa y responsabilidad solidaria*. Salamanca, 1995, 87-199.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aranguren L. *La situación de los valores éticos*. Madrid: Instituto Fe y Secularidad/Fundación Friedrich Ebert, 1985.
2. Cf. Zubiri X. *Naturaleza, Historia, Dios*. Madrid: Alianza, 1987.
3. Cf. Laín Entralgo P. *Historia de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1979.
4. Cf. Ricoeur P. *Finitud y culpabilidad*. Madrid: Taurus, 1982.
5. Háring B. *La ley de Cristo II* (4.ª Ed.). Barcelona: Herder, 1965.
6. Cf. Verspieren P. Vida, salud y Muerte. En *Iniciación a la práctica de la Teología IV*. Madrid: Cristiandad, 1985.
7. Laín Entralgo P. *Hacia la recta final*. Madrid: Galaxia Gutenberg, 1998.
8. Alarcos FJ. *Para vivir la ética en la vida pública*. Estella: Verbo Divino, 2000.

DERECHOS HUMANOS EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

María Lourdes Vargas Escobar

Jurista nicaragüense, Miembro del Centro de Derechos constitucionales «Carlos Núñez Téllez» de Managua, Nicaragua

INTRODUCCIÓN

El tema de derechos humanos: derechos sexuales y reproductivos que me corresponde exponer, como suele suceder, es un tema muy amplio, por lo que solamente haré una breve introducción de los derechos humanos (DDHH) para poder tratar con mayor detenimiento los derechos sexuales y reproductivos.

Me conformo con sintetizar en un párrafo qué son los DDHH: los derechos humanos son una propuesta ética, que expresa la sensibilidad y la inteligencia humana. O como dicen José Antonio Marina y María de la Válgoma en su precioso libro *La lucha por la dignidad: «los derechos humanos son un proyecto de la inteligencia, una ficción ética que esperamos que se haga realidad»*¹. Y para explicarles su fundamento, haré referencia a dos documentos históricos: la Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano (1789) y la Declaración universal de los derechos humanos (1948).

Los DDHH se fundamentan en el artículo primero de la Declaración de 1789 que dice: «los hombres nacen libres e iguales en derechos y las distancias sociales no pueden fundarse más que en la utilidad común», y en la Declaración de 1948 que en su artículo primero dice: «todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.»

En ambas declaraciones se sostiene que los DDHH son derechos esenciales del ser humano «no nacen del hecho de ser nacionales de determinado Estado, sino que tienen como fundamento los atributos de la persona humana»².

¹ José Antonio Marina y María de la Válgoma, *La lucha por la dignidad: Teoría de la Felicidad Política*. Anagrama, Colección Argumentos, 2000, Barcelona, pp. 229 y 230.

² En el Sistema Interamericano de DDHH, la Resolución XXX de la Conferencia Interamericana, por la que se adopta la Declaración Americana de Derechos Humanos y Deberes del Hombre (DADDH) en 1948. Instituto Americano de DDHH.

Los derechos humanos deben ser entendidos como los que todas las personas poseen y deben disfrutar por el solo hecho de ser humanas. Se fundamentan en la dignidad inherente al ser humano.

Sin embargo, el concepto de DDHH estuvo limitado a la relación «Individuo-Estado» y a las violaciones ocurridas en el ámbito público. Por eso, durante años, la violencia doméstica y sexual contra las mujeres no se consideraba como una violación de los derechos humanos. Pero debido a la acción de las mujeres, las normas internacionales han incorporado la protección de los derechos, cuya satisfacción debe exigirse tanto al Estado como a los particulares, ocurra ésta en el ámbito público o en el privado. En cuanto a lo relativo al sujeto de los derechos humanos, el sujeto es un varón y más recientemente se hace referencia al ser humano. Sólo que este concepto estaba fuertemente asociado una imagen de ser humano: varón, occidental, adulto, heterosexual y dueño de un patrimonio. Lo que ha llevado a excluir, restringir o hacer inefectivos los derechos de las mujeres, indígenas, homosexuales, niños, niñas, personas ancianas, personas con discapacidades, personas viviendo en condiciones de extrema pobreza y otros grupos.

Es evidente que en la primera la Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano (1789) se refiere al hombre, al ciudadano masculino. Las mujeres estuvieron excluidas de esta Declaración, aunque las mujeres no faltaron a ninguna cita histórica durante el período revolucionario³, puesto que hicieron oír su voz ante los representantes de los Estados generales a través de los «cuadernos de quejas». Y Olimpia de Gouge toma como modelo la misma Declaración, y escribe la Declaración de los derechos de la mujer y la ciudadana, que presenta ella misma ante la Asamblea nacional francesa hace dos siglos. Ella muere en la guillotina.

En la segunda Declaración universal de los derechos humanos (1948), aunque se refiere ya a los derechos humanos, el sujeto sigue siendo el hombre blanco, las mujeres no están incluidas. En los años más recientes, diversos grupos de mujeres de todas partes del mundo hemos continuado la tarea de promover la aceptación y vigencia de nuestros derechos y libertades fundamentales, aportando, por diferentes vías y medios, a una nueva conceptualización global de los DDHH.

Una de las organizaciones más beligerantes ha sido el Comité de América Latina y el Caribe para la defensa de los derechos de la mujer (CLADEM), que asumió el reto de contribuir a esta tarea. Tomando como base el proyecto de Declaración de los derechos humanos de las mujeres, que redactamos en diciembre de 1992 en San José de Costa Rica, un documento que contiene las principales propuestas que, desde el movimiento de mujeres con perspectiva de género, se estima que podrían haberse recogido con

³ Revolución Francesa.

ocasión del 50 aniversario de la Declaración universal de derechos humanos, en diciembre de 1988.

Avances hemos tenido. En la Conferencia mundial de derechos humanos (Viena 1993), se incorpora al Programa de acción los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Los DDHH de las mujeres y de las niñas son declarados como partes inalienables, integrales e indivisibles de los derechos humanos universales. Y es más, la violencia contra las mujeres y todas las formas de acoso y explotación sexuales, son declaradas incompatibles con la dignidad de la persona humana y se pide su eliminación.

Se vencen así prejuicios importantes, que persistían en el aspecto teórico, acerca de que el Estado responda por violaciones de los derechos humanos ocurridas en el ámbito privado y también en que se considere a las mujeres y a las niñas como sujetos de los derechos humanos y no solamente al hombre.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: CONCEPTO

Los derechos sexuales y reproductivos se pueden resumir en una frase: toda persona tiene derecho a decidir con quién, cuándo y cómo tiene, o no, hijos y relaciones sexuales. Son los derechos que garantizan la libre decisión sobre la manera de vivir el propio cuerpo en las esferas sexual y reproductiva.

1) Los derechos sexuales⁴: incluye el derecho humano de la mujer a tener control respecto a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente sin verse sometida a coerción, discriminación o violencia.

Suponen unas relaciones sexuales igualitarias entre mujeres y hombres, que garantizan el pleno respeto a la integridad de la persona y el consentimiento mutuo, asumiendo de forma compartida las responsabilidades y consecuencias de su comportamiento sexual.

2) Los derechos reproductivos: son ciertos derechos humanos ya reconocidos en tratados y documentos internacionales y otros todavía no reconocidos. Entre ellos:

- El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello.
- El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.
- El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción o violencia.

⁴Plataforma para la Acción, Párrafo 96, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing (China), septiembre 1995, Gabinete de Relaciones Internacionales del Instituto de la Mujer, 1996.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS: DERECHOS BÁSICOS

La salud sexual⁵: que se refiere al mejoramiento de la vida y de de las relaciones personales. Por esto, los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y a la atención en materia de reproducción y enfermedades de transmisión sexual.

La salud reproductiva: entendida como un estado de bienestar general físico, mental y social, y no la mera ausencia de enfermedad o dolencias, en torno a los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. En consecuencia: «La salud reproductiva implica la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, la capacidad de reproducirse, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícita el derecho de mujeres y hombres a obtener información y a tener acceso a unos métodos de planificación familiar de su elección que sean seguros, eficaces, asequibles y aceptables, así como a otros métodos que consideren para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y el derecho a recibir servicios adecuados de atención a la salud que faciliten a las mujeres embarazos y partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijas e hijos sanos⁶.»

¿De dónde viene el término «derechos reproductivos»? Este término aparece en el siglo pasado para designar al conjunto de derechos humanos que tienen que ver con la salud reproductiva y, más ampliamente, con todos los derechos humanos que inciden sobre la reproducción humana, así como aquellos que afectan al binomio población-desarrollo sostenible.

Si bien estos derechos no se han hecho explícitos como tales en ningún instrumento legal internacional de derechos humanos, muchos de ellos están dispersos en todos, por lo que se puede afirmar que la mayoría de los derechos reproductivos sí están reconocidos internacionalmente y son jurídicamente vinculantes.

Podemos entonces afirmar que los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el derecho internacional de los derechos humanos son el resultado de una serie de derechos civiles, políticos, sociales, culturales y económicos: el derecho a la salud, a la salud sexual y la salud reproductiva, el derecho a la planificación familiar, el derecho a decidir el número de hijos y el espaciamiento de los nacimientos; el derecho a casarse y a construir una

⁵Plataforma para la Acción, Párrafo 94, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing (China), septiembre 1995, Gabinete de Relaciones Internacionales del Instituto de la Mujer, 1996.

⁶Plataforma para la Acción, Párrafo 94, IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres Beijing (China), septiembre 1995, Gabinete de Relaciones Internacionales del Instituto Andaluz de la Mujer, 1996.

familia; el derecho a la vida, a la libertad, integridad y a la seguridad; el derecho a no ser discriminada por cuestiones de género; el derecho a no ser agredida ni explotada sexualmente; el derecho a no ser sometida a tortura ni a otro tipo de castigos o de tratamientos crueles, inhumanos o degradantes; el derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer; el derecho a la privacidad; el derecho a la intimidad; el derecho a disfrutar del progreso científico y a dar el consentimiento para ser objeto de experimentación.

1. El derecho al aborto como derecho reproductivo⁷ es uno de los derechos más controvertidos en nuestra región. No está claramente definido en las leyes nacionales de Latinoamérica, aunque en algunos casos se han incorporado nuevos supuestos de excepción de punición, como el «aborto por violación»⁸ y el «aborto terapéutico», y en otros se han disminuido las penas. Aun así, no es posible afirmar que existe una tendencia a flexibilizar la penalización del aborto y que se esté abriendo camino para su despenalización. Al contrario, hay una corriente bastante fuerte que se expresa, por ejemplo, en la tendencia a atribuir vida humana desde la concepción y la protección al embrión desde ese momento, lo que se convierte además de un obstáculo para la despenalización del aborto, en el impulso de un movimiento que pretende hacer retroceder lo que ya se ha avanzado hasta este momento.

1.1. El derecho al aborto como derecho a decidir sobre nosotras mismas. Tener el derecho a abortar no significa tener la obligación de hacerlo, el derecho al aborto es un poder de actuar y de decidir.

Me parece muy respetable que miles de personas estén en contra del aborto en sus vidas privadas, lo que me resulta inaceptable es cuando quieren imponer sus propias creencias a miles de mujeres, arrebatándoles el derecho a decidir si usan anticonceptivos o no, si abortan o no.

La clase dirigente de nuestros países vive en la contradicción de mantener la penalización del aborto y al mismo tiempo tener que disminuir, hasta eliminar, el aborto clandestino como causa de muerte entre las mujeres⁹.

⁷ Diagnóstico elaborado por CLADEM, como aporte a la campaña para una CONVENCION INTERAMERICANA SOBRE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS. www.convencion.org.uy

⁸ En Nicaragua no se acepta el aborto por violación.

⁹ Es su compromiso con Naciones Unidas.

Base para el reconocimiento y protección de estos derechos: tratados de derechos humanos y documentos internacionales

1. Instrumentos internacionales del sistema de las Naciones Unidas y del Sistema Interamericano que son la base para estos derechos:

- Declaración universal de derechos humanos (Declaración universal).
- Pacto internacional de derechos civiles y políticos.
- Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales.
- Convención sobre los derechos del niño.
- Convención americana de derechos humanos.
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación en contra de la mujer (Convención de la mujer).
- Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belem do Pará). Este es el único instrumento internacional que trata expresamente el problema de la violencia a las mujeres.

1.1. Importancia de la Convención de la mujer

La Convención consigna que los Estados partes deben tomar todas las medidas necesarias para garantizar que la mujer tenga «los mismos derechos para decidir libre y responsablemente el número de hijos y el espaciamiento entre ellos, y a tener acceso a la información, a la educación, y a los medios que le permitan ejercer estos derechos» en todos los asuntos relacionados con el matrimonio y las relaciones familiares (art.16). Por consiguiente, el Estado debe eliminar la discriminación contra la mujer en el campo del cuidado de la salud con el fin de garantizar «el acceso a los servicios para el cuidado de la salud incluyendo aquellos relacionados con la planificación familiar» (art.12). También los Estados que ratificaron esta Convención tienen la obligación de «prevenir la discriminación contra la mujer sobre la base del matrimonio o de la maternidad... garantizando su derecho efectivo al trabajo» (art. 11.2). Debe prohibir los despidos por causa de embarazo o de licencia de maternidad, que la licencia por maternidad sea pagada y fomentar el suministro de servicios sociales de apoyo en estas áreas para permitir que los padres combinen las obligaciones familiares con las responsabilidades de trabajo y con la participación en la vida pública. El Estado debe adoptar medidas para garantizar que la mujer tenga «acceso a una información educativa específica que le ayude a garantizar la salud y el bienestar de la familia, incluyendo información y asesoría sobre planificación familiar (art.10) y, que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social» (art.10)¹⁰.

¹⁰ Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, Publicación de UNICEF-NICARAGUA el 8 de marzo DÍA INTERNACIONAL DE LA MUJER -1994.

1.1.1. Protocolo facultativo. La aprobación de la Convención hace 23 años fue una conquista importante para las mujeres. Y ha costado más de siete años de trabajo del movimiento feminista para conseguir la aprobación del «protocolo facultativo», instrumento que ha dado fuerza y efectividad a la Convención, porque establece procedimientos de denuncia e investigación sobre eventuales incumplimientos por parte de los Estados.

La dificultad está en que, para la entrada en vigor del «protocolo facultativo», debe pasar por la aprobación y ratificación de los poderes legislativos y ejecutivos a nivel nacional. En varios países de la región la Iglesia Católica ha hecho oposición al «protocolo facultativo», uno de esos países es Nicaragua.

2. Documentos internacionales aprobados por consenso que se refieren a estos derechos:

2.1. En la Conferencia mundial de derechos humanos, (Viena 1993): se sostuvo que los derechos sexuales de la mujer son derechos humanos.

2.2. La Conferencia mundial sobre población y desarrollo, (El Cairo 1994): Programa de acción de El Cairo: fue la primera conferencia internacional que definió el término de derechos reproductivos, además se definió la salud reproductiva (tal y como aparece en esta ponencia). Y enumera los componentes en los cuales se basan esos derechos: «decisión libre y responsable sobre cuándo y cuántos hijos tener, disponiendo de la información necesaria sin sufrir discriminación, coacción o violencia» (párrafo 7.3).

2.3. La IV Conferencia mundial sobre las mujeres, (Beijing 1995): en la Plataforma para la acción, en el tema referido a la salud, recoge el concepto de «salud reproductiva» (párrafo 94) del Programa de acción de El Cairo y define «los derechos sexuales» (tal como aparece en la definición de esta ponencia). Habla explícitamente de la gravidez indeseada y recomienda servicios seguros en los casos permitidos: «Las mujeres que sufren embarazos no deseados deberán tener fácil acceso a una información veraz y a un asesoramiento comprensivo [...] En aquellos casos en los que el aborto no sea contrario a la ley, los abortos deberán realizarse en condiciones de seguridad» (párrafo 106 K).

También se refiere a los embarazos no deseados como efecto de la violencia sexual y sexista. Reafirma el texto de Viena sobre gravidez indeseada como efecto de la violencia sexual y sexista, enumerando el embarazo forzado como violación de los derechos humanos fundamentales y del derecho humanitario internacional (párrafos 132, 135,145c y145e; 114).

2.4. Estatuto de la Corte penal internacional, (Roma 1998): en el Estatuto de Roma se define y codifica por primera vez en el derecho internacional penal: la violación; la

esclavitud sexual; la prostitución forzada; el embarazo forzado; la esterilización forzada y otras formas de violencia sexual como crímenes contra la humanidad y como crímenes de guerra. El Estatuto de Roma determina que la violación y otros delitos reproductivos y sexuales están al mismo nivel que los crímenes internacionales más atroces, constitutivos en muchos casos de tortura y genocidio. Además reconoce, por primera vez, que las violaciones a la autodeterminación reproductiva de las mujeres —tanto el embarazo forzado como la esterilización forzada— constituyen crímenes muy graves de acuerdo con el Derecho internacional humanitario.

Limitaciones y obstáculos para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos

1. La tradición cultural latinoamericana: esta tradición incluye favores sexuales en las distintas formas de dominación, desde la figura del llamado «débito conyugal» que es la obligación de prestar servicios sexuales al cónyuge o al compañero de vida hasta la práctica cotidiana y silenciosa del abuso sexual a niñas y niños, en la mayoría de los casos perpetuados por familiares o conocidos. También otras relaciones de poder donde se exige prestación de servicios sexuales, como es el caso de la empleada doméstica o el acoso sexual en el ámbito laboral. Además la violencia sexual en el asalto callejero, como arma de guerra en los conflictos armados, así como las violaciones en las cárceles. Esta violencia de género limita el derecho de las mujeres y de las personas indefensas a decidir sobre su propio cuerpo.
2. La discriminación por orientación sexual y por la forma de unión de la pareja: en nuestra cultura, el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y la reproducción —aunque como hemos visto se ejerce de forma limitada— ha sido un derecho de las parejas heterosexuales casadas. Las demás personas sufren discriminación de hecho y de derecho por su situación marital; orientación y preferencias sexuales; por su edad; por su discapacidad, y por estar en situación de reclusión.
3. La pobreza: frente a la libertad formal, consignada en nuestras constituciones, nos encontramos en la realidad con la ausencia de esta libertad. Por la falta de libertad material que implica la pobreza a la que están sometidas la mayoría de las mujeres en nuestros países (porque el 70% o más de los pobres latinoamericanos son mujeres). Esta pobreza se traduce en la falta de una alimentación adecuada; la mala calidad de los servicios médicos; la falta de cobertura de la seguridad social; la ausencia de métodos de planificación familiar, y la desprotección de la mujer embarazada y de los niños por parte del Estado, entre otras cosas.

4. La fuerte presencia de la Iglesia Católica: con su constante activismo contra el aborto y contra los métodos de planificación familiar —incluyendo el condón para prevenir el sida— ha restringido efectivamente la posibilidad de las personas de controlar su propia reproducción y su salud sexual. El ver la sexualidad como algo pecaminoso o, en el mejor de los casos, el silencio en torno a la sexualidad, convierten en tabú hablar de temas relacionados con la salud sexual, como es la protección contra infecciones de transmisión sexual.

En fin, que el punto de vista de la jerarquía de la Iglesia Católica afecta tanto a las personas católicas que están de acuerdo con el sector conservador, como a los católicos que no comparten este pensamiento, y como a las personas que no pertenecen a esta Iglesia ¹¹.

Desde la Conferencia mundial sobre población y desarrollo (El Cairo 1994) y la IV Conferencia mundial sobre la mujer (Beijing 1995), la Iglesia como Estado, se manifestó como un sujeto político relevante en asuntos de trascendencia nacional e internacional. Los temas en discusión eran los derechos de las mujeres, la sexualidad, la salud reproductiva y las políticas de población. El Vaticano, junto con musulmanes conservadores y la derecha cristiana, explicitaron sus acuerdos para poder conservar ideas sobre género, sexualidad y reproducción basadas en principios religiosos ampliamente rechazados aun por los creyentes.

Requisitos básicos para la defensa de los derechos sexuales y reproductivos

Para sociedades como las latinoamericanas, sociedades muy patriarcales, las relaciones hombre-mujer están marcadas por las desigualdades tanto en la vida pública como privada. A las mujeres se nos ha educado en la creencia de que nuestro valor se vincula con el de los hombres que hay en nuestras vidas: padre, hermanos, maridos o hijos, y nuestra autoestima está relacionada con la satisfacción de las necesidades y los deseos de los otros, o a sentirse culpables cuando se actúa con autonomía.

La maternidad, particularmente para las mujeres campesinas e indígenas, se convierte en su destino inevitable y en muchísimos casos en acontecimientos no controlados por ellas. En cambio, la paternidad es fecundar a una mujer —no es asumir sus responsabilidades como padre— y es parte de la identidad masculina. Es común en los sectores con bajo nivel educativo, escuchar a los hombres decir con orgullo: «me tiene 6 hijos». «Me tiene», no dicen «tengo», porque no se ocupan de ellos.

¹¹ En el continente americano 421.2 millones de personas son católicas, mientras que en Europa hay 287.5 millones, en Oceanía 7.7 millones, en África 102.9 millones y en Asia 96.7 millones. En Sudamérica viven 272.6 millones de católicas y católicos, pero es un área donde la Iglesia ha sufrido un decremento ente 1976 y 1994 de un 91% al 88%, mientras que en Centroamérica y Norteamérica el crecimiento se ha estancado y en África se ha duplicado la cifra de creyentes.

También son sociedades en las que, como les contaba en el punto anterior, la jerarquía de la Iglesia católica ha jugado y sigue jugando un papel fundamental en la vida política de nuestros países, con el consiguiente daño para sus sistemas democráticos y, en especial, para las mujeres.

Considero que, para que los derechos sexuales y reproductivos se respeten es necesario alcanzar dos requisitos básicos:

- Transformar la «idealización de la maternidad», por una maternidad libremente elegida.
- El respeto del precepto constitucional que consagra el carácter laico del Estado ¹².

1. Idealización de la maternidad: existe la creencia religiosa tradicional y digo tradicional porque también hay que reconocer que en América Latina existe el movimiento de la teología de la liberación con planteamientos progresistas de que «somos instrumentos de Dios y Él es quien nos da o quita la vida». Es el fundamento de la actitud negativa del Vaticano a que las personas tomen decisiones sobre su vida reproductiva. Por eso, el Papa pretende impedir no sólo el uso de anticonceptivos sino cualquier intervención humana, sea ésta la fecundación in vitro o la interrupción voluntaria del embarazo.

Esta creencia religiosa es fundamento del concepto cultural de la maternidad: las mujeres deben acatar «la voluntad de Dios» y tener los hijos que les mande, lo cual también quiere decir que las mujeres no son sujetos autónomos, con capacidad para tomar decisiones. Se nos recuerda a menudo, con franca manipulación de los sentimientos religiosos de las personas más humildes y con menos educación, que la Virgen María es un ejemplo a imitar porque ella respondió al ángel de la anunciación, que le dio la noticia de que quedaría embarazada y daría luz al Hijo de Dios: «Hágase en mí según tu palabra», me viene a la memoria el comentario de una amiga muy querida: «Claro que si me mandan un ángel para pedirme que sea la madre del Hijo de Dios y, que además, sólo será un hijo..., tal vez le responda que sí. Pero no se le puede pedir a una mujer que tiene cinco hijos, o que no tiene empleo; o que la violaron; o que el marido la obligó a tener relaciones sexuales; o que no haya pensado en ser madre que diga: «Hágase en mí según tu palabra".»

Así, aprovechándose de que las creencias religiosas están entrelazadas en nuestra cultura, se exige a las mujeres que debemos cumplir con el imperativo que simboliza la femineidad: ser madre. Pero, además, con toda la carga ideológica de sumisión que conlleva: femineidad, maternidad, amor, servicio, abnegación, sacrificio. Es decir, negar nuestras necesidades, deseos y aspiraciones; una maternidad fundamentada en la negación de la mujer. Claro que hay mujeres que no creen en la jerarquía de la Iglesia Católica y que no quieren ser madres, o casos de violación y de embarazos no deseados que recurren al

¹² La Constitución de Nicaragua textualmente en su artículo 14 dice: "El Estado no tiene religión oficial"

aborto clandestino —con riesgo de sus vidas o que viven su elección con un gran sentimiento de culpa—.

Nosotras aspiramos a una maternidad vivida como una elección y no como destino «natural», impuesto. No para «negarnos», sino para enriquecernos con la experiencia del embarazo, del parto y la vivencia de cuidar a un hijo. Por ello transformar la «idealización de la maternidad» para que se deje de ver como destino, vocación, misión y verla como una maternidad voluntaria. Una decisión de amor que se vive en plenitud, pero para ello tiene que ser deseada tiene que ser realmente deseada. Por suerte, varios sectores en la sociedad se empiezan a cuestionar por qué negar el derecho a una persona adulta a tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida.

2. El Estado laico: ¿qué es un Estado laico? Se dice que un Estado es laico cuando «no admite en su régimen ni en sus actividades ninguna injerencia religiosa o clerical¹³», porque es la única manera de garantizar la libertad de conciencia, de pensamiento y de religión. Es también la manera de respetar la pluralidad de nuestras sociedades; contribuye a la vida en armonía entre las personas en una sociedad, puesto que respeta la diversidad de religiones y el derecho de los que no profesan ninguna.

Desde el punto de vista de los derechos humanos, el principio de «libertad religiosa» fue consagrado constitucionalmente en 1776 en Estados Unidos, en el artículo 19 de la Constitución estatal de Carolina del Norte: «todos los hombres son libres y tienen el derecho inalienable a rendir culto a su Dios de acuerdo con los dictados de su conciencia¹⁴.»

También cabe recordar aquí, a James Madison¹⁵, que propugnó una estricta separación entre Estado y religión. Criticó la nefasta influencia de los establecimientos eclesiásticos y de la religión en general que no ha hecho sino «levantar, en algunos casos, una tiranía espiritual sobre las ruinas de la autoridad civil¹⁶». También quiso proteger a la religión de la influencia peligrosa del apoyo estatal. Explica que tan necesaria era la separación entre Estado y religión como una exigencia de la libertad política como de la propia pureza de la religión, y su unión una contradicción teórica y práctica con la religión cristia-

¹³ Ossorio Manuel, "Diccionario de Ciencias Jurídicas, Políticas y Sociales", Editorial Heliasta S.R.L., Buenos Aires, República Argentina.

¹⁴ José Antonio Marina y María de la Valgoma, "La lucha por la dignidad: Teoría de la felicidad Política" Anagrama, Colección Argumentos, 2000, Barcelona.

¹⁵ Tuvo un papel destacado como constituyente en la elaboración en la Constitución de 1787 de los Estados Unidos, y fue invitado por Alexander Hamilton, junto a John Jay a comentar la Constitución, comentarios que fueron recogidos en el famoso libro El Federalista. Fue el cuarto presidente de los Estados Unidos entre 1809 y 1817

¹⁶ Jaime Nicolás Muñiz, "JAMES MADISON, memorial contra los impuestos para la enseñanza de la religión" Clave de Razón Práctica, Nº 137, pp.49

na. El Cristianismo exige, según Madison, la más estricta libertad religiosa pues cualquier violación de la libertad y la igualdad de todas las religiones «constituiría una ofensa contra Dios, no contra los hombres¹⁷».

La Constitución de los Estados Unidos, en el artículo primero de las primeras diez enmiendas ratificadas el 15 de diciembre 1791 dice: «El Congreso no hará ley alguna por la que adopte una religión como oficial del Estado o se prohíba practicarla libremente, o que coarte la libertad de palabra o de imprenta, o el derecho del pueblo para reunirse pacíficamente y para pedir al gobierno la reparación de agravio¹⁸».

La Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano de 1789 declara en su artículo 10: «Nadie debe ser inquietado por sus opiniones, incluso religiosas, en tanto que su manifestación no altere el orden público establecido por la Ley».

La Declaración de 1948, sigue en la misma idea en su artículo 18: «Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión».

Queda claro que no se cuestiona el derecho de cada cual a orientar o no religiosamente su vida ni a que cada cual decida de acuerdo con su propia conciencia, sino que se demanda la garantía de este derecho.

Si, las personas que reclamamos un Estado laico, cuestionamos algo. Lo que cuestionamos es que los sacerdotes y funcionarios católicos se aprovechen del peso simbólico que esta ideología tiene en nuestra cultura y expresen sus opiniones y normas como si fuera «la palabra de Dios» y que todo lo que las demás personas piensen y opinen, y que no coincida con sus puntos de vista lo condenen o descalifiquen, condenando a las personas por el simple hecho de expresar una opinión distinta a la suya.

En nuestros países la mayoría de los obispos y sacerdotes de la jerarquía eclesiástica, tienen un comportamiento autoritario e irrespetuoso; no respetan las más mínimas normas democráticas establecidas en la Constitución. No debaten las ideas con ideas, sino que juzgan y condenan cualquier pensamiento con el que ellos no comulguen. Por ejemplo, a las personas que estamos a favor de la despenalización del aborto, la respuesta de los obispos, sacerdotes y la del Papa en sus declaraciones es la equiparación del aborto con un crimen comparable al terrorismo o al nazismo. ¿Qué es lo que hacen con esta condena? Colocan a las personas que piensan lo contrario al pensamiento de la Iglesia, en la misma posición moral de grandes asesinos y así se acaba el diálogo y el respeto mutuo.

¹⁷ Jaime Nicolás Muñiz, "JAMES MADISON, memorial y manifiesto contra los impuestos para la enseñanza de la religión" *Clave de Razón Práctica*, N° 137, pp.49.

¹⁸ *El Federalista*, prólogo y versión directa de Gustavo R. Velasco, Fondo de Cultura Económica, México, 1957, pp.395.

Pero la cosa va más lejos: condenan a las personas no creyentes; y creen que si no son creyentes, no tienen espiritualidad, que moralmente son indignos de confianza y, por lo tanto, no pueden ser un líder. Así vemos que a través de los púlpitos y sermones, dirigen el voto para uno u otro candidato, de acuerdo a sus intereses. Cuando se refieren a las feministas, casi que somos consideradas representantes del diablo aquí en la tierra.

Este comportamiento resulta peligroso en la mayoría de los países Latinoamericanos, pues la jerarquía de la Iglesia Católica desempeña un papel político relevante, a pesar de estar consignado en la Constitución el carácter laico del Estado. Pero ocurre que una legisladora o legislador trate a la jerarquía católica como un interlocutor privilegiado y se le permita a través de incorporar sus propuestas en una ley, imponer su pensamiento a personas que practican otra religión o que no practican ninguna, o aun siendo católicos. Es inadmisibles, desde el punto de vista jurídico, pues las autoridades de un país tienen como primer mandato garantizar el cumplimiento de la Constitución política, e inadmisibles desde el punto de vista político cuando, además, la jerarquía de la Iglesia Católica ni siquiera representa al sector social a quien va dirigida la ley. Tal fue el caso de la Ley de Igualdad de derechos y oportunidades y la Carta de la Conferencia episcopal de Nicaragua a los Diputados de la Asamblea nacional.

Es obvio el menosprecio de la mujer que se hace en la jerarquía de la Iglesia Católica y expresa su sello patriarcal, que busca controlar a las mujeres y no permitirles tomar sus propias decisiones sobre los temas que a ellas les afectan. No deja de ser el reconocimiento de un fracaso, pretender que su moral sea asumida por los estados como mecanismo de imposición a la sociedad y, de esta manera, imponer su moral a su feligresía ante la falta de persuasión y del diálogo que sí respeta la libertad de pensamiento y de conciencia.

En América Latina las mujeres representan la mayoría de los sectores pobres que han dado muestras de madurez, de espíritu de lucha y de valentía y son capaces de tomar buenas decisiones sobre cuestiones tan importantes para su vida como la planificación familiar, la esterilización, las relaciones sexuales y el aborto.

En cuanto a los estados, los que se precien de ser democráticos, deben asumir su responsabilidad de legislar para una sociedad diversa y plural, y comprender que las creencias religiosas de sus legisladores y funcionarios no deben ser trasladadas a la legislación ni a la formulación de las políticas públicas de Estado sino que, cuando asumen un cargo público, su deber es guiarse y respetar la Constitución de la República.

En resumen, demandamos un comportamiento que respete la sensibilidad y las convicciones ajenas para que, su actuar, su ejemplo, contribuyan a crear una cultura política democrática y respetuosa con las ideas diferentes.

En cuanto al comportamiento religioso, creo que lo principal es honrar la propia fe con la conducta y no ultrajar a los demás. No considero que su misión consista en convertir a la humanidad a una única opinión, cualquiera que fuera. Ya hemos dado muestras de tener suficientes religiones y creencias para odiarnos los unos a los otros. Creo que es hora de demostrar que también sirven para contribuir al respeto a la diversidad.

Católicas por el derecho a decidir

Sin embargo, en la Iglesia Católica también hay sectores progresistas. Especial mención, por el tema que tratamos, me merecen, la organización «Católicas por el derecho a decidir¹⁹». Con 25 años trabajando en una nueva relación mujer-iglesia su línea argumental es: «Cada cual decide de acuerdo a su propia conciencia.».

Tienen miembros en casi todos los países Latinoamericanos y dicen algunas de sus dirigentes: «la Iglesia somos todas las personas católicas, y no sólo la jerarquía eclesiástica y, por lo tanto, tenemos toda la libertad de conciencia para tomar las decisiones morales²⁰.»

Por su parte, la antropóloga feminista y fundadora del Grupo México contó lo que le dijo una mujer mexicana de un barrio popular cuando hacía un estudio piloto sobre la opinión de las católicas sobre el tema: «Entonces una mujer creyente me dijo: a mí el Papa no me va alimentar a mis hijos y, por eso, soy yo quien decide cuántos quiero tener.».

Un estudio que realizó esta organización titulado La Opinión Católica ante la reproducción, muestra que se está generalizando la «desobediencia» católica a los dictados del Vaticano respecto a los derechos reproductivos.

En el caso de la anticoncepción, los datos afirman que esta «desobediencia» revela que, por ejemplo, en la República Checa, el 64% de las católicas casadas usan anticonceptivos, además de la abstinencia que es el único método no sancionado por el Vaticano. En Estados Unidos, el 59% de las católicas en edad reproductiva practica la anticoncepción, que es prácticamente el 60% de la población en general. De las estadounidenses católicas hispanohablantes que asisten regularmente a misa casi un 40% utiliza algún método «prohibido». También es una práctica común entre las católicas de los países del Tercer Mundo: en Boswana, por ejemplo, las mujeres que nunca se han casado y usan los anticonceptivos son el 38%, mientras las viudas, separadas y divorciadas son el 37%. En

¹⁹ Católicas por el derecho a decidir. Url: www.catholicsforchoice.org.

²⁰ María Consuelo Mejía, Católicas por el Derecho a Decidir. La opinión Católica ante la Reproducción. México, D.F. julio de 1998.

Brasil, la proporción para las no casadas es del 13% y para la segunda categoría del 48%. En Liberia, la proporción es de 26% y 18% respectivamente, y en Namibia es de 18% y 17% respectivamente²¹.

Lo que queda claro con estas cifras es que las mujeres no pueden respetar ninguna norma en la que ellas no han participado y, por consiguiente, no representa sus intereses.

Y para finalizar esta exposición, creo poder afirmar sin temor a equivocarme que los movimientos feministas²² en su triple dimensión intelectual, política y personal han ido enriquecido el concepto de DDHH. Y hoy, los diferentes instrumentos de las Naciones Unidas referidos al problema de la discriminación de las mujeres muestran adelantos e innovaciones que han estado en relación directa con los esfuerzos desplegados por los movimientos y organizaciones de mujeres en todos los Continentes. Un ejemplo de ellos son los derechos sexuales y reproductivos.

Seguiremos trabajando para que los DDHH tengan como punto de partida la propia experiencia de la vida y las necesidades reales de las personas y los pueblos. Nuestra meta es que algún día el concepto de «humanidad» abarque y exprese a toda la población mundial, incorporando aquellas y aquellos que históricamente han estado excluidos.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer la invitación, para participar en el Seminario y en la publicación Por una mejor salud sexual y reproductiva, a Inés García-Sánchez, Directora del Observatorio de Salud en Europa y a través de ella a todas las trabajadoras y trabajadores que han hecho posible la realización de este evento y, por supuesto, a la Dirección de esta Escuela Andaluza de Salud Pública.

²¹ Britta Scholtys / CIMAC, Católicas por el Derecho a Decidir "La opinión ante la Reproducción", México, D.F, julio de 1998

²² El Feminismo, cuestiona las raíces más profundas de las relaciones de desigualdad entre los hombre y las mujeres y apunta a una nueva manera de entender el mundo; es la lucha por conseguir una nueva identidad humana, es alcanzar junto con los hombres, una nueva y superior categoría: la de persona.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carta Internacional de Derechos Humanos: Naciones Unidas. Nueva York: Departamento de Información Pública, 1987.
2. Constitución de la República de Nicaragua–Asamblea Nacional.
3. José Antonio Marina y María de la Valgoma. La lucha por la dignidad: Teoría de la felicidad política. Barcelona: Anagrama, Colección Argumentos 2000; pp. 229 y 230.
4. Olivia Blanco Corujo. Olimpia de Gouges. Madrid: Ediciones del Orto, Biblioteca de Mujeres 2000.
5. Mona Rishmawi. Desarrollo de los enfoques de la Comisión Internacional de Juristas frente a los Derechos Humanos de las Mujeres. *Derechos Humanos de la Mujer: perspectivas Nacionales e Internacionales*. Colombia: Rebecca J. Cook, Profamilia 1997.
6. Marta Lamas. Desconstrucción simbólica y laicismo: dos requisitos imprescindibles para la defensa de los derechos reproductivos. *Derechos Humanos de la Mujer: perspectivas Nacionales e Internacionales*. Colombia: Rebecca J. Cook, Profamilia 1997.
7. Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (1789).
8. Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana (1789).
9. Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Naciones Unidas, UNICEF —Nicaragua, 8 de marzo Año Internacional de la Mujer— 1994.
10. Declaración de los Derechos Humanos desde una perspectiva de género, Aporte al 50 Aniversario de la Declaración Universal de Derechos Humanos, CLADEM. Perú (Lima), Apartado Postal 11-0470.
11. Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción. IV Conferencia Mundial sobre las mujeres Beijing. China, septiembre 1995: Instituto de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, 1995.
12. Carmen Martínez Fernández y María José Montero Corominas. ¿Qué ha supuesto la Conferencia de Beijing para la Mujeres? Ministerio de Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, 1995.
13. Jaime Nicolás Muñiz. JAMES MADISON, memorial y manifiesto contra los impuestos para la enseñanza de la religión. *Clave de Razón Práctica*, 137; pp. 49.
14. El Federalista, prólogo y versión directa de Gustavo R. Velasco. México: Fondo de Cultura Económica 1957; pp. 395

Sección II. La intervención en salud sexual y reproductiva

La atención desde los servicios sanitarios

LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA MUJER EN EL SISTEMA PÚBLICO: REFLEXIONES DESDE EL DÍA A DÍA EN LA CONSULTA

Elena Aguiló Pastrana

Médica de Familia del Centro de Salud Párroco Julio Morate, Área XI de Madrid

PRESENTACIÓN

Como he querido señalar en el título, pretendo compartir con ustedes algunas reflexiones personales sobre la atención a la salud integral de las mujeres; para ello me sitúo en mi experiencia como médica de familia, por eso la referencia al día a día, a la práctica profesional cotidiana. Me interesa no separar la teoría de la práctica, y desde mi práctica es desde donde quiero hacer alguna reflexión.

Por lo tanto, quiero aclarar que no va a ser una revisión ni descripción de los servicios, no estoy en posición para ofrecer una perspectiva global, sino que más bien vengo a dar una opinión, por tanto subjetiva, pero también autorizada.

Puedo dar cuenta de una experiencia, desde la que les hablo. Soy médica de familia de la primera promoción, o sea que llevo más de 20 años trabajando. La mitad de este tiempo en lo preventivo y lo comunitario. La segunda mitad en un centro de salud. Puedo dar cuenta de mi experiencia desde ese recorrido...

Es decir, que no voy a hablar de lo macro sino de lo micro. Espero que estas reflexiones puedan servir de disparadero a la reflexión colectiva, al debate y a la búsqueda de conclusiones para la mejora de los servicios de atención a la salud de la mujer que ofrecemos a la gente para quien trabajamos.

Es por eso, porque hablo desde una posición particular, por lo que me parece importante explicitarla; en una palabra, presentarme, para que ustedes como interlocutores puedan saber quién y desde dónde les habla.

Soy de esos médicos de familia que al terminar su formación, antes de la creación de los primeros centros de atención primaria como hoy los conocemos, trabajamos en programas y servicios de promoción de la salud, generalmente a cargo de ayuntamientos, en los principios de los años 80. Estos servicios municipales pretendían entonces dar respuesta a carencias en los servicios públicos de salud del momento, antes de la reforma de la

atención primaria, atendiendo necesidades ampliamente demandadas y hasta entonces no atendidas, como eran la planificación familiar, preparación al parto, prevención del cáncer, vacunaciones, salud escolar, etc.

Concretamente en el centro de salud municipal de Leganés en el que trabajamos entre el 82 y 87, mantuvimos una consulta de planificación familiar, probablemente la primera experiencia en nuestro país a cargo de médicos de familia y profesionales de enfermería, atendiendo un total de casi 5.000 mujeres.

Pienso que para un médico es una fortuna haber podido trabajar al principio de una vida profesional en campos más abiertos que la asistencia pura y dura, más abiertos a la promoción, a la prevención, a la interdisciplina y al diseño de programas en base a necesidades de la población, en un momento histórico en que todo parecía por hacer.

Gran parte de lo que creo saber con respecto a las necesidades de salud de la mujer desde una perspectiva integral se deriva de estas experiencias profesionales, ya bastante alejadas en el tiempo, y a ellas haré referencia repetidas veces en mi intervención.

Y también a algunos aportes conceptuales que he podido incorporar de otras disciplinas, que partiendo de la psicología social toman como objeto de estudio e intervención la vida cotidiana. Es en la vida cotidiana donde se cuajan las condiciones concretas del modo de vida, del existir humano, y es en el modo de vida de una sociedad donde se juegan sus condiciones de salud y enfermedad. Esos conocimientos me han sido muy útiles y pienso sinceramente que son una necesidad aún no atendida de los profesionales sanitarios.

Como ya se ha dicho trabajo actualmente desde hace diez años en un centro de salud en Madrid, en el barrio de la Arganzuela, una zona popular del centro de Madrid, bastante envejecida y con una elevada población inmigrante, preferentemente latinoamericana, que se ha implantado en el barrio en los últimos años.

Y yo quisiera hablarles, desde mi trayectoria y desde mi trabajo actual, de cómo veo la atención a la salud (sexual y reproductiva) de la mujer hoy. Qué se pretendía desde los inicios de la atención primaria, cómo se concreta hoy desde este servicio público la atención a las necesidades de la salud de las mujeres. Les propongo que pensemos juntos en qué se ha conseguido, y sobre todo en lo que falta, y si estamos en el camino para conseguir lo que falta. Buscando, en línea con el objetivo de este seminario, una atención más integral a la salud de la mujer.

No voy a detenerme, por sobradamente conocido, en detallar lo que se ha conseguido en estos años, porque todos sabemos la importancia de los cambios sociosanitarios en los últimos 20 años, y porque no sería yo la persona más indicada para aportar datos globales sobre recursos, oferta y utilización de servicios sanitarios dirigidos a las mujeres.

También quiero advertir que mis percepciones están obviamente condicionadas por mi realidad, que no conozco más que muy superficialmente los servicios sanitarios y su si-

tuación en Andalucía, que posiblemente haya diferencias importantes; insisto en que mis opiniones se tomen como lo que son, una posición particular que podemos compartir o disentir en el coloquio y en el resto del seminario. También señalar que hablo como médica, condicionada por mi formación, mi trayectoria y mi práctica; es posible que desde otras prácticas profesionales, como la enfermería, se perciba una realidad diferente en la atención a la salud de la mujer. Son las enfermeras (y las matronas) de atención primaria quienes abordan gran parte de las actividades preventivas dirigidas a la mujer que se realizan en los centros de salud.

Voy a hablar de lo que más conozco: planificación familiar y uso de anticonceptivos, demanda de IVE, poco o nada de seguimiento del embarazo, atención a la etapa del climaterio y la atención general en consulta. Todo ello desde lo que detecto desde mi posición personal.

PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y USO DE ANTICONCEPTIVOS

Los métodos que utilizan quienes nos consultan

Se han producido importantes cambios sociales que han condicionado cambios en el uso de los métodos anticonceptivos: como fue la aparición de la epidemia de sida y las recomendaciones de utilización del preservativo, que parecen haber reducido la utilización de otros métodos anticonceptivos, eficaces o no, con respecto a lo que era habitual en los años 80.

Y también los cambios en los roles sociales de las mujeres que hacen menos aceptables métodos anticonceptivos antes ampliamente utilizados como el *coitus interruptus*, la abstinencia periódica, o la simple no protección. En la jornada de mañana hay una intervención sobre el embarazo no deseado y seguramente podremos contrastar en qué medida esta impresión es o no cierta. Pero yo quisiera destacar que —aunque se han producido seguramente cambios en la población general— hay grupos específicos como los jóvenes y especialmente los inmigrantes, en los que esto puede no ser cierto, y seguir siendo masivamente utilizados métodos ineficaces y con gran interferencia en una sexualidad gratificante. Concretamente al atender a mujeres latinoamericanas en la consulta de atención primaria es muy frecuente encontrar la necesidad de uso de métodos anticonceptivos eficaces detrás de otras demandas «exploratorias» de la actitud del profesional; con frecuencia se ponen de manifiesto actitudes hacia la sexualidad y la anticoncepción que me recuerdan a las que se vivían entre la población española entre los años 70-80, mostrando grados de sumisión al varón y desvalorización femenina que creíamos ya desaparecidos. La necesidad de tener presentes estas actitudes y estas necesidades en la atención a muchas mujeres emigrantes nos permite decodificar demandas de

atención aparentemente excesivas («hiperdemandantes»), como temor al embarazo y necesidad de anticoncepción eficaz controlada por las propias mujeres. La promoción del uso del preservativo entre los varones latinoamericanos tiene mucho camino por recorrer, y requerirá probablemente acciones específicas que exceden el ámbito de la consulta. En cualquier caso no es desdeñable la utilidad del consejo individual en consulta, incluido dentro de los Programas de Prevención en Atención Primaria, como el PAPS, resaltando su utilidad en la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y, además, en la seguridad anticonceptiva.

¿Indicación o elección? ¿Quién es la protagonista ?

Otro tema sobre el que quisiera reflexionar es sobre la indicación en planificación familiar. Mi opinión es que no existe, a diferencia de otros campos de la práctica médica, una verdadera indicación del método anticonceptivo, puesto que la elección de un anticonceptivo no es propiamente un acto médico.

Se trata más de posibilitar una elección informada por parte de la mujer, y/o la pareja, lo que obliga a los profesionales a proporcionar de forma habitual sistemática, información adecuada y suficiente para ajustar las posibilidades de cada método con las necesidades, características y preferencias de quien consulta.

Poder proporcionar sistemáticamente esta información desde un servicio sanitario como es la Atención Primaria tiene implicaciones organizativas obvias, precisa formación y un tiempo no desdeñable.

Pero la escasez de tiempo, las dificultades de adecuar la organización de la consulta (cuestiones como quién da la información, si hacerlo en el momento de la demanda o ver si es demorable, por el médico o por la enfermera, en consulta o en grupo, etc.) no son las únicas cuestiones relevantes.

Es posible que el tema de la información suficiente acerca de los anticonceptivos sea hoy menos importante socialmente que hace años. También que el abanico de elección de métodos se haya reducido en la práctica con la cuestión del sida y la prevención de ITS, que hacen necesaria la recomendación prácticamente generalizada del uso del preservativo. Pero hay una cuestión para mí importante en el tema de la elección del método anticonceptivo, que es el tema del protagonismo: o lo elige el experto, el médico, que lo indica por su conocimiento de los métodos y sus características como fármacos o dispositivos, y la usuaria lo acepta desde una posición de confianza y dependencia; o, por el contrario, el profesional proporciona a la mujer y a la pareja la información suficiente para que ellos puedan plantearse la mejor respuesta a sus circunstancias, valores y necesidades de anticoncepción que sólo ellos conocen y pueden valorar. Y en cuestiones de anticoncepción, tan cercanas a lo subjetivo (nuestra visión de familia, de identidad sexual, de práctica sexual...) y lo ideológico es importante que los profesionales diferen-

ciemos si estamos aplicando «cosas nuestras» a quien nos consulta, y si esto nos conduce a determinadas actitudes de tipo paternalista. Dejo planteado como ejemplo el uso ¿excesivo? de anticoncepción hormonal inyectable en mujeres inmigrantes, ¿tal vez desde una suposición del profesional, asumiendo sin tratarlo con la interesada, que no va a tomar correctamente las pastillas cada día y que no merece confianza para responsabilizarse como las españolas? Lo mismo pueden darse otros casos, todos podemos trasladar valoraciones de cuestiones de la vida cotidiana de nuestra cultura y nuestra ideología a las personas que nos consultan, sobre todo en cuestiones tan próximas a temas personales como todo lo que es la salud sexual y reproductiva. De este modo nuestro saber profesional resulta un instrumento de influencia o persuasión, cuando creo que debería ser un recurso a disposición de quien nos consulta, que debe conservar la máxima capacidad de decidir.

La información sobre anticonceptivos

El tema de la elección del método va pues muy ligado a la información sobre los métodos y creo que esta cuestión merece también algunas reflexiones:

En mi experiencia no suelo considerar a priori que el usuario/a que demanda un método en concreto tiene información suficiente sobre el mismo y sobre sus alternativas. En muchas ocasiones esta decisión y demanda inicial está condicionada por ideas erróneas respecto a ese o a otros métodos anticonceptivos. Y que esas ideas erróneas o distorsionadas pueden reducir el abanico de las posibilidades de elección de la mujer. Y los condicionantes de estas ideas erróneas tienen raíces en cuestiones técnicas y también psicosociales que debemos conocer para realizar una buena atención.

Hoy nos seguimos encontrando en la consulta, detrás de demandas aparentemente concretas «mándeme al ginecólogo», «me quiero planificar», «quiero que me manden la píldora», necesidades más profundas, más específicas y particulares de las mujeres que consultan¹. Y mantengo que estas necesidades deben ser investigadas y abordadas evitando reducirlas a la aplicación de un protocolo clínico.

Creo que los anticonceptivos pueden ser usados en la práctica como una necesidad que la realidad impone a las mujeres y las parejas, pero con sensaciones de temor y ambivalencia que impiden a menudo que sean un instrumento de libertad. Y estos temores cuando mejor se abordan es antes del inicio del tratamiento (y siempre cuanto antes, en el momento que se detecten, y los profesionales tenemos que ir a buscar estos temores específicamente).

¹ Resignarse a un método que no desean realmente, por sumisión a los deseos de su pareja. Descartar métodos que pueden usar por atribuirles problemas por informaciones erróneas. Considerar un determinado problema como efecto adverso del método anticonceptivo que usan y plantearse cambiar de método por ello.

No olvidemos que los anticonceptivos en el imaginario social siguen soportando una carga de temores muy elevada, la mayoría basados en ideas erróneas y distorsionadas; de alguna manera son vistos como el precio que (la mujer) tiene que pagar por separar sexualidad de reproducción, y desde lo íntimo ese precio es considerado muchas veces por la mujer como demasiado elevado. La difusión en tono alarmista de información relacionada con anticonceptivos, problemas, fallos, etc. contribuye también a reforzar esta idea. Los cambios en el imaginario social se hacen lentamente, y la vivencia de la anticoncepción con naturalidad y realismo no es patrimonio de la mayoría de las mujeres. Todos estos temores, ampliamente difundidos, y que se concretan de forma diferente en cada mujer, pueden y deben ser explorados directamente en cada caso, y se pueden resolver con una información personalizada y suficiente, como decía, creo que no hay que dar por supuesta, a pesar de que el usuario/a no pregunte o considere tener una opción ya claramente decidida.

Información: sus implicaciones en la aceptación y seguimiento de los métodos anticonceptivos

Todo esto se relaciona directamente en la práctica con la tolerancia y con la aceptación del método anticonceptivo, con el abandono o el uso a largo plazo del mismo, en definitiva con la eficacia y la satisfacción.

Voy a poner un ejemplo muy simple: la confusión en el imaginario social de los términos «contraindicación» y «efecto secundario». Hagamos una encuesta entre nuestros conocidos: el término «contraindicación» se entiende como «problemas» que te pueden pasar si tomas determinado fármaco. Es muy distinto para una usuaria de un anticonceptivo leer o hablar de las contraindicaciones de ese producto como potenciales problemas, que hacerlo como lo que realmente son: situaciones que su médico se ha cuidado de descartar antes de prescribirle el preparado, y como el motivo del examen médico a que ha sido sometida (exactamente la diferencia que hay entre un peligro y un cuidado). Si en la entrevista de planificación familiar, antes de tomar la píldora esto permanece «no dicho», los temores ante potenciales efectos secundarios verdaderos (una lista pequeña comparada con la de las contraindicaciones) estarán forzosamente magnificados; y, en cambio, la información puede ventilar fácilmente esos temores.

También respecto al seguimiento puede repartirse la responsabilidad y la decisión entre profesional y usuaria: lo mismo que asegurarse la no existencia de contraindicaciones antes de comenzar a utilizarlo, o la realización del procedimiento técnico (generalmente DIU, también cirugía, e IVE) es tarea del profesional.

En el seguimiento la discusión de la presencia o no de algún efecto adverso hay que contar con el significado y trascendencia que tiene para la usuaria. No me refiero naturalmente a síntomas de alarma que puedan indicar una posible complicación, sino a sínto-

mas menores tolerados por la mujer o, por el contrario, que requieran buscar otras alternativas anticonceptivas, en un balance general de «pros y contras», en que la valoración de la usuaria prevalece sobre la opinión profesional. Una vez más: explorar en las motivaciones de los temores y rechazos nos puede arrojar luz, y en la resolución de estos problemas podemos encontrar soluciones más aceptables.

He querido extenderme en estas cuestiones de elección y seguimiento informados porque creo que es un punto de escasa sensibilidad entre los profesionales sanitarios, médicos especialmente, que fácilmente es pasada por alto en los programas y protocolos y por eso lo quiero señalar. Es claro que se relaciona con actitudes subjetivas de los y las profesionales, pero pueden hacerse intervenciones formativas y motivadoras en este sentido.

Lo que hay y lo que falta

Si pensamos en todo lo conseguido en estos años con la normalización social de la anticoncepción, la ampliación de los servicios ofrecidos desde primaria o desde especializada, nos damos cuenta de la importancia de lo logrado, pero quiero también señalar otras cuestiones —como problemas de accesibilidad, por demoras en servicios de ginecología o PF, por actitudes hiperrígidas en las oficinas de farmacia con las recetas de anovulatorios que parecen traídas por el túnel del tiempo..., de objeción de conciencia en muchos profesionales y centros con la píldora poscoital y la práctica imposibilidad de conseguirla en los hospitalarios, etc.— que serían las luces y las sombras de la atención a un aspecto tan importante de la salud de las mujeres como es la anticoncepción.

EMBARAZO Y ABORTO

Atender embarazadas...y ¿cómo?

En mi consulta del centro de salud no hacemos atención al embarazo. Quiero decir que el seguimiento del embarazo, tanto normales como de riesgo, se hacen en atención especializada, y así es en los demás centros que conozco. Pero sí he trabajado con embarazadas en programas de preparación al parto y puerperio, y de aquella experiencia quisiera compartir algunas reflexiones, que a mí me supusieron aprendizajes básicos pero que me han sido después muy útiles para seguir atendiendo mujeres aunque el embarazo lo lleve el tocólogo en el ambulatorio o en el hospital. Creo que puede ser interesante que reflexionemos en las cualidades de la atención que recibe la mujer durante el embarazo en los servicios públicos, y no me refiero a sus características técnicas sino a: en qué medida lo que se ofrece es una atención integral, que contemple a la mujer y a su experiencia de maternidad como un todo, y no se limite a una aplicación de tecnologías del em-

barazo. Seguro que la exposición de Enrique Lebrero hará hincapié sobre estos aspectos, pero yo no quería dejar de nombrarlos. Porque considero que atendamos o no embarazos en la consulta de Atención Primaria, lo que diferencia una atención medicalizada de una atención integral, en muchos casos es una pequeña diferencia en la actitud, en la escucha y en la forma de acompañar y atender profesionalmente a la mujer.

¿Qué diferencia una atención más integral? ¿Qué sabemos los médicos de los aspectos psicosociales?

Tal vez sea mejor concretar un poco: les decía que yo había trabajado durante 1 ó 2 años en un programa de preparación al parto. Como curiosidad les diré que fue un programa que tuvimos que realizar «en contra de nuestra voluntad» y nuestro criterio profesional. Se había despedido la profesional, una psicóloga que realizaba antes este programa, y se nos exigió continuarlo nosotras (ya que en plantilla había una médica y una enfermera que atendían la planificación familiar y una psicóloga, pues que entre las tres diseñáramos un programa y lo pusiéramos en marcha). Muchas veces, años después, cuando recuerdo esto, pienso en el beneficio profesional que obtuvimos de esa imposición. Simplemente, trabajamos en equipo. Lo que entonces se decía interdisciplina, creo que ya ahora casi ni se dice, me parece que esa palabra ya no está de moda...

El caso es que muy contrariadas, a la fuerza, pero hicimos el programa, y preparamos las sesiones, supongo que hicimos un programa al uso de educación maternal. Unas sesiones estaban a mi cargo como médica, otras de la enfermera, otras de la psicóloga, y la coordinación grupal siempre era compartida por dos de nosotras. Pero lo que quería señalar son los beneficios de la interdisciplina, donde cada profesional lleva la visión desde su profesión (la médica como médica, la enfermera como enfermera, la psicóloga como psicóloga, etc.) de una situación como el embarazo, el parto o el puerperio; pero se aborda conjuntamente y todos los profesionales nos beneficiamos, porque enriquecemos y completamos nuestra mirada, sin perder la especificidad de nuestra profesión.

Por desgracia este tipo de experiencias son escasas para los sanitarios pues los profesionales de salud mental están en nuestro sistema en otro nivel, y no tenemos ocasiones de entendernos, compartir y aprender. Creo que esto es un déficit de nuestro sistema sanitario. Yo concretamente de entonces saqué algún aprendizaje, dos o tres cosas, sobre algunos «aspectos psicológicos del embarazo» que me han sido enormemente útiles, de los que todavía me beneficio, y se benefician las mujeres que he atendido.

Un ejemplo que enseguida pude trasladar a la consulta de planificación familiar: una mujer que demanda información para abortar es también una embarazada de primer trimestre. Y eso permite atenderla en una dimensión mucho más personalizada, y conectar mejor con su previsible situación y necesidades. Trabajar considerando la existencia de

sentimientos normales de ambivalencia enriquece la atención a una embarazada, ya sea en el embarazo más deseado, como en la demanda explícita de interrupción (por aquellos tiempos todavía penalizada); así muchas veces la mujer puede expresar (y legalizar) sentimientos que de otro modo habrían quedado ocultos por considerarlos inadecuados.

O el de la embarazada que tras la placidez del segundo trimestre, ve en el tercero acercarse la fecha del parto, y se le actualizan los temores normales (al sufrimiento, a la malformación o al problema obstétrico), y eso puede aparecer en la forma de realizar una demanda a los sanitarios, seamos obstetras o no, les llevemos o no el embarazo.

Todo esto lo saben bien las matronas, que en su formación y su práctica les permite un abordaje más integrado de lo «bio» con lo «psicosocial» en la etapa del embarazo. Pero hay muchos profesionales y muchas ocasiones de interacción de la mujer embarazada con el sistema sanitario, y a la mayoría de profesionales sanitarios nos falta formación y consideración de los aspectos psicosociales que se mueven en nuestro trabajo. Creo que esta es una carencia importante que limita mucho la calidad y la satisfacción de la asistencia que se presta a la mujer en el servicio público. Y creo que independientemente de la existencia y cumplimiento de los protocolos de actuación y derivación, independientemente de los indicadores de actividad de los diferentes servicios, desde los servicios públicos tenemos que arreglárnoslas para ofrecerles una atención «no sólo bio» a la mujer en su maternidad. Y falta bastante para conseguirlo.

LA ATENCIÓN A LA SALUD DE LA MUJER EN LA MADUREZ

La menopausia en el imaginario social

La etapa del climaterio es vivida frecuentemente por la mujer como una época conflictiva, problemática, que conlleva malestares físicos, psicológicos, desvalorización social y riesgos para la salud. Esto se percibe claramente desde cualquier consulta de un Centro de salud.

Malestares físicos, en primer lugar los malestares específicos del climaterio (a los que los médicos llamamos síntomas climatéricos, aunque luego les digamos a las mujeres que la menopausia no es una enfermedad) ligados al cambio hormonal. Pero también ante muy diversos problemas somáticos, las mujeres se preguntan (y nos preguntan a los profesionales) si no será la menopausia la responsable, bien directamente o bien mediante implícitos como «es que ya tengo 47 años» o «estoy en una edad tan mala...». De nuevo aparece desde el imaginario social la tendencia a considerar causado por la menopausia cualquier malestar que pueda sentir la mujer en la edad madura; como si el fenómeno biológico que sucede en la etapa de la madurez extendiese sus límites hasta englobar toda la etapa y las posibles enfermedades que en ella se presentasen.

En la base de estas percepciones, tan alarmantes, acerca de la menopausia está el mensaje social, poco discriminado, que la identifica con riesgos para la salud y necesidad generalizada de pruebas y tratamientos. Y posiblemente este mensaje es interesado pues la percepción de la menopausia como una enfermedad inevitable de la que padecemos todas las mujeres es enormemente rentable para la industria farmacéutica y de tecnología médica. La salud de la mujer vende. Cada vez es más frecuente la publicidad encubierta, que a través de los medios de comunicación se dirige directamente a la mujer, para persuadirle de la necesidad de que solicite tal o cual cosa a los servicios sanitarios para «cuidarse mejor en esa edad», con recomendaciones a menudo no avaladas por evidencias de beneficio en la generalidad de las mujeres (confundiendo interesadamente la estrategia poblacional con la estrategia de riesgo en la prevención).

También existe la percepción de que la menopausia es una etapa en la que la mujer presenta mayor vulnerabilidad ante los problemas psicológicos, que son asumidos en esta etapa como una consecuencia más del cambio biológico, o como la expresión del cambio de roles dentro del grupo familiar, comúnmente llamado «síndrome del nido vacío». El que la depresión, la irritabilidad o el insomnio aparezcan frecuentemente identificados como «síntomas climatéricos» en las escalas de identificación de problemas de salud de la mujer en el climaterio, tiene el efecto de relacionarlos etiológicamente con lo «bio» y menos con cuestiones biográficas, familiares y sociales que probablemente tienen tanta o más influencia. La escasa formación en la identificación y manejo de cuestiones de índole psicosocial que tenemos los profesionales sanitarios dificulta también un abordaje integral.

Diremos también que la menopausia es sentida por la mujer como lo que marca el comienzo del envejecimiento, aunque éste es un proceso continuo, pero que no ha sido tan claramente percibido hasta entonces.

La atención a la salud de la mujer madura: la consulta «pura y dura»

Por todo ello, la etapa del climaterio está llena de contenidos desvalorizados, y se entiende y se atiende desde la medicalización excesiva. Como mañana tendremos una exposición dedicada al climaterio, no me extenderé en la atención específica a esta etapa. Pero creo que no podemos separar lo dicho hasta ahora, de cómo se vive la etapa del climaterio desde lo social, de sus repercusiones sobre la demanda de atención sanitaria que hacen las mujeres y lo que llamamos «el problema de la hiperfrecuentación».

Un paréntesis para ampliar la reflexión: algunas opiniones de profesionales sanitarios

Cuando estaba redactando esta conferencia, ante las dudas de los particulares que pudiesen ser mis opiniones, se me ocurrió reunir a mis compañeros del Centro de salud, médicos y enfermeras, mujeres y hombres, para preguntarles a ellos qué pensaban de la salud de la mujer.

Empezaron hablando de la planificación familiar, de que unos profesionales se plantean atenderla de inmediato: «...porque las mujeres, inmigrantes en su mayoría, la demandan y la necesitan, y salen de la consulta con la pildora, y luego ya veo cuando les pido los análisis lo que hacen con ella...», y otros derivan este tipo de consultas: «porque no tengo ni preparación ni tiempo, y si hay lista de espera eso ya no es problema mío...».

Luego pasaron a hablar de si hay o no dificultades para tratar en la consulta cuestiones relacionadas con la sexualidad y la anticoncepción (resaltando como el mayor obstáculo la diferencia de cultura y comportamientos sexuales, y el género del profesional). En cambio no plantea grandes diferencias el que se trate de consulta médica a demanda, o de consulta programada de enfermería para realización de actividades preventivas.

Después el grupo repara en que se están refiriendo a colectivos de jóvenes y de adultos jóvenes y que, comparativamente, a las mujeres de edad media, perimenopáusicas, no se les pregunta sobre estas cuestiones de salud sexual, y que los profesionales les prestamos menos atención.

Y de ahí el grupo se lanza a una discusión sobre lo que les pasa y lo que demandan las mujeres de esta edad en las consultas, de si se les pregunta menos pero que ellas frecuentan más, del tipo de demandas que hacen, de si se les atiende igual que otra patología cualquiera; otras dicen que no y hacen referencia a comentarios directos sobre insatisfacción sexual o falta de deseo. Los médicos y médicas se quejan de la sobrecarga que les produce la avalancha de demandas y malestares de la mujer que tienen su origen en lo psicosocial y que como médicos no pueden resolver, añorando las consultas por problemas puramente biológicos. Se pone como ejemplo el de las abuelas esclavizadas por el cuidado de nietos que no pueden rechazar, de si esas demandas son o no problemas de salud, si nos lo tienen que contar o no a los médicos (o si como decía un compañero, suplente, que conseguía ver grandes cantidades de pacientes con relativa facilidad y al preguntarle cuál era su sistema decía que «nunca entraba a los problemas personales»).

El grupo reconoce que, en la práctica, resulta útil que las mujeres acudan a algunos servicios públicos —de dependencia municipal— que facilitan abordaje preventivo con características integrales, aunque sólo tiene acceso un pequeño número de mujeres... Y varios profesionales se lamentan de que ese servicio podría y se debería ofertar desde el centro de salud si se tuviese el tiempo y los recursos de que se carece.

¿Cómo vamos en la atención integral a la salud de las mujeres?

Yo les decía al inicio que no soy ninguna experta en temas de la mujer, pero que podía aportar unas reflexiones que compartir para pensar juntos lo que hay y lo que falta por dar desde los servicios sanitarios públicos en una atención integral a la salud de las mujeres. Y esto que comentaban mis compañeros del centro me hacía pensar si hemos avanzado mucho desde los años 80 y ese otro Centro de salud municipal en el que yo

trabajaba... y me produce una sensación amarga que los compañeros señalen que podríamos dar esa atención que se reconoce no dar por falta de tiempo.

Una mirada al contexto

He dicho que no podía dar una valoración macro sino micro, lo que veo desde mi realidad. Pero no sería honesta si me limitase a compartir con ustedes estas reflexiones y no compartiese también esa opinión general de cómo están las cosas, la influencia de los aspectos macro en los micro.

Estamos en un contexto de restricción de gastos sociales, en el que la atención a necesidades importantes es vista como gasto que debe ser optimizado indefinidamente, atendiendo más a la reducción del gasto que a los resultados obtenidos con él. Y la atención a la salud está siendo cada vez más mercantilizada y abierta a las «oportunidades de negocio» y menos a la atención de necesidades básicas de una población.

Por tanto yo no creo que las cosas estén demasiado bien. Ni creo que estén en vías de mejorar tampoco. Si damos importancia a cosas como las que les he estado hablando estaremos de acuerdo en que influyen mucho las diferentes actitudes de los profesionales. Habrá muchos médicos, enfermeros, matronas, ginecólogos sensibles y preocupados con ofrecer una atención integral y respetuosa, y habrá también prácticas intolerantes, hipermedicalizadas y paternalistas. Nada nuevo. Pero el contexto en que se realiza la atención a la población y a la mujer en los servicios sanitarios públicos se deteriora progresivamente.

Se reduce también paulatinamente el tiempo de atención que los profesionales dedican a cada paciente, se aumenta la cantidad de personas que cada profesional atendemos a diario. Ello repercute de muchas maneras en la calidad del servicio público que se presta a los ciudadanos, pero quiero detenerme en dos aspectos:

1. En un artículo Francesc Borrell resume las evidencias sobre el asunto del tiempo y la calidad asistencial, les voy a citar un párrafo (pongan ustedes mujer donde el autor dice pacientes y tendremos una buena radiografía de la atención a la salud de la mujer y sus perspectivas de futuro):

«...los médicos que los pacientes perciben como los mejores dan a sus pacientes tiempo para que puedan expresarse e interpretar sus silencios. La presión ejercida para aumentar la productividad tiene un impacto en la relación asistencial, y en la manera como se realizan las tareas en la entrevista clínica. La adquisición de datos (preguntar, escuchar, anotar...) por parte del médico se ve influida en primer lugar por el tiempo disponible, y la falta de tiempo repercute en el No-cumplimiento de los protocolos preventivos. Los pacientes difíciles son aún más difíciles cuando no disponemos de tiempo, y la satisfacción, y la implicación del médico en los aspectos psicosociales están completamente relacionados con la disponibilidad de tiempo.»

2. El creciente desgaste de los profesionales, sobre todo médicos, de atención primaria, con actitudes cada vez más mayoritarias de desilusión y desmoralización asociadas a la sobrecarga de trabajo y a la percepción de un bajo apoyo directivo se evidencian en los cada vez más frecuentes estudios sobre la calidad de vida profesional. El síndrome del «burn-out», o del profesional quemado nos acecha y ya se calcula entre un 20-40% de los estudios realizados en atención primaria.

Si el quemarse es cada vez más fácil y más frecuente para los profesionales, es fácil imaginar que las actitudes predispuestas a una escucha y un abordaje integral de las demandas y necesidades de la población y de las mujeres sean más escasas y difíciles de mantener, y que incluso quien tenga mejor predisposición pueda concretar con dificultad una práctica integral de calidad.

TRES REFLEXIONES FINALES

Es el momento de concluir, y quiero concluir volviendo a aspectos menos generales que es donde transita nuestra vida cotidiana y nuestras pequeñas pero ciertas posibilidades de actuación profesional.

Si tuviese que resumir en qué me parece que reside la calidad de una atención integral a las mujeres desde los servicios públicos, resaltaría tres cosas:

- Actitudes profesionales (de implicación o des-implicación, de escucha o de distancia).
- Tiempo imprescindible.
- No relegar lo psicosocial «no sólo bio».

Creo que es importante resaltar y favorecer que se mantengan actitudes favorables a una atención y una escucha integral, y poder estimular pequeños cambios en las actitudes profesionales. Hay no pocas iniciativas en este sentido, la propia organización y el contenido de este encuentro y otras iniciativas de intercambio y formación profesional, son cosas que ayudan y alientan... y no cabe duda que influyen, a pequeños pero innegables niveles, en la salud de las mujeres que atendemos.

LOS PROGRAMAS DE LA MUJER EN SITUACIÓN DE DESEMPEÑO DIFÍCIL: LA EXPERIENCIA DE CHILE

María Cecilia Escudero Espinosa

Ex-Directora del Departamento de Salud de la X Región de Chile, Técnico de la EASP

INTRODUCCIÓN

En el año 2000 las mujeres en Chile representaban el 51% de la población, proporción que aumenta entre los mayores de 65 años (56,7%), el 20% de ellos se encuentra en situación de pobreza y el 5,8% en indigencia.

La Constitución de la República de Chile de 1980 establece que «la salud es un derecho básico de las personas y el Estado debe garantizar a todos los ciudadanos el ejercicio de éste en las áreas de protección, promoción, tratamiento y rehabilitación, como también garantizar el derecho a habitar en un medio ambiente sin contaminación». La norma consagra un sistema sanitario dual en donde los ciudadanos pueden optar por el sistema de salud al que deseen acogerse: público o privado. Aproximadamente el 67% (10.000.000) de la población chilena estaba afiliada al Sistema público de salud en el año 2000, este porcentaje concentra mayoritariamente a los grupos de menores ingresos, mayores de 60 años y mujeres.

La situación de la mujer es compleja debido a la existencia de una serie de factores económicos, sociales y culturales que condicionan el lugar que ocupa dentro de la sociedad.

A continuación se expondrán de manera breve algunos elementos que condicionan el nivel de salud y conforman el perfil de la mujer chilena, beneficiaria del sistema público de salud y por lo tanto objetivo de las acciones a desarrollar por los equipos sanitarios dentro del «Programa de salud de la mujer», destacando especialmente a las que residen en las zonas denominadas «de desempeño difícil».

Globalmente dentro de la población beneficiaria encontramos un importante número de mujeres jefes de hogar. Un alto porcentaje de dichos hogares (16,4%) están bajo la línea de pobreza e incluso de éstos un 5,1% son identificados como en nivel de indigencia. En cuanto a la edad de estas mujeres el 39,6% corresponde a mayores de 65 años, situación que aumenta en zonas rurales al 56,7%.

El fenómeno de migración campo-ciudad, por falta de oportunidades laborales en las zonas agrícolas, es un elemento que acentúa el círculo de pobreza. Al igual que en otras regiones las mujeres, especialmente las jóvenes, emigran a capitales de provincias, y sobre todo a la capital del país, para continuar estudios o en busca de un trabajo. Un grupo importante de ellas se ven enfrentadas a dificultades para insertarse laboralmente y en no pocos casos terminan engrosando los cordones de pobreza y marginalidad alrededor de las grandes ciudades.

Los niveles de pobreza a los que se enfrentan son en estas situaciones mayores que entre los hombres, siendo nuevamente la situación de desventaja aún mayor en el ámbito rural.

En términos globales, gran parte de las mujeres (46%) se dedica a servicios comunales, sociales y personales, seguido del comercio (24,3%) y el resto a labores no agrupadas. En cuanto a la remuneración recibida, la situación no es diferente a la de otros contextos, recibiendo las mujeres un pago inferior al de los hombres por el desempeño de trabajos similares, brecha que aumenta conforme aumentan los ingresos.

A pesar de que los ya conocidos indicadores sanitarios en el área materno-infantil permiten identificar a Chile dentro de los países en mejor situación con respecto a sus vecinos, la calidad de atención sigue siendo un tema insuficientemente abordado. Requiere un planteamiento que trate de forma integral todos los aspectos implicados en la salud sexual y reproductiva, incorporando el enfoque de género y el de los derechos de las usuarias de estos servicios, considerando elementos que permitan alcanzar un mayor poder de las mujeres sobre su cuerpo y sobre las decisiones que tomen.

Adquirir conocimientos más profundos favorecerá la presencia de mujeres más satisfechas, con poder de decisión sobre sí mismas y posibilidades de vivir mejor su vida.

PROGRAMA NACIONAL DE SALUD DE LA MUJER

El Programa nacional de salud de la mujer surge como un esfuerzo para dar respuesta a las necesidades de este grupo de población, permitiendo el acceso a una atención completa y de la máxima calidad. Plantea como objetivo contribuir al desarrollo físico, mental y social de la mujer a través de un grupo de prestaciones, apoyado complementariamente por acciones derivadas de otros programas ministeriales tales como:

- Programa nacional de pesquisa del cáncer cérvico uterino y de mamas.
- Programa nacional de alimentación complementaria (éste ha visto un aumento de cobertura en determinadas prestaciones, como la entrega de alimentación complementaria a embarazadas y puérperas de menores ingresos y clase media. Probable-

mente asociado a la crisis económica que vivió el país —el 80% de las embarazadas de bajo peso en el control prenatal la reciben—).

- Programa odontológico (que dentro de sus prioridades considera la atención bucodental a las mujeres durante el período gestacional y la realización de prótesis dentales en las mayores de 65 años).

Este Programa se concreta en una serie de acciones específicas de salud desarrolladas por un equipo multidisciplinario de profesionales sanitarios y no sanitarios. Llegan a la población a través de una red de establecimientos de atención primaria (postas de salud rural, consultorios urbanos y rurales, y centros de salud familiar), atención secundaria y terciaria (centros hospitalarios y de diagnóstico de mayor complejidad).

Las acciones programáticas desde los distintos niveles asistenciales son las siguientes:

- Nivel primario: consejería, control en regulación de fecundidad, control prenatal y de puerperio, control ginecológico, control de climaterio, consulta general de morbilidad obstétrica, ginecológica y oncológica.
- Nivel secundario: control de alto riesgo obstétrico y perinatal, ginecología y oncología, consulta de ITS (el 60% de los casos notificados corresponden a mujeres principalmente trabajadoras sexuales).
- Nivel terciario: atención profesional del parto, procesos ginecológicos y oncológicos que requieren hospitalización.

El objetivo es detenerse y permitir un espacio para reflexionar y destacar otros elementos que favorecen la ejecución del programa en zonas de desempeño difícil, vinculado al compromiso humano y profesional de los equipos de trabajo y comunidad cuya existencia de éste ha contribuido al mantenimiento de buenos indicadores en salud de la mujer y a la formación de lazos de trabajo con la comunidad.

El sistema ha permitido y obligado a la presencia de algunos elementos diferentes a los existentes en España, tal vez difíciles de entender para quienes viven en un contexto diferente. Dado que estos días se han dedicado a tratar la atención en salud sexual y reproductiva con todos los matices que ésta presenta, me parece interesante y motivador mostrar cómo, más allá de las diferencias en recursos destinados a este programa en Chile, las actividades consideradas y las regiones en que se desarrolla, el ejemplo de hombres y mujeres comprometidos con su trabajo, se consigue desarrollar una cartera de servicios en situaciones de extrema dificultad.

Existen innumerables ejemplos del trabajo y la entrega de los miembros de los equipos de atención primaria a lo largo del país, acercando las prestaciones del Programa de salud de la mujer a zonas 100% rurales (sectores cordilleranos, fronterizos, archipiélagos y pequeñas islas).

Estos equipos permiten que cada mujer reciba, lo más oportunamente posible una atención en condiciones similares a las de quienes no deben superar a diario situaciones de aislamiento.

En un tema donde los retos parecen demasiados y variados, mantener el compromiso de los profesionales en contacto directo con la gente es fundamental para promover cambios. En Chile los dispositivos profesionales encargados de la asistencia médica en zonas de desempeño difícil están formados por un grupo multidisciplinario de odontólogos, enfermeras, matronas, médicos generales y de familia, auxiliares de enfermería, psicólogos y trabajadoras sociales en su mayoría dependientes de administración de ayuntamientos. Su labor se centra en entregar, desde cada especialidad, las atenciones establecidas por el programa, desarrollando para ello ideas creativas y gozando de cierto margen de autonomía que les permite adaptar estrategias para mejorar la atención a nivel local y obtener recursos adicionales.

Son destacables, en los diferentes equipos de salud rural, las iniciativas emprendidas para fortalecer los mecanismos de coordinación con centros de referencia, mejorar la implementación médica y de apoyo a la atención (equipos de radio, ambulancias-consultas, barcos de asistencia clínica, etc.), y programas de actualización clínica para el personal de primera línea, entre otros. Sin embargo, el trabajo en formación de monitores y comités de salud (compuestos por líderes comunitarios) ha dado resultados más allá de las predicciones, favoreciendo la incorporación de nuevos recursos humanos para optimizar la labor de los profesionales y la creación de vínculos estables con las comunidades.

Los equipos sanitarios y su voluntad de contribuir a mejorar, de acuerdo a las posibilidades existentes, la situación sanitaria de las mujeres han aportado y optimizado las estrategias que contribuyen a mantener la tendencia al aumento de cobertura de las prestaciones de un programa de larga data en el país.

Estos elementos, que partieron por la voluntad de unos pocos, hoy en día están plenamente legitimados por la comunidad. A continuación se reseñan sólo algunos de ellos:

1. Personal auxiliar de enfermería con alta cualificación residente en las zonas de difícil acceso geográfico. Son profesionales que, tras un ciclo de formación asistencial (teórico y práctico), se transforman en un enlace entre los equipos médicos y la comunidad, siendo agentes de cambio de presencia permanente en el interior de las comunidades. Esto permite la monitorización de casos y pesquisa de situaciones a abordar por el equipo médico y de notificación de incidencias.

Desde el punto de vista administrativo, se realiza un seguimiento continuo de su trabajo y se les anima a participar en programas de formación en los temas fundamentales del programa. Son capaces de identificar acciones, población objetiva, criterios

de priorización y enfoque de riesgo y, siguiendo los criterios establecidos, derivan al resto de profesionales del equipo, responsables últimos de cada proceso.

Su utilidad es enorme desde la perspectiva de la pesquisa y derivación de casos. Realizan atenciones bajo supervisión del profesional especialista, respetando las normas técnicas establecidas por los servicios regionales de salud, adecuándose a los recursos locales y actuando sólo cuando el profesional responsable no logra acceder al usuario.

Este perfil profesional es el más numeroso en las zonas rurales, especialmente en las regiones X, XI y XIII donde los pueblos reciben sólo una visita periódica del resto del equipo. Son ellos los primeros en establecer contacto in situ en comunas de gran extensión territorial, baja densidad poblacional (1,1 habitantes por kilómetro cuadrado) y alta accidentalidad geográfica.

2. Rondas médicas periódicas. Incluyen permanencia del equipo sanitario de un par de días en las regiones de mayor aislamiento. Generalmente sectores cordilleranos de acceso sólo aéreo en las que los desplazamientos se realizan en avionetas o helicópteros facilitados por la Fuerza aérea de Chile.

Las fórmulas para superar las barreras de acceso son variadas: «barcos-médicos» que, junto a la tripulación habitual, recorren con un equipo sanitario islas y archipiélagos atracando en lugares de acceso sólo marítimo.

3. Desarrollo de sistemas de comunicación alternativa. Permiten el contacto diario con equipos de radio ubicados en estaciones base, de frecuencia para uso exclusivo del equipo médico, y radioemisoras locales de alto alcance a disposición de los equipos sanitarios para actividades de promoción de la salud y localización de usuarias.
4. «Hogares de la Madre campesina». Son casas de acogida en centros urbanos o de mayor densidad poblacional, preferiblemente ubicadas en áreas cercanas a hospitales, destinadas a embarazadas de tercer trimestre quienes son preparadas desde los primeros controles para el traslado a dichos centros.

Esta modalidad permite continuar con la ejecución de acciones del programa como control de puerperio, educación prenatal y garantizar la incorporación al programa de planificación familiar. El alojamiento de puérperas, que están en espera de vuelos o salidas portuarias para regresar a casa, permiten incluso la presencia de la mujer con hijos pequeños, además del recién nacido, favoreciendo el vínculo y la incorporación gradual de la mujer a las labores domésticas, en un entorno donde cuentan con el apoyo de personal.

Los centros son supervisados por los mismos equipos y profesionales quienes destinan horas programadas a estas actividades.

Estas casas son más que un espacio físico, ya que permiten concretar la protección efectiva de la madre y el hijo.

5. Existencia de consultas móviles para realizar controles como el ginecológico. Anualmente desde atención primaria se promueven y realizan campañas de toma de citología como parte del programa de pesquisa de cáncer cérvico uterino. Se dispone de vehículos, especialmente acondicionados como consulta ginecológica (PAP móvil), que rotan por las diferentes comunas a cargo de los equipos sanitarios locales. El 19,7% de las mujeres de 15 a 24 años se han realizado una citología (PAP). Aunque no se consideran población de riesgo este hecho da cuenta de la mayor sensibilización en cuanto a enfocar la propia salud desde la prevención.

Sin duda, velar por el mantenimiento del compromiso de los equipos de trabajo y apoyar sus iniciativas es un reto importante desde la Administración. También lo es dar un nuevo impulso a la política referente a la salud sexual y reproductiva. A pesar de que el programa ha significado una importante contribución al mejoramiento de los indicadores sanitarios de la población femenina, el país presenta una serie de asignaturas pendientes en materia de salud sexual y reproductiva: en 1998 las mujeres que tuvieron un parto entre los 12 y 19 años correspondieron al 66%, 6,5 puntos más que en el 2000, lo que sirve de antecedente para evaluar los programas públicos dirigidos a la prevención de embarazos en adolescentes. Se estima que se efectúan entre 150 y 160 mil abortos al año. Aunque la mortalidad materna por aborto ha descendido, el aborto continúa incidiendo en un 10% de ésta. Es difícil saber la realidad de este problema porque la existencia de extrema penalización obliga a que los abortos, en gran parte de los casos, se produzcan en situaciones de clandestinidad e inseguridad, ya que desde las instituciones sanitarias se obliga a los profesionales a notificar los casos identificando a quien lo haya practicado.

La Comisión Nacional del sida señala que el 92% de los casos han sido por transmisión sexual, el 70% por relaciones heterosexuales. El 90% de los casos sigue correspondiendo a hombres, es preocupante el aumento de la cantidad de mujeres contagiadas: entre 1990 y 1999 fue de 15,2 veces con relación al 3,1 de los hombres. El 50% corresponden a amas de casa porcentaje superior al de las trabajadoras sexuales.

CONCLUSIONES

El reto de la atención a la mujer implica un paso más:

- Trabajar sobre las asimetrías de poder entre hombres y mujeres. Las limitaciones existentes tienen que ver, sin duda, con la construcción cultural de roles sexuales femeninos y masculinos, lo que otorga desigual poder a las mujeres con relación a los hombres para tomar decisiones sobre su sexualidad y su cuerpo.
- Informar y sensibilizar sobre los derechos humanos, particularmente los vinculados a los derechos sexuales y reproductivos.
- Promover la voluntad estatal para modificar, a través de políticas públicas con enfoque de género, e iniciativas como el Proyecto de Ley marco sobre derechos sexuales y reproductivos que son una legislación indispensable para la Reforma sanitaria, derechos de la mujer y derechos de ellas a la salud.
- Abordar los problemas desde una perspectiva intersectorial, considerando nuevas acciones desde el Programa de Salud de la Mujer, tal vez vinculadas a ampliar la información y las opciones ofertadas.

BIBLIOGRAFÍA

www.minsal.cl

<http://200.29.66.181/munitel/plantilla.htm>

www.lanchipal.cl

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTORA EN LA PRÁCTICA PRIVADA

Enrique Lebrero Martínez

Ginecólogo de la Maternidad Acuario, Beniarbeig, Alicante

INTRODUCCIÓN

Para enfocar el tema, antes quisiera hacer una breve referencia al nudo gordiano que significa el eje —sexualidad-reproducción—. Esta unión, difícil de separar, es la que origina todas las actividades y contradicciones tanto de los ciudadanos como de la Medicina y los agentes sanitarios.

En todos los animales, la sexualidad es una actividad fisiológica que la naturaleza utiliza como un medio para asegurar la reproducción. Es decir, el instinto sexual es una trampa para perpetuar la especie, que en los mamíferos se resume en «la pulsión coital».

El ser humano, en su evolución, desarrolla la sexualidad como una forma de relación humana. Y alcanza su máximo de comunicación humana en los últimos decenios, al conocer en profundidad los mecanismos de la reproducción y desarrollar anticonceptivos eficaces. Ya es posible tener los hijos que se quieran y cuando se deseen.

Pero a pesar de la sexualidad afectivo-relacional que rodea nuestra vida cotidiana, no hemos podido quitarnos de encima, por ahora, el peso obsesivo de la pulsión coital, el único acto o expresión sexual que también es reproductor. Seguimos siendo unos animales inconscientes, y de ahí nos vienen todos los problemas de la salud sexual y reproductora:

- Las disfunciones sexuales (la mayoría se definen con relación al coito).
- La anticoncepción, incluidos sus efectos secundarios.
- Los embarazos no deseados y el aborto.
- Los hijos no deseados, con la pobreza, la violencia, la marginación y la infelicidad que con frecuencia conllevan.

Paradójicamente, a las mujeres, el coito no es la expresión sexual que más les satisfaga ni más les interese. Y además tienen miedo, mucho miedo al embarazo no deseado.

Existe un gran malentendido entre varones y mujeres al respecto y hay que aclararlo.

Tengo el convencimiento que toda actividad que realicemos en esta dirección, será el mejor acto preventivo de la salud sexual y reproductora de la población.

LA EXPERIENCIA DEL COLECTIVO DE SALUD ACUARIO

El origen

El Colectivo de Salud Acuario, nace en la Comunidad Valenciana a finales de los años 70, impulsado por el ginecólogo Pedro Enguix, con actividades de planificación familiar.

En los años siguientes, con la demanda de algunas mujeres de ser acompañadas en sus partos domiciliarios, se decide construir una «casa de partos», donde atender partos de mujeres, dispersas geográficamente, con un ambiente doméstico equiparable al de sus domicilios, pero con mejores condiciones de las que ofrecen muchas viviendas: espacios cómodos, bañera amplia, sin ruidos urbanos y en contacto con la naturaleza.

Esta casa de partos, que llamamos «la paridera», está ubicada en un pueblo, Beniarbeig, en la comarca de la Marina Alta, a mitad de camino entre Valencia y Alicante. En los años posteriores también hemos mantenido diversas casas de partos en la ciudad de Valencia. Durante quince años, hemos asistido partos en domicilio y en nuestras casas de partos de Valencia y Beniarbeig.

Desde hace nueve años, asistimos los partos en «la Maternidad Acuario», en Beniarbeig (Alicante) y partos en casa, en su comarca, y en la ciudad de Valencia. También atendemos consultas en policlínicas de Alicante, Valencia y Castellón.

Bases de trabajo

Desde el inicio, los componentes del colectivo nos hemos planteado una práctica de la medicina diferente, donde se cuestionan muchos de los criterios fisiopatológicos y terapéuticos existentes (somos más de la escuela de Bechamp que de Pasteur; y seguimos el análisis cultural, respecto a la salud, de Ivan Illich).

Pensamos que el mejor agente terapéutico es el propio cuerpo, ayudado básicamente por la relación de transparencia y confianza mutua con el médico o profesional de la salud.

Esta práctica médica se apoya en los siguientes puntos:

1. Espacios de trabajo diferentes, literalmente más domésticos.
2. Relación de igualdad entre el profesional y el usuario, sólo posible a través de una información veraz y operativa.

3. Responsabilidad personal ante la salud, asumiendo sus limitaciones (enfermedades), como signos de alarma.
4. Autonomía en las decisiones del usuario, respetándolas.
5. Uso de técnicas terapéuticas lo menos agresivas posible.

Ejes de actividad

Desde el principio, Acuario se promueve como espacio de salud para la mujer, en el que sobresalen tres ejes de actividad:

- Anticoncepción, con preferencia de los métodos más autónomos, conscientes e inocuos; pero cubriendo siempre todas las demandas existentes.

Potenciamos la autoexploración y el conocimiento práctico del ciclo menstrual, que mejora la eficacia de los métodos de barrera. Lo hacemos en toda mujer receptiva, pero principalmente en mujeres jóvenes.

- Aborto voluntario, penalizado hasta 1985, en que se despenalizan tres supuestos.

Desde el principio se trabaja en este tema, incluso desde la ilegalidad jurídica, no sólo por desarrollar un derecho de la mujer, sino por evitar una de las mayores causas de morbilidad entre las mujeres y disminuir uno de los mayores problemas de salud pública: el embarazo no deseado y sus secuelas posteriores, tanto obstétricas como de malos tratos infantiles, mala educación, violencia juvenil, inadaptación social, etc.

Esta actividad también se desarrolla con los mismos criterios de salud que antes referíamos (decisión consciente, relación de igualdad y respeto, desmedicalización, etc.).

- Embarazo deseado y parto consciente, realizado en un ambiente doméstico y desmedicalizado, que posibilita un nacimiento sin violencia y una crianza feliz y sana.

Resulta obvio decir que también trabajamos en todos los aspectos que nos demandan de la ginecología, desde la pubertad hasta la menopausia.

Población usuaria

Es interesante reflexionar sobre los distintos tipos de personas que demandan nuestros servicios de atención al parto-nacimiento:

- Personas con un nivel de conciencia y una búsqueda de desarrollo personal, a través de la salud y de las experiencias vitales.

- Otro grupo de personas son las que simplemente huyen de los métodos medicalizados usados en hospitales públicos o privados. Buscan un trato más digno y respetuoso, donde sentirse más protagonistas.
- Otro grupo heterogéneo, son las mujeres que buscan una alternativa a diagnósticos y tratamientos de la medicina oficial (primíparas añosas, partos de nalgas, cesáreas previas, etc.).

Aunque la mayoría de la población que atendemos es de toda la Comunidad Valenciana, tanto urbana como rural, hay un porcentaje constante de parejas, significativo, que provienen de otras comunidades del Estado español; que toman sus vacaciones o tiempo libre en función de su parto, para poder vivir con nosotros el nacimiento de su hijo.

Criterios de trabajo en el parto-nacimiento

Las referencias de trabajo en nuestra asistencia al parto y al nacimiento son claras y siempre lo han sido:

1. La tradición del parto en casa.
2. La reflexión sobre el nacimiento sin violencia del profesor Leboyer.
3. La experiencia del doctor Odent en la Maternidad pública de Pithiviers (Francia).
4. El aval que posteriormente nos ofreció a todo el mundo la OMS, con sus recomendaciones generales sobre el embarazo, parto y nacimiento, Fortaleza (Brasil), en 1985, actualizadas en la Guía práctica de cuidados del parto normal, Ginebra 1999.
5. Los criterios sobre lactancia materna, ahora avalados y potenciados por la UNICEF, a través de la denominación «Hospitales amigos de los niños».

La aplicación concreta de estos criterios debería ser ya un poco conocida por todos. Y se podrían resumir de la siguiente manera:

- En el embarazo, potenciamos el conocimiento del cuerpo, la autonomía, la confianza y el desarrollo consciente del bebé.
- Cualquier método de preparación al parto que practique la mujer, nos parece aceptable.
- Nosotros damos gran importancia a la respiración consciente, el ejercicio perineal y el trabajo en el agua.
- Consideramos el parto una experiencia donde la mujer es la protagonista junto a su familia.

- El parto no es un acto médico, es un acto de la esfera sexual, y como tal necesita intimidad.
- El parto, para su óptima consecución, requiere vivirse visceralmente, manifestar la animalidad de la mujer.
- El ambiente necesario de un parto es el que permite la intimidad y potencia la animalidad.

Esto se consigue desactivando el neocórtex y dejando trabajar el cerebro medio a través de:

- Mínimos estímulos sensoriales (poca luz, poco ruido, etc.).
- Mínima comunicación con el lenguaje. Comunicación táctil.
- Evitar que la mujer se sienta observada.
- Necesidad de libertad de movimientos de la mujer.

Al estimularse el cerebro mamífero, se consiguen dos objetivos complementarios:

- Optimización de la respuesta hormonal, oxitocina y otras hormonas.
- Adormilamiento y analgesia a través de las endorfinas, tanto de la madre como del bebé.

Por eso, un baño de agua caliente en un momento determinado del trabajo de parto, consigue estos objetivos de manera óptima, si se ofrece en las condiciones antes dichas.

El trabajo de los profesionales de la salud en estas condiciones de parto debe adaptarse a la situación con el mínimo de interferencias (exploraciones, monitorización, etc.).

Las condiciones del nacimiento del bebé tratamos que sean las que hagan menos traumático y más fisiológico el proceso de adaptación a la nueva vida: ambiente caldeado, poco ruido y pocas luces, no cortar el cordón umbilical hasta que no haya dejado de latir y no separar al bebé de la madre si no es muy preciso.

No debemos olvidar en ningún momento que el verdadero protagonista del parto es el bebé. Es en el mismo lugar del parto, donde el bebé inicia su primera mamada y donde los padres, a solas, en la intimidad, forman el primer nido dándole la bienvenida a su bebé.

En las cesáreas, utilizamos anestesia epidural y valoramos ciertos detalles que favorezcan la familiaridad, a pesar del ambiente quirúrgico. El padre acompaña a la madre en el quirófano y, sentado éste junto a ella, reciben a su bebé desde la primera respiración. Si el bebé no necesita asistencia médica, rápidamente pasa a los brazos del padre, y a ratos

sobre el pecho de la madre, donde ambos disfrutan del íntimo contacto con el bebé que tanto lo necesita. En ningún momento se separa al bebé de su madre, y la lactancia se inicia al terminar la cesárea, en la primera hora de vida.

En el tiempo de posparto que disfrutan en la Maternidad, tratamos de potenciar el entendimiento entre madre e hijo, damos información práctica para el desarrollo de la crianza, tratando de promover la puericultura, concepto en desuso por desgracia.

Aplicamos con entusiasmo el decálogo de los «Hospitales amigos de los niños».

Desde 1995, tenemos la Maternidad con autonomía quirúrgica, lo que nos permite:

- Atender partos de mujeres con otras patologías, que se alejan más de la normalidad obstétrica.
- Dar atención integral, incluso a los partos que en su evolución se alejan del proceso normal.
- Disminuir la violencia intrínseca que se supone a una intervención quirúrgica, como la cesárea.
- El acercamiento de un abanico social más amplio de mujeres y hombres, que también quieren disfrutar de la experiencia de su parto/nacimiento.

ALGUNOS CAMBIOS POSIBLES EN LA ATENCIÓN SANITARIA

La experiencia de países europeos, como Francia o Inglaterra, nos demuestra que el cambio de actitud, frente al parto y el de las estructuras sanitarias, es posible.

No sólo es posible sino que es inevitable, porque el sentir de los ciudadanos, de las mujeres, va en esa dirección. Hay que reconquistar la dignidad del parto en la mujer, y la dignidad del nacimiento de su hijo.

Cualquier cambio en la asistencia sanitaria depende tanto de las decisiones de la Administración como del cambio de actitudes de los trabajadores de la salud, y esto último me parece más importante incluso que las iniciativas de la Administración.

En nuestro país, este cambio con respecto a la maternidad pasa fundamentalmente por recuperar a las comadronas. A nivel administrativo el Estado tiene una gran responsabilidad por haber tenido cerradas durante varios años las escuelas de matronas, siendo irreparable la pérdida de esa generación de profesionales. Por otro lado, su programa de estudios ha sido excesivamente técnico, hospitalario y de absoluta subordinación al médico ginecólogo, generando una pérdida de autonomía en su trabajo y de autoestima profesional. Y este es el eje fundamental sobre el que hay que trabajar, porque lo

único real y vivo son los profesionales que ayudan a las mujeres, y cualquier cambio de la Administración Sanitaria que no apoyen con su esfuerzo los profesionales, nace muerto.

Podríamos hablar de algunas alternativas que se deberían introducir en nuestro entorno de trabajo. Muchas de ellas recogidas en programas y normativas del Ministerio de Sanidad y Consejerías de Salud de comunidades autónómicas, y demás olvidados.

A nivel de atención primaria

- Recuperación por la comadrona del seguimiento del embarazo normal, que aún no se hace en todos los lugares.
- Desarrollar la preparación al parto, dando gran importancia al conocimiento de las recomendaciones de la OMS sobre parto y nacimiento, y su puesta en práctica en los hospitales.
- Recuperar la asistencia domiciliaria al parto en condiciones normales y dignas, modificando su valoración por parte de las mujeres.
- Desarrollar la atención al posparto, incluido el quirúrgico, en consonancia con el desarrollo de las altas precoces hospitalarias (hospitalización a domicilio) y dando gran importancia a los aspectos psicológicos y de puericultura.
- Apoyar sistemáticamente la lactancia materna de larga duración, a nivel individual y grupal en los centros de salud.

A nivel hospitalario

En este nivel, los cambios de actitudes son más conflictivos porque hay una compleja jerarquía médica, pero no por ello hay que dejar de intentarlo. Siempre se puede hacer un pequeño grupo de matronas que practiquen los mismos objetivos, apoyándose mutuamente, incluso consiguiendo el apoyo de algún médico. En todo caso, un buen recurso es plantearlo a la Dirección como un estudio científico.

Cualquier pretexto es bueno para mejorar las condiciones de dilatación y parto de las mujeres: compañía de familiares, deambulación en la dilatación, no subir al «potro» demasiado pronto, incluso parir en la cama si el parto es rápido.

Del mismo modo con respecto al nacimiento del bebé: evitar ruidos excesivos, evitar la luz quirúrgica sobre el bebé, no cortar el cordón hasta que deje de latir, poner al bebé sobre la madre sin límite de tiempo, no molestar al bebé con reanimaciones innecesarias, promover la lactancia en la primera hora de vida.

En cualquier caso, no está de más que recordemos a nuestros jefes y compañeros, y a las mujeres y familiares las recomendaciones generales de la OMS sobre embarazo y parto. Algo quedará de todo ello y así iremos haciendo camino.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organisation (WHO). Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985 (436-437).
2. Chalmers B, Mangiaterra V, Porter R. WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 2001; 28: 202-207.
3. Odent M. Birth under water. *Lancet* 1983.
4. Leboyer F. *Por un nacimiento sin violencia*. México: Daimon, 1977.
5. Illich Ivan. *La némesis médica*. México: J. Mortiz, 1978.
6. Odent M. *El bebé es un mamífero*. Madrid: Mandala, 1990.

SALUD REPRODUCTIVA EN PAÍSES EN VÍAS DE DESARROLLO. DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: EJEMPLO DE UNA EXPERIENCIA

Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo,
Catedrático de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada, Presidente
Medicus Mundi Andalucía

Ahmed Bendali
Delegación del Ministerio de Salud de la provincia de Tánger Ashila

Mohamed Kassioui
Director del Hospital Al Kortobi de Tánger

Ahmed Serrat
Delegación del Ministerio de Salud de la provincia de Fash Beni Makada

Casilda Velasco Juez
Matrona, Medicus Mundi Andalucía

ANTECEDENTES

A comienzos del año 1999, la Delegación del Ministerio de Salud de la provincia (Wilaya) de Tánger (Tánger-Asilah y Fash Beni-Makada), junto con el coordinador del Programa de lucha contra la pobreza del PNUD, entraron en contacto con la Organización Medicus Mundi Andalucía (MMA), con el fin de formular un proyecto de cooperación sanitaria sobre salud reproductiva, en base a las prioridades de la región y de acuerdo al Plan nacional del Ministerio de Salud de Marruecos.

Se procedió a identificar prioridades sanitarias de la provincia, en un trabajo sobre el terreno llevado a cabo conjuntamente por personal de las mencionadas delegaciones de salud y por expertos en atención materno-infantil y salud sexual y reproductiva de MMA.

Este proceso permitió la redacción del Proyecto Wilada («nacimiento» en árabe) encuadrado en el plan de desarrollo social 1999/2003, del Ministerio de Salud marroquí, y en el terreno específico de la actuación sanitaria de MMA, lo que desembocó en la firma a finales del año 2000 de un convenio de cooperación entre las delegaciones de salud de la Wilaya de Tánger, MMA y el Ministerio de Salud.

SITUACIÓN SOCIO-SANITARIA EN MARRUECOS

En el cuadro 1 aparecen varios indicadores que permiten situar esquemáticamente a Marruecos en el lugar que le corresponde según el orden socioeconómico y sanitario.

Cuadro 1: Indicadores socioeconómicos y sanitarios de Marruecos

Índice de desarrollo humano de Marruecos	Nº clasificación: 126
Índice de pobreza humana	Clasificación grupo 1: 35,2%
Esperanza de vida al nacer	68,1%
Tasa de analfabetismo de mujeres de 15 años y más	62,8 %
Tasa total de fecundidad por mujer	2,7%
Tasa de mortalidad Infantil	39 por mil nacidos vivos
Tasa de mortalidad materna notificada	230 por cien mil nacidos vivos
Tasa de uso de anticonceptivos	50%
Partos atendidos por personal sanitario especializado	40%

Fuente: Informe sobre Desarrollo Humano, 2003.

PROYECTO WILADA: OBJETIVOS

El objetivo general del proyecto, es mejorar la salud reproductiva en la Wilaya de Tánger; para ello se establecieron otros específicos como:

- Formación y refuerzo de las competencias del personal de salud de las Delegaciones implicado en la salud materno-infantil, tanto en consulta prenatal como en comunicación interpersonal, a través de cursos sobre el terreno y por medio de estancias en España.
- Mejora de la organización y gestión de servicios sanitarios así como apoyo técnico a través de expertos contratados por MMA.
- Mejora de la información y sensibilización tanto de la población diana (a través de un boletín de información «Tanger Info-Santé») como de parteras tradicionales (mejora de la sensibilización y formación).
- Dotación y mejora de equipamiento en diversos centros de salud.
- Equipamiento de una maternidad en Fash Beni-Makada (Maternidad Al Amal).

Para garantizar la participación, seguimiento y control del proyecto se establecieron comités de apoyo y consultivos, que se describirán con posterioridad.

ACTIVIDADES Y RESULTADOS

a) Formación en comunicación interpersonal

Reforzando las competencias de los profesionales sanitarios en dicha comunicación, para así contribuir a:

- Humanizar la calidad de la acogida de los usuarios.
- Mejorar la utilización de las estructuras y de los medios utilizados, para realizar prestaciones en el terreno de la salud materno-infantil y la planificación familiar.
- Crear un clima de confianza y colaboración entre los usuarios de los servicios sanitarios y el personal prestatario de ellos.

Se han realizado 10 sesiones de 20 horas cada una con un total de 204 participantes (49 médicos, 109 enfermeras responsables del programa de salud materno-infantil, 33 enfermeros responsables de centros de salud y 13 responsables de programas).

La formación se desarrolló, en grupos de 20 participantes cada uno, de tres días de duración. Durante los cursos se pusieron en marcha distintas técnicas de trabajo participativo (trabajos de grupo, juegos de rol, brainstorming, etc.).

b) Formación en consulta pre y posnatal

Esta formación fue organizada en forma de talleres en dos grupos de profesionales sanitarios diferenciados (médicos y enfermeras) que trabajan en salud materno-infantil. Su coordinación fue realizada por expertos de los hospitales Mohamed V de Tánger y Hospital Clínico Universitario de Granada.

b.1) Talleres para médicos

Objetivo general: mejorar la atención médica de la madre y el recién nacido.

Objetivos específicos:

- Sensibilizar sobre la importancia de la detección de embarazos de riesgo.
- Detectar e identificar los principales problemas en salud de las consultas pre y posnatales.

- Estandarizar y protocolizar las conductas a desarrollar frente a los embarazos de riesgo.
- Elaborar un circuito de atención y seguimiento de dichas embarazadas.

Se realizaron trabajos en grupo, con presentaciones y elaboración de árboles de decisiones para la atención de embarazos de riesgo (hipertensión arterial, hemorragias, infección urinaria, anemia, cardiopatía, etc.) estableciéndose la obligación de realizar sistemáticamente fichas de referencia y de resultados.

El número de talleres realizados ha sido de 4, con dos días de duración por grupo, que ha permitido que 59 médicos los realizaran.

b.2) Talleres para enfermeras

Objetivo: mejorar las competencias del personal de enfermería responsable de la Salud Materno Infantil, en la atención de las mujeres en consulta pre y postnatal y la detección de embarazos y partos de riesgo.

La metodología fue participativa (trabajos de grupo, juegos de rol...), elaborando circuitos de atención y cuidados en embarazadas de riesgo y estandarizando las conductas a seguir. Se han realizado hasta el momento, 4 talleres de tres días de duración, para un total de 83 enfermeras.

c) Estancias en Andalucía

Objetivos:

- Impulsar la cooperación entre el sistema de salud del norte de Marruecos y el de Andalucía.
- Intercambiar conocimientos de métodos y procedimientos entre dichos sistemas sanitarios para mejorar la organización y la atención materno-infantil.

Hasta el momento se han realizado 16 estancias de profesionales marroquíes de 15 días de duración en centros de salud de Sevilla, Granada y Jaén.

De igual manera una participación de diversos profesionales de Tánger en diversos masters y congresos (1er Congreso de la Asociación andaluza de matronas, 2º Congreso nacional de lactancia materna celebrados en Sevilla, Experto universitario en salud sexual y reproductiva de la Universidad Internacional de Andalucía en su sede de Baeza, 1º y 2º Seminarios de salud sexual y reproductiva organizado por MMA en Sevilla y Granada).

d) Información y sensibilización

d.1) Boletín informativo bajo la denominación Tanger Info-Santé y como medio para difundir diversas informaciones en francés y árabe a un amplio colectivo (instituciones sanitarias y sociales, organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales, profesionales y usuarios, etc.)

Aborda temas como: planificación familiar, lactancia materna, salud comunitaria, datos de la evaluación y seguimiento del proyecto, investigación a nivel local, entrevistas a usuarias del proyecto, etc.

La concepción y el contenido de cada uno de los 8 números publicados hasta el momento, ha sido acordado en las reuniones del Comité de apoyo.

d.2) Publicación en árabe y francés del documento la Santé à Tanger en chiffres

d.3) Sensibilización a parteras tradicionales

Tiene como principales objetivos, en una región donde su actividad es muy amplia: desarrollar y potenciar las relaciones de colaboración entre parteras tradicionales y los profesionales sanitarios y con ello:

- Fomentar el interés por la consulta prenatal.
- Mejorar la identificación de los partos de riesgo, así como su referencia al sistema sanitario público.
- Disminuir el riesgo de los partos domiciliarios.

Hasta el momento lo han realizado 59 parteras en grupos de entre 6 y 8 participantes por centro de salud y cursos de 4 días de duración.

La metodología consiste en prácticas con soporte audiovisual que facilitan el conocimiento del circuito correcto que se debe seguir para una embarazada y la comprensión de las explicaciones.

e) Seguimiento y control del proyecto

Para garantizar la participación, integración y apoyo en la ejecución del proyecto, se establecieron dos comités:

e.1) Comité de apoyo, constituido por:

- Delegados de salud de las prefecturas de Tánger Asilah y Fash Beni-Makada.
- Médicos jefes del servicio de infraestructuras de la actividad ambulatoria provincial (SIAAP).
- Responsables de los programas de salud materno-infantil de las delegaciones de salud.
- Representantes de MMA en Tánger.

Su finalidad es: dirigir el proyecto en todas sus etapas; proporcionar el apoyo técnico necesario para la puesta en marcha de las actividades; ajustar el programa según los obstáculos a los que se enfrenta su ejecución; discutir los temas del boletín informativo, y asegurar el seguimiento y control del proyecto.

e.2) Comité consultivo, constituido por:

- Representantes de las delegaciones de salud.
- Asociaciones de profesionales sanitarios.
- Asociaciones de mujeres.
- MMA en Tánger.

Los objetivos asignados son: mejorar la calidad de las prestaciones a través de aumentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones en materia de salud. Sensibilizar a las mujeres sobre los problemas de salud materno-infantil.

f) Equipamiento

f.1) Maternidad Al Amal. Dotación de equipamiento para paritorios, zona de hospitalización, reanimación del recién nacido y bloque quirúrgico

f.2) Centros de salud de la provincia. Material para mejorar las consultas de seguimiento de embarazo (detectores de latidos fetales externos, tensiómetros, pesos para adultos y recién nacidos, etc.)

EVALUACIÓN INTERNA

En este proyecto se ha pretendido realizar una evaluación continuada en todo el proceso y hay, comprometida a su finalización, la obligación de realizar una evaluación externa.

Iremos reflejando dicha valoración en función de los diversos apartados que se señalaban en los resultados.

a) Formación en comunicación interpersonal

Los participantes en esta formación, de forma anónima e individualizada, establecieron una valoración muy positiva en un 55,3%; una valoración positiva en un 36,4%, y negativa en un 8,6%.

Una valoración por expertos (observación participante), indica en la acogida un criterio muy positivo en el 53,0% de los casos observados, positiva en el 35,9% y negativa en el 11,1%.

En relación a la comunicación durante la prestación sanitaria, fue muy positiva en el 40,7%, positiva en el 53,6% y negativa en el 5,7% de las ocasiones.

b) Utilización de los servicios sanitarios

Cuadro 2. Utilización de los servicios sanitarios

	Antes del proyecto	A los 2,5 años de iniciado el proyecto
Consulta prenatal	27%	45%
Nº de visitas prenatales por mujer	1,9%	2,1%
Partos en centros sanitarios	47%	65%
Consulta posnatal	74%	79%

Debemos resaltar el elevado porcentaje de la consulta posnatal, antes de iniciado el proyecto. Se explica porque estaba ligada a la vacunación BCG, obligatoria para poder inscribir al recién nacido en el registro civil. Con la formación desaparece esta relación, ya que se contabilizan las visitas reales que se realizan en el posparto a las púerperas, independientemente de la vacuna BCG.

DEBILIDADES Y FORTALEZAS

Debilidades:

A lo largo de estos años de proyecto hemos ido identificando las debilidades que le han acompañado, en algunos casos hemos podido ir modificándolas aunque en otros no ha sido posible:

- Cambio de los delegados del Ministerio de Salud de la provincia.
- Cambio de los responsables de MMA en Tánger.
- Dificultades de idioma, culturales y logísticas de las estancias de los sanitarios marroquíes en Andalucía. Además la duración de su estancia ha pasado de 15 días a 7 actualmente.
- Dificultades de constitución del comité consultivo.
- Dificil aceptación de las parteras tradicionales por la estructura sanitaria.

Fortalezas:

- El proyecto está plenamente insertado en el Plan Nacional de Salud.
- La identificación de las necesidades y la formulación del proyecto fue realizada de forma conjunta por personal de MMA y de las delegaciones de salud del Tánger.
- El diálogo permanente y flexible entre las dos delegaciones y MMA ha traído consigo unas relaciones personales e institucionales de confianza y respeto.
- Existe una implicación de los profesionales sanitarios en el proyecto y una participación activa del personal de base.
- La alta motivación de las parteras tradicionales.

La evaluación permanente de este proyecto y los resultados obtenidos han hecho nacer el «Programa de mejora de la salud materno-infantil en el Norte de Marruecos». Es un programa en el que están implicadas 7 provincias del Norte: Tánger, Larache, Chefchaouen, Alhucemas, Taza, Taounate y Nador. Este programa ha sido financiado por la Agencia española de cooperación internacional con un importe superior a los 2 millones setecientos mil euros y una duración de cuatro años.

Por otra parte, MMA ha respondido a otras demandas de las delegaciones de salud del Tánger para mejorar la salud escolar. Concretamente se ha llevado a cabo un Proyecto de mejora de la atención visual en salud escolar y en un futuro se realizarán otros proyectos de mejora de la salud buco-dental y auditiva.

BIBLIOGRAFÍA

Informe sobre Desarrollo Humano 2003. *Los Objetivos de desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Ediciones Mundi-Prensa 2003.

Plan de Développement Sanitaire 1999/2003. Deuxième version. Royaume du Maroc, Ministère de la Santé. Délégation de Tanger Assilah.

La Santé à Tanger en chiffres. Délégation du Ministère de la Santé de Tanger, 2001.

Diagnostic de la pauvreté à Tanger. Programme pilote de lutte contre la pauvreté en milieu urbain et périurbain. Royaume du Maroc. Ministère du développement social, de la solidarité, de l'emploi et de la formation professionnelle. PNUD octubre de 1999.

Abdelkhalek A, Ajbilou A, Fazouane A. Pauvreté, besoins de base et comportements démographique au Maroc. En: Rapport du social 2000. Bulletin économique et Social du Maroc.39-100

Azzedine A. L'analphabétisme au Maroc. En: Rapport du social 2000. *Bulletin économique et Social du Maroc*.

Informe sobre Desarrollo Humano 2002. Profundizar la democracia en un mundo fragmentado. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Madrid: Ediciones Mundi-Prensa, 2002.

Mernissi F. *Marruecos a través de sus mujeres*. Madrid: Ediciones del Oriente y del Mediterráneo 1993.

Oliver Reche MI y Velasco Juez MC. La mujer y la salud reproductiva en Maruecos. *Matronas profesión* 2002; 7:26-32.

Population Action International. Mundos diferentes. Salud y riesgos sexuales y reproductivos. *Informe PAI 2001*. Washington. Url: www.populationaction.org

Rapport arabe sur le développement humain 2002. Créer des opportunités pour les générations futures. New York: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) 2002.

Royo Rajadell E. *Salud sexual y reproductiva en Marruecos: políticas y cooperación*. Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva. Barcelona: CI-DOB ediciones, ISBN: 84-87072-21-1, 2003.

Temsamani TH. Analyse socio-économique de la condition de la femme au Maroc. En: *Droits de citoyenneté des femmes au Magreb*. Casablanca: Le Fennec 1997; 77-92

.....

LA UTILIZACIÓN DE LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN EN EL CUIDADO DE SALUD DE LAS MUJERES

Antoni Gelonch

Gerente de Relaciones Externas de Merck, Sharp & Dohme España

En primer lugar, creo que debería referirme a qué es el Programa de Salud y Mujer de MSD España. Este Programa forma parte del proyecto europeo sobre salud y mujer que Merck, Sharp & Dohme (MSD) desarrolla en toda Europa, con el fin de proporcionar información y educación sanitaria a las mujeres europeas.

Este programa a nivel europeo se inició en 1996 con el encargo al Instituto europeo de salud de la mujer, con sede en Dublín, de un estudio sobre lo que los investigadores de este Instituto consideraban las patologías más prevalentes en las mujeres europeas y que, según su consideración, eran las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la osteoporosis y la salud mental.

Basándonos en este informe, que fue auspiciado también por la Unión Europea, configuramos un conjunto de actividades presenciales en España entre los años 1997 y 1999. En esos tres años, realizamos 17 reuniones con asociaciones de mujeres o con Institutos de la Mujer de diferentes comunidades autónomas. En concreto, realizamos ese tipo de reuniones en 7 comunidades y reunimos en todas esas sesiones a 4.855 personas, en su inmensa mayoría mujeres (el 98%).

Con ese importante bagaje empezamos a evaluar la realidad del fruto de las reuniones y si la oferta que estábamos haciendo era eficaz y útil en términos de la relación coste/beneficio social. Llegamos a la conclusión que realmente tenían su utilidad, que nos permitían llegar a muchas personas, pero también detectamos que, en algunas ocasiones, creíamos que no dábamos suficiente información sanitaria, mientras que en otros casos se estaba dando demasiada o en excesivamente poco tiempo.

La conclusión fue que decidimos dejar de momento de hacer esas reuniones y desde 2000 hasta 2002, nos dedicamos a diseñar la estrategia y los instrumentos que podíamos utilizar para llegar a más mujeres interesadas en temas de salud, en cualquier momento y en cualquier lugar. Pero para eso también debíamos saber cuál era el grado de conocimiento y penetración de determinados instrumentos tecnológicos y cuáles eran las demandas de información del público al que queríamos dirigirnos.

Para conocer las demandas de información, encargamos un estudio sobre necesidades de información en salud de las mujeres en España, de manera que se realizaron 6.530 entrevistas telefónicas a mujeres mayores de 16 años, estratificadas en 6 grupos de edad, en todo el ámbito del Estado y por comunidades autónomas.

Una de las primeras conclusiones que se extrajeron era seguramente bastante predecible: al 93% de las mujeres en España y al 97% de las mujeres andaluzas les preocupaban los temas de salud. Sin embargo, la segunda conclusión fue, para nosotros, un poco más desconcertante, pues la enfermedad que más mencionaron que les preocupaba fue el cáncer, cuando no es ésta la causa de mortalidad más importante entre las mujeres, aunque probablemente sí es la que tiene una mayor presencia en el ámbito familiar y en los medios de comunicación. La segunda enfermedad más mencionada como centro de interés fue el sida, aunque también es cierto que si se analizan los datos ajustados a las cohortes de edad, resulta muy claro que preocupa, fundamentalmente, a las mujeres jóvenes, mientras que conforme se avanza en edad disminuye la preocupación por esta patología. En porcentajes inferiores encontrábamos las enfermedades cardiovasculares, las neuro-degenerativas y las músculo-esqueléticas, aunque paradójicamente algunas de ellas son más prevalentes en el conjunto de la población femenina en España.

Cuando se les preguntaba a las encuestadas, sobre cómo valorarían el nivel de información respecto de los temas de salud a los que tenían acceso, las andaluzas resultaban ser las mujeres más críticas en todo el Estado respecto al nivel de información en salud: el 78% de las mujeres entrevistadas en Andalucía consideraba que el nivel de información que recibían sobre temas de salud era medio o bajo.

También preguntamos sobre el nivel de comprensión y el resultado fue que el 75% de las mujeres andaluzas refería que lo que se les daba como información en salud no lo llegaban a comprender.

Como es bien sabido, y está absolutamente descrito, todas las profesiones inventan y utilizan un argot, que no es generalmente entendido por los profanos, y eso en el ámbito de la salud también sucede. Se habla mucho de la relación médico-paciente, pero todo da a entender que éste, en realidad, es un tema en el que se ha trabajado poco. De manera que si le preguntamos al médico sobre si el paciente ha entendido una determinada información, normalmente dice que sí, pero me temo que los profesionales se preguntan poco sobre el nivel de comprensión del otro lado. Resulta que cuando se pregunta al otro lado de la mesa a los pacientes que normalmente tienen una mayor dificultad para expresarse, muchas veces resulta que no acaban de entender, que no acaban de comprender la información que se les da, aunque también muy a menudo callan por un mal entendido respeto hacia los profesionales sanitarios, unos profesionales que no en todos los casos se han desprendido de un ejercicio paternalista de su profesión.

Esto varía mucho también según los rangos de edad, de manera que las mujeres más jóvenes resultan ser las más insatisfechas a la hora de valorar la información que reciben en salud: sólo el 48% de las mujeres entre 16 y 30 años entrevistadas consideraba que era suficiente; el 68%, que era adecuada; el 78%, que era comprensible, y el 68%, que era disponible. Por su lado, las mujeres de mayor edad entienden que es suficiente, adecuada, comprensible y disponible en mayores porcentajes.

Llegados a este punto, pues, sabíamos que a las mujeres les interesaba de forma muy mayoritaria recibir información sobre temas de salud, y que esta información debía ser comprensible, adecuada, suficiente y disponible. Respecto a este último punto, en el grupo promotor pronto llegamos al consenso de que Internet era la herramienta adecuada para que la información estuviera disponible en cualquier momento y en cualquier lugar, y que debíamos hacer un esfuerzo de adaptación del lenguaje, para hacerlo absolutamente comprensible.

Inmediatamente, se suscitó otra pregunta: para poner en marcha un portal en Internet, que era la hipótesis sobre la que empezamos a trabajar, debíamos saber si habría alguien al otro lado de la pantalla; y, por tanto, en la encuesta preguntamos sobre si el conjunto de mujeres encuestadas disponían de ordenador. La verdad es que cuando hicimos esta encuesta, a principios de 2002, nos sorprendieron mucho los porcentajes, porque las encuestas situaban la disponibilidad de ordenador o de acceso al ordenador entre el 20% y el 25% de la población general, mientras que a nosotros nos salió un 45%; de todas maneras, la última encuesta general a la población española, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, da ya estos porcentajes sobre disponibilidad de ordenador; claro que una cosa es tener acceso al ordenador, y otra es utilizarlo; porque en muchas casas hay ordenador porque los escolares, sobre todo de secundaria o del final de la primaria, demandan ordenador para poder tener acceso a información que les permita completar trabajos escolares o simplemente para navegar por el Messenger pero eso no implica que el resto de la familia o de la unidad convivencial lo utilice.

En otro orden de cosas, otra respuesta que nos sorprendió de los resultados de la encuesta, porque nosotros partíamos de la hipótesis contraria, fue que la inmensa mayoría de las mujeres en España no están asociadas, de manera que el 92% de las mujeres en Andalucía no pertenecen a ninguna asociación, y de ese ínfimo porcentaje, sólo el 10% realiza alguna actividad en una asociación.

Luego preguntamos cuáles eran sus fuentes de información en temas de salud. Como preveíamos, la primera fuente de información continuaba y continua siendo su médico, básicamente su médico de atención primaria, su médico de cabecera, en menor porcentaje el médico especialista, y muy poco las farmacéuticas y el personal de enfermería. Pero la segunda fuente de información a la que acceden son los medios de comunicación, unos medios de comunicación que van variando según el segmento de edad. Así, por ejemplo,

cuando se les pregunta a las personas mayores de 60 años, entienden como medio de comunicación principal la televisión porque es su ventana de información privilegiada y ante la que presentan mayor tiempo de exposición, mientras que los jóvenes indican que su medio de comunicación preferido como fuente de información es la prensa escrita.

Y ya en este punto, se efectuó la pregunta final sobre si a las encuestadas les parecería interesante la existencia de un portal específico especializado en salud y mujer. El resultado que se obtuvo fue que a más de la mitad de las mujeres españolas les parecería interesante el poder disponer de un portal específico sobre salud de la mujer, aunque los resultados variaban absolutamente según la franja de edad, así mientras que al 82% de las jóvenes entre 16 y 30 años afirmaba que les podría interesar que existiera un portal sobre salud de la mujer, sólo al 18% de las mayores de 70 años eso les parecía interesante, y eso no es ninguna novedad, puesto que tiene absoluta relación con el acceso que tienen, con la disponibilidad y con las habilidades que han desarrollado en el acceso a las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación.

Las conclusiones más importantes del estudio serían, que:

- 3 de cada 4 mujeres españolas creen que el nivel de información sobre salud al que tienen acceso no es bueno.
- Casi la misma proporción de mujeres encuestadas indica que no comprenden la información que reciben, siendo las andaluzas especialmente críticas en ambos aspectos.
- El tema sanitario que más les preocupa es el cáncer.
- El 45% dice disponer de ordenador, la inmensa mayoría en su domicilio.
- Muy pocas pertenecen a asociaciones de mujeres o realizan actividades en asociaciones de mujeres.
- Los medios de comunicación son la segunda fuente de información después de los médicos de cabecera, pocas acuden a los farmacéuticos o farmacias.
- Les interesaría tener acceso a un portal de Internet que les diera información sobre salud, en especial las mujeres más jóvenes.

Después de conocer estos datos, y no antes, elaboramos un proyecto que como todos los proyectos en la Red, entendíamos que debía ser dinámico y estar permanentemente actualizado. Para hacerlo posible consideramos que el portal debía generar o estimular investigación propia y debía desarrollar contenidos propios.

Con estas bases, empezamos el diseño de un portal centrado en las áreas de información, documentación, formación, investigación y comunicación y, por tanto, su estructura debía responder a estas diferentes áreas.

Por ello, en la web hay un buscador temático en el que se introduce un determinado término y te presenta los documentos que hay relacionados con ese vocablo, de manera que cuando lanzamos el portal, el 2 de julio de 2002, tenía ya más de 500 documentos disponibles, documentos que siempre tuvimos claro que no consistían en poder disponer de la última novedad aparecida en el *New England Journal of Medicine* o en el *British Medical Journal*, sino que se trataba de desarrollar contenidos para que las personas que los consulten los entiendan, los comprendan. No es, pues, un portal de novedades científicas. Ciertamente disponemos de un prestigioso comité científico y hemos desarrollado acuerdos para elaborar contenidos; pero lo más difícil es que un clínico o un documentalista haga un texto que se entienda, y ahí sí que tenemos graves dificultades, no estamos encontrando o nos cuesta encontrar clínicos y documentalistas que hagan información comprensible.

Luego existe una sección de novedades, donde se dispone de los últimos documentos incorporados, y existe también una revista electrónica de salud y mujer (RESYM), que se recibe mediante suscripción por correo electrónico, constituyendo un servicio más para las personas que están interesadas en los temas de salud y mujer. Obviamente, también hay información corporativa sobre quiénes somos, quién es el patrocinador, quiénes son los responsables de la elaboración, quién forma el comité científico, cuáles son los objetivos del proyecto, etc.

Todos los que colaboramos en este proyecto creemos que es absolutamente necesario basarnos en la política de transparencia de todos los agentes que intervienen en los procesos de información, y nos gustaría que fuera así en general.

En el portal, también se puede disponer de una sección que hemos bautizado como «¿qué es?», y en la que se describen 14 áreas clínicas, y cada una de esas patologías o áreas clínicas se explica en 5 páginas a doble espacio, indicando cuál es el diagnóstico, los métodos de diagnóstico, el pronóstico, el tratamiento, etc. Éste es el diseño de la web, en las 6 áreas que se han descrito: el buscador temático, «¿qué es?», novedades, la revista, las noticias y la información corporativa.

Otro tema que me parece interesante destacar es que otro tipo de acciones que queremos desarrollar son campañas de información y divulgación sobre determinadas patologías, en especial las más prevalentes. De manera que estamos desarrollando ahora mismo campañas sobre osteoporosis, migraña e ictus.

Si nos centramos en la patología objeto de este seminario, tenemos que respecto al sida, en el área «¿qué es?» hay una descripción sobre la enfermedad, y como en el resto de áreas clínicas hay dos tipos de documentos que son los más consultados, por un lado, la descripción de la patología, que sería esas 5 páginas a las que antes aludía; y, por otro lado, un tipo de documentos que tienen un enorme éxito son del estilo de 50 o 100 preguntas y respuestas sobre una determinada patología. Así, entre los documentos más

consultados (descargados en el argot internauta) tenemos las 50 preguntas y respuestas sobre el sida, o 100 preguntas y respuestas sobre la artrosis, o 50 preguntas y respuestas sobre la osteoporosis. Estos documentos originales los hemos elaborado partiendo de un análisis sobre cuáles son las preguntas que serían más frecuentes, que la gente consultaría más, y a partir de ahí hemos elaborado estos documentos, con los cinco sentidos puestos en garantizar su comprensión.

Otro ejemplo de esta obsesión por la comprensibilidad, es que si ustedes buscan sida en el buscador temático, encontrarán una serie de documentos, y podrán verificar que se trata de material divulgativo, o bien glosarios o diccionarios, que hacen comprensible la aproximación al tema, o cuando menos ésta es nuestra aspiración.

La verdad es que de los contenidos y de los datos estadísticos sí que estamos muy satisfechos, pues como he referido ya antes, el portal lo lanzamos el 2 de julio de 2002, y en solo 7 meses hemos tenido 39.000 visitas, con 26.000 usuarios distintos; se han realizado 1.800.000 hits; los documentos descargados han sido 18.000, y antes incluso de salir, porque esto son datos a 31 de enero de 2003, teníamos ya 1.568 suscripciones a la revista electrónica de Salud y mujer que todavía, como les digo, no había salido en esa fecha, por tanto, era cierto que había y hay muchas mujeres que quieren tener acceso a este tipo de información sobre salud.

Otra cosa que queremos hacer, como les decía, son investigaciones. El Observatorio como tal no investiga, el Observatorio de Salud y Mujer (que éste es el nombre del proyecto global) no tiene personal propio, nosotros lo que creemos es que hay mucha gente trabajando en todas estas áreas y que lo importante es reunir ya a todos esos grupos que trabajan y no inventarse otro grupo, entonces por ejemplo una investigación en curso se refiere al estudio de la producción científica en salud y mujer en España, porque otra cosa terrible sería repetir estudios que ya existen. En este punto, sinceramente creo que no nos vamos a llevar una gran sorpresa y estoy convencido de que vamos a tener enormes posibilidades de investigar en este campo, porque en epidemiología y en educación sanitaria en España hay pocas cosas, francamente.

También hemos encargado la realización de un mapa de asociaciones de mujeres en España, y ha resultado que en España existen más de 5.000 asociaciones de mujeres, pero de todas ellas sólo 120 tienen web o dirección electrónica y algunas son unipersonales o familiares.

Tal y como he referido anteriormente también hemos patrocinado la encuesta sobre las necesidades informativas de las mujeres en España, cuyos datos más relevantes he intentado desglosar. Y, en la misma línea de promoción de la investigación, conjuntamente con el Observatorio de la comunicación científica de la Universitat Pompeu Fabra se está realizando un estudio sobre género y salud en los medios de comunicación.

Este año 2003 vamos a lanzar conjuntamente con la Sociedad Española de Epidemiología una beca para estudios sobre salud y mujer; y, por otro lado, con la Sociedad Española de Salud Pública y Administraciones Sanitarias (SESPAS) estamos patrocinando el Informe SESPAS 2004 sobre género y salud.

Bien es cierto, de todas maneras, que queda muchísima población, muchísimas mujeres y muchísimos hombres que no acceden, porque no pueden o quieren, a Internet, y por ello vamos a continuar también con las actividades presenciales, así, por ejemplo, en febrero de 2003 hemos tenido un congreso en Barcelona, realizado bajo los auspicios de la Concejalía de Ciudad del conocimiento del Ayuntamiento de Barcelona sobre «mujeres y hombres, salud, ciencia y tecnología», y nuestra intención es la de continuar desarrollando este tipo de actividades, porque nos parecen útiles, porque ayudan a la reflexión, ayudan a la dinamización y ayudan a la visibilidad de los proyectos y a la visibilidad de los problemas.

Y, por último, añadir que hay dos dimensiones que nosotros no habíamos previsto cuando lanzamos este Observatorio: la primera dimensión que nos ha sorprendido es la receptividad que hemos encontrado en los países de América Latina, de manera que el 16% de las suscripciones a la revista, y cabe suponer que el 16% de las consultas al portal, proceden de mujeres residentes en países latinoamericanos y es tan grande la acogida que hemos tenido que vamos a desarrollar un piloto informando sobre este portal en México y Costa Rica.

La segunda dimensión que el portal nos ha descubierto, probablemente porque nosotros éramos neófitos y no lo sabíamos todo, pero yo creo que reconocer que no se sabe todo también está bien, es una dimensión intergeneracional. Parece evidente, o cuando menos, parece bastante probable que las mujeres mayores de 60 años no consulten este instrumento, pero resulta que si lo consultan las personas de 40 años que informan a las de 60 o más.

En España se detecta un problema o cuando menos una situación muy paradójica, en el sentido de que las mujeres son las mayores frecuentadoras del sistema sanitario, pero las mujeres no acuden al sistema sanitario por sus problemas de salud, sino que las mujeres en España continúan siendo, por un patrón cultural, los agentes de salud de las familias, y van al médico porque les preocupa la salud de sus hijos, la salud de su pareja o la salud de sus mayores, y tanto se preocupan de la salud de los demás que a veces se preocupan poco de la suya.

Y otra cosa que hemos tenido clara es, que en esa franja de edad de las mujeres entre 16 y 60 años que trabajan fuera del hogar y que tienen una remuneración, nosotros no podemos programar actividades presenciales, porque el patrón cultural hace que trabajen y que tengan que recoger a sus hijos, tengan que darles la cena y tengan que acostarlos, mientras nosotros hacemos otro tipo de actividades, entonces para ese tipo de mujeres

que no puede ir a las 7 de la tarde a escuchar conferencias muy interesantes sobre su salud, creemos que este portal puede ser una herramienta útil.

Para todas estas diversas tipologías de mujeres consideramos que el proyecto y la realidad del portal del Observatorio de Salud y Mujer es una herramienta interesante y que puede ser útil. Probablemente no les estoy hablando de la mejor herramienta ni de la única herramienta disponible, pero ésta sí es una herramienta que quería reunir, y creemos honestamente que reúne, cuatro características principales: que los contenidos y diseños sean claros, que tengan en cuenta a quiénes se dirigen, que sean transparentes y que tengan unos objetivos definidos. Creo sinceramente que estas características el proyecto de web del Observatorio de Salud y Mujer las tiene, y en la medida en que ustedes quieran utilizarlo, se lo agradeceremos, porque esto sólo puede mejorar con su colaboración, y este esfuerzo no tiene sentido si no se utiliza.

Y para utilizarlo, para consolidarlo, para criticarlo, para hacerlo suyo, por favor, entren en www.obsym.org.

Sección II. La intervención en salud sexual y reproductiva
Intervención ante necesidades especiales

.....

.....

LOS JÓVENES: NECESIDADES, DEMANDAS Y ATENCIÓN

María Ramos Monserrat

Unitat d'Investigació, Gerència d'Atenció Primària de Mallorca, Servei Balear de Salut

INTRODUCCIÓN

Este capítulo ha sido elaborado a partir de los resultados obtenidos en tres investigaciones realizadas en distintos ámbitos entre los años 2001 y 2002, que son:

- Salud y Juventud, estudio realizado por Mariano Hernán, María Ramos y Alberto Fernández de la Escuela Andaluza de Salud Pública de Granada a demanda del Consejo de la juventud de España. Los objetivos de este estudio fueron: conocer el estado de salud percibida por los jóvenes españoles de 13 a 29 años e identificar las variables relacionadas con dicho estado de salud; determinar la utilización que hacen de los servicios sanitarios; conocer sus hábitos de salud y sus opiniones y sugerencias sobre las intervenciones dirigidas a ellos. Se utilizó una combinación de métodos cuantitativos y cualitativos. Por una parte, se realizó una encuesta a una muestra de 1.693 jóvenes y, por otra parte, se realizaron entrevistas individuales y en grupo (grupos focales) con jóvenes.
- Conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con la infección por VIH en adolescentes de las Islas Baleares. Este estudio fue realizado por la Direcció General de Salut Pública de la Conselleria de Salut i Consum del Govern Balear en el marco del Pla de la sida. Se realizó una encuesta a una muestra de 1.504 adolescentes que cursaban 4º de ESO en institutos de enseñanza secundaria (IES) de Baleares. Como dice su título, el objetivo del estudio fue conocer el nivel de conocimientos, las actitudes y las conductas relacionadas con la infección por VIH entre los adolescentes escolarizados en Baleares.
- Educación sexual y expectativas ante los servicios sanitarios de los adolescentes escolarizados en Mallorca, realizado por Rainera Pérez, Sandra Guiu y Asunción Colomar, como trabajo de investigación durante su tercer año de residencia en Medicina Familiar y Comunitaria. Consistió en un estudio cualitativo mediante entrevistas en grupo a adolescentes que cursaban ESO, Bachillerato o Formación profesional en IES de Mallorca. Los objetivos de este estudio fueron describir la educación sexual que han recibido los adolescentes escolarizados de Mallorca y la que les gustaría recibir y, en segundo lugar, conocer sus expectativas ante los servicios sanitarios en temas de sexualidad.

DESARROLLO

A continuación se presentan una selección de los resultados obtenidos a partir de las tres investigaciones, estructurados de acuerdo a las tres dimensiones que conforman el título original de la ponencia Los jóvenes: necesidades, demandas y atención, que presentaremos como: necesidades (relacionadas con la sexualidad), atención (opinión sobre los recursos disponibles) y demandas (de los jóvenes, relacionadas con la sexualidad). Se presentan algunas gráficas y tablas procedentes de las encuestas con algunas de las frases que ilustraron los resultados obtenidos mediante las entrevistas (véase anexo al final del texto). Al mismo tiempo, se ha utilizado información procedente de una revisión de la bibliografía. La intención ha sido crear un hilo conductor orientado a elaborar propuestas para mejorar la educación sexual de los jóvenes de nuestro medio.

Necesidades

En primer lugar, hay que llamar la atención sobre el hecho de que las necesidades de los jóvenes no son homogéneas, ya que los jóvenes no son un grupo homogéneo. Así, sabemos que hay una serie de variables, tanto individuales (edad, sexo, clase social, etc.) como colectivas (ámbito urbano o rural y condiciones socioeconómicas del barrio donde se vive, etc.) que influyen en las conductas sexuales y, por tanto, en las necesidades en materia de sexualidad de los jóvenes. Así, por ejemplo, se ha observado que las chicas rurales son las que antes se emancipan, antes se casan y antes tienen hijos. O que antes de los 18 años uno de cada tres jóvenes tiene pareja estable, sobre todo, en el caso de las chicas. En cambio, después de los 18 ello se invierte, y tienen pareja dos de cada tres jóvenes. Se observa de nuevo una mayor estabilidad de la pareja en el caso de las chicas, sobre todo en el medio rural. (Véase gráfico 1.)

De acuerdo con los datos oficiales disponibles en nuestro medio, la edad de inicio de los jóvenes a las relaciones sexuales está en torno a los 18 años. En la Unión Europea, se estima que dicha edad de inicio oscila entre los 17 y los 20 años. Hay algunos datos indirectos que, en nuestro país, sugieren que se ha producido un adelanto en el comienzo de las relaciones sexuales. Así, en una encuesta realizada en el 2001 en adolescentes escolarizados (con una media de edad de 16 años), el 30% afirmó que había tenido relaciones con penetración (28% de las chicas y 32% de los chicos), porcentaje superior (concretamente el doble) respecto al obtenido en otros estudios realizados en Cataluña en una población similar. Ello concuerda con la propia percepción de los jóvenes. No se puede descartar, de todos modos, que en Baleares los adolescentes sean más precoces, ya que es la comunidad autónoma con mayor tasa de embarazos en adolescentes, de interrupciones voluntarias del embarazo y de sida por cada 100.000 habitantes.

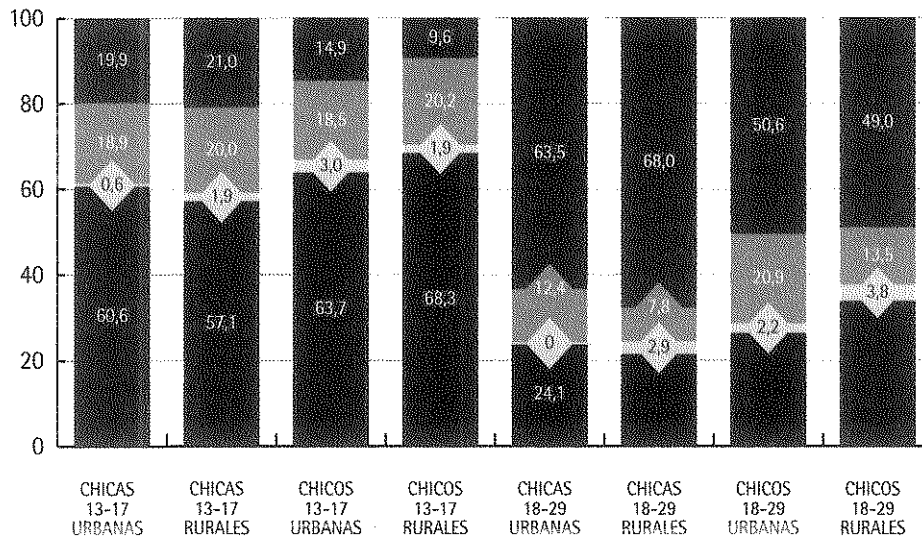


Gráfico 1. Situación afectiva de los jóvenes españoles

La mayoría de los adolescentes que declararon haber mantenido relaciones sexuales afirmaron usar siempre o casi siempre el preservativo, más los chicos (83%) que las chicas (77%). Entre los jóvenes de más edad (de 18 en adelante), alrededor de la mitad declaró usar de manera consistente el preservativo. Las chicas rurales fueron las que declararon haberlo utilizado menos.

El preservativo masculino es —de acuerdo con la evidencia disponible— el método más conocido y más utilizado por los jóvenes. En cambio, se observa que su conocimiento acerca de la efectividad de otros métodos para prevenir el VIH (como el preservativo femenino) o el embarazo (diafragma, DIU o incluso la píldora) es menor. Lo mismo ocurre cuando se compara el alto nivel de conocimientos de los jóvenes acerca del VIH/sida y sus mecanismos de contagio y prevención con el menor nivel acerca de otras infecciones de transmisión sexual (ITS) o de la prevención del embarazo. Todo ello refleja la concentración de recursos y esfuerzos desplegada en nuestro país en torno a la prevención del VIH/sida en detrimento de otros aspectos (embarazo, otras ITS, etc.), o de un abordaje más integral de educación para la salud.

Los adolescentes han afirmado de manera consistente en varios estudios locales que su principal fuente de información sobre el VIH es la televisión, no la escuela. Ello contrasta con el hecho de que entre el 70% y el 90% de los jóvenes españoles menores de 18 años declararon haber recibido educación sexual, y la mayoría (71%) consideró dicha educa-

ción como útil. Los estudios cualitativos muestran, sin embargo, que los jóvenes consideran la educación sexual recibida como insuficiente, superficial y siempre centrada en los mismos temas —el sida—. En Mallorca, en concreto, los adolescentes entrevistados afirmaron que la educación sexual que habían recibido en las escuelas era inexistente, o limitada a una charla puntual sobre el sida.

Sabemos que tener conocimientos es una condición necesaria, pero no suficiente, para adoptar conductas saludables y/o evitar las conductas de riesgo. En los cambios de conductas influyen, además del nivel de conocimientos, otros elementos, que Green agrupó en el modelo PRECEDE en predisponentes (valores, creencias y actitudes ante la conducta, entre las cuales se podría incluir su percepción de poder llevarla a cabo o autoeficacia y la llamada intención de conducta), facilitadores (habilidades para realizar la conducta y existencia y accesibilidad a los recursos necesarios para realizarla) y reforzantes (respuestas de uno mismo y del entorno tras haber realizado la conducta).

Estudios recientes muestran que, por ejemplo, la mayoría de los adolescentes se sienten capaces de convencer a una pareja —tanto si es habitual como esporádica— de usar el preservativo. Se observa, sin embargo, que una de cada cuatro chicas no se siente capaz de comprar o llevar preservativos siempre ni tampoco de rechazar una relación sexual sin preservativo, y una de cada tres, no se siente capaz de poner el preservativo a su pareja. En cambio, la mayoría de los chicos se siente capaz de ponerse un preservativo, de comprarlos o de llevarlos, pero no de rechazar «una relación sexual sin». Paralelamente, la mayoría de los adolescentes manifiesta una intención de conducta claramente favorable al uso del preservativo, sobre todo con las parejas esporádicas.

Cuadro 1. Intención de uso del preservativo en adolescentes*

	Chicas	Chicos
En las relaciones sexuales con mi pareja habitual usaré siempre el preservativo	98	95
En las relaciones sexuales con una pareja esporádica usaré siempre el preservativo	92	86

*Porcentaje que afirman que seguro o casi seguro.

Atención

Si tuvieran un problema (en abstracto) relacionado con la sexualidad, los jóvenes consultarían en primer lugar a sus amigos y, en segundo lugar, a sus padres, aunque les gustaría más consultar a sus padres que a sus amigos, ya que son conscientes de que los amigos no son los mejores consejeros, pero seguramente sí los más cercanos. Llama la

atención que no identifiquen otros recursos específicos para ellos como los centros juveniles, los teléfonos de orientación sexual o las páginas web de que disponen los centros de planificación familiar.

Los jóvenes consideran que los centros de salud son útiles para resolver problemas concretos, como ante la rotura del preservativo o ante un embarazo, pero no los identifican como lugares donde se pueda obtener información o resolver dudas relacionadas con la sexualidad o con otros temas como el consumo de drogas. Ante un embarazo, en todo caso, el último recurso serían los padres. Se pone también de manifiesto la importancia que tiene para los adolescentes que los servicios sanitarios garanticen la confidencialidad.

Cuadro 2. A quién acudirían los jóvenes y a quién les gustaría acudir si tuvieran un problema relacionado con la sexualidad (%)

	Acudirían	Les gustaría acudir
A mis amigos	30	19
A mis padres	26	32
A un centro de planificación familiar	8	9
Al ginecólogo	7	10
No sé dónde acudir	7	5
A nadie	6	5
Al médico general	6	7
A mis hermanos o primos	5	5
A un centro para jóvenes	0	5
A mis hermanos o primos	0	5
A un teléfono de orientación sexual	0	2

Demandas

En primer lugar, los jóvenes solicitan ser escuchados. En este sentido, plantean una educación sexual impartida por profesionales sanitarios; pero que ésta sea dentro de la misma escuela, que es donde pasan la mayor parte del tiempo, y que además sea participa-

tiva, no centrada exclusivamente en el tema del sida y orientada a la resolución de problemas y de dudas. En segundo lugar, sugieren una mayor utilización de los medios de comunicación, entre ellos la televisión. En tercer lugar, piden que se facilite el acceso a los preservativos.

Cuadro 3. ¿De dónde les gustaría recibir información a los adolescentes sobre el VIH? (%)

	Chicos	Chicas
Clase	51	60
Profesionales sanitarios	39	53
Folletos	32	42
Televisión	40	30
Prensa	19	22
Radio	14	10

Cuadro 4. Priorización de propuestas de los jóvenes

	Votos	Grupos
1. Educación para la salud en colegios	30	7
2. Ocio alternativo asequible	16	6
3. Más participación de los jóvenes	13,5	5
4. Legalizar las drogas blandas	13	4
4. Transporte público nocturno	13	3
5. Cambio social	10	3
6. Promoción del deporte	9	3
6. Información real sobre drogas	9	3
7. Charlas a los padres	8,5	5
8. Evitar la manipulación de los medios de comunicación	8	2

A modo de conclusiones

La educación sexual que reciben los jóvenes en nuestro medio es, desde su punto de vista, insuficiente, y centrada exclusivamente en la prevención del VIH. Los jóvenes tienen un nivel elevado de conocimientos respecto a la prevención del VIH, pero no en otros temas relacionados con la sexualidad (embarazos, otras ITS, otros métodos anticonceptivos, etc.). Al mismo tiempo, persisten algunas falsas creencias en torno a la sexualidad, así como desigualdades relacionadas con el género. En tercer lugar, se detectan en las chicas carencias en las habilidades para comprar, llevar y utilizar el preservativo. Todo ello pone de manifiesto la necesidad de mejorar la educación sexual de los jóvenes.

Los jóvenes han demandado una educación sexual temprana, en la escuela; pero impartida por profesionales externos, que abarque un abanico amplio de temas, participativa y orientada a la resolución de problemas y dudas. En segundo lugar, los jóvenes solicitan que se difundan más los recursos dedicados a ellos, que se haga utilizando los medios de comunicación que emplean y, finalmente, que se facilite el acceso a los preservativos.

ANEXO

Opinión de los jóvenes sobre sus necesidades, atención y demandas

Necesidades

«...sobre todo está mejor visto por parte de los chicos, el chico que se va con más de dos chicas es un campeón; en cambio una chica, no...»

«Nosotros mucha educación no hemos tenido, hemos tenido una charla cada dos años, cuando estábamos en ESO, un año es una charla de sexo y el próximo año una de drogas.»

«Te dan información en bruto, sin procesar... Hay mucho barullo, y ese barullo que se da como información, pues puede crear más desinformación al final. Se necesita profundizar, y es una sociedad que no profundiza, que no tiene interés, que no tiene tiempo...»

«Yo tengo dos amigas que toman la pildora del día después como si fuera una pastilla juanola. Yo digo, pero tía... Yo es que creo que no saben bien los efectos de todos los métodos anticonceptivos. No sé sabe bien todo lo que ocurre, el tanto por cien de efectividad que tienen.»

«El mantener relaciones con la marcha atrás, sí que se sigue utilizando como método anticonceptivo. Hay mucha gente que sabe que no es cierto pero se sigue haciendo. La gente se arriesga.»

«Quién coño no sabe que con un preservativo no coges el sida. Otra cosa es que tú digas mira, si cojo el sida, el sida es muy difícil de cogerlo, qué raro, éste es tu problema. La información te la han dado, igual que el cinturón, el tabaco...»

Atención

«No iría al centro de salud porque allí saben tu nombre y apellidos, saben quiénes son tus padres. Sin embargo, en un centro para jóvenes no tienen el porqué saber quién eres. En el centro de salud estamos todos registrados y pueden llamar a tus padres...»

«...Al centro de salud iría como último recurso, como cuando se rompe el preservativo.»

«Y en los centros de planificación... Más que miedo de que te vean, que lo tienen en el subconsciente asimilado, que tú vas ahí y cualquiera que te vea está diciendo: le ha pasado algo malo...»

«En caso de embarazo no sabría qué hacer, tienes que comprar un test, y si da positivo, allí sí que ya no tienes nada que hacer, hablas con tu madre... Sólo piensas en el aborto.»

Demandas

«Yo creo que lo principal es escuchar a los jóvenes, porque se están haciendo muchas cosas, se están dando por supuestas muchas cosas.»

«Te dan un folleto y ya está. Eso no es información. Información es que te enteres, que puedas preguntar, que te contesten, y que te aclaren dudas, y que se te quede todo claro. No, porque te presenten un folleto que te diga: sí, el preservativo 99% de efectividad, no sé cuántos. Eso no es.»

«Yo creo que es mucho más importante que desde los medios de comunicación haya políticas reales de por ejemplo, comunicación. Políticas reales de concienciación social, de cambio de hábitos y de costumbres...»

«Se deberían de regalar los preservativos para que se usen más. Que sean más baratos. Es difícil acceder a los preservativos. Mucha gente no los compra por vergüenza...»

«Deberían existir más máquinas de preservativos en los colegios e institutos, en los baños, porque es donde más tiempo pasamos.»

LA MUJER EN EL CLIMATERIO: NECESIDADES, DEMANDAS Y ATENCIÓN

Isabel Ruiz Pérez
Profesora de la EASP

El cese natural de la menstruación se estima entre los 50-52 años; las expectativas de vida se sitúan actualmente, para las mujeres de países occidentales, hacia los 80 años, lo que significa que más de un tercio de sus vidas transcurren bajo el período climatérico (1).

De acuerdo con el punto de vista tanto popular como de muchos expertos, el climaterio representa un importante acontecimiento cultural, psicológico y fisiológico para la mujer. Significa el final de la reproducción, lo que para muchas sociedades occidentales equivale al envejecimiento (2).

Para identificar las necesidades de las mujeres en este periodo de su vida, hay que conocer qué ocurre en él. Se podrían identificar tres planteamientos en torno al climaterio.

- 1º Para una parte de esta comunidad científica se trataría de un problema médico, de un estado de déficit estrogénico que requiere tratamiento y para el cual la terapia de elección sería la THS.
- 2º El climaterio se puede entender como un proceso natural que ocurre en todas las mujeres, como una etapa más en el largo camino que nos conduce a la meta.
- 3º Desde un punto de vista más integrador podríamos considerar que la mujer climatérica no vive en un «vacío» y que una comprensión más ajustada de su experiencia en estos años exigiría, no solo analizar los cambios hormonales, sino también los cambios que en sus roles sociales, sus responsabilidades, relaciones y expectativas tienen lugar en este periodo, la mayoría de los cuales tienen, además, una connotación social claramente negativa (3).

Así, el climaterio ha venido siendo asociado con la vejez, con la pérdida de atractivo sexual y con la pérdida de capacidad reproductora y con un incremento de enfermedades crónicas, sobre todo, enfermedades cardiovasculares, cáncer y osteoporosis. Tradicional-

mente una multiplicidad de síntomas se han venido atribuyendo a la menopausia, sin apenas distinguir entre síntomas resultantes de la pérdida de función ovárica de otros asociados al proceso de envejecimiento o de factores socioambientales específicos de este período de la vida de la mujer. De la gran cantidad de síntomas físicos y psíquicos que se han asociado a este período de la vida de la mujer, sólo los vasomotores, la atrofia vaginal y la osteoporosis, pueden considerarse relacionados con el déficit hormonal subyacente (2).

El resto de síntomas, o tienen la misma frecuencia que en otras edades, o deben atribuirse al proceso de envejecimiento. En este sentido, hay enfermedades coincidentes con esta etapa como el cáncer de mama, el de cérvix y el de útero. Con respecto al cáncer de mama, es evidente que la edad es un factor de riesgo ya que aparece por encima de los 25 años e incrementa su frecuencia hasta los 50. Pero además de la edad, muchos otros factores de riesgo se barajan, muchos de ellos relacionados con el estilo de vida. Como la prevención es eficaz es por lo que existen en la mayoría de las comunidades autónomas Programas de detección precoz de cáncer de mama. Hay controversia sobre la idoneidad de la detección precoz en el cáncer de cérvix y no está indicada en el cáncer de útero. Por lo tanto, la atención debe ser similar a la dada en otras edades.

Tradicionalmente se han identificado como un motivo de consulta a los síntomas psicológicos. Hoy también se sabe que no hay evidencias de que la menopausia natural conlleve un incremento de trastornos depresivos lo cual no quiere decir que no haya un número de mujeres que presenten síntomas (4). Cuando se analizan qué factores se asocian a la presencia de morbilidad psíquica en estas edades son: insatisfacción con los roles que se ejercen, el estrés, la ausencia de apoyo social, la violencia, la responsabilidad del cuidado de otros. Es decir, estos síntomas tienen un origen fundamentalmente psicosocial (3). Lo que se puede decir, con toda esta información, es que la depresión no se asocia de forma convincente al climaterio, pero la posición social de la mujer sí se asocia claramente a la depresión (5).

Se ha venido sugiriendo que la disminución del deseo sexual, podría, en parte, ser debida a los cambios atróficos del endotelio vaginal que se acompañan de una disminución de la lubricación de la vagina, asociándose en algunos casos a la aparición de una dispareunia o molestias en las relaciones sexuales. Pero si bien la dispareunia parece directamente relacionada con la disminución de la producción estrogénica en mujeres postmenopáusicas, en cambio la disminución del deseo sexual es más difícil de cuantificar así como de separar del proceso de envejecimiento. Además resulta difícil de objetivar, porque no resulta fácil diferenciarlo de la frecuencia habitual de relaciones sexuales. Y estas últimas siguen determinadas, en gran medida, por el deseo sexual de la pareja masculina, teniendo poco que ver el deseo y el interés sexual de la mujer (6). El climaterio se desarrolla en un período donde muchas mujeres están experimentando cambios en sus roles sociales, en sus responsabilidades y en sus relaciones. Y en esta transición del ciclo de la

vida, la menopausia no puede ser vista meramente como el final de la menstruación ni tan siquiera solamente como un aspecto del envejecimiento, sino que necesariamente nos conduce a un discurso en el que aparece el género y la especificidad de los roles sociales asociados a la mujer de mediana edad.

Las mujeres en este periodo suelen experimentar un número importante de cambios personales en su vida, y éstos suelen asumirse como acontecimientos de signo negativo: problemas de salud propia o de la pareja, muerte de un familiar cercano, cuidado de padres enfermos y/o ancianos, jubilación, marcha de los hijos de casa o retorno de los mismos.

De todas formas convendría señalar que son pocos los estudios que ofrecen la oportunidad de que la mujer pueda identificar elementos positivos de cambio en su estado de salud, comportamiento, estilo de vida, etc. asociados a la menopausia. Algunos han señalado la llegada de los nietos, la libertad que supone la desaparición del riesgo de un embarazo no deseado, así como la oportunidad de desarrollar otras actividades y llevar a cabo proyectos tras verse libres del rol maternal, como acontecimientos positivos que aparecen en este periodo (7).

Otro aspecto muy debatido es si el hecho de tener expectativas negativas en torno a la menopausia influye a la hora de una peor percepción de la experiencia. Y de hecho así parece ser, convirtiéndose sus temores en realidad.

En resumen, esas ideologías o creencias, llevan a considerar la menopausia como un problema de salud. Pero esto no sólo afecta a los profesionales de la salud, sino que afecta, y a veces principalmente, a la propia mujer.

EL MODELO PROPUESTO POR BOWLES (1990)

Las creencias y expectativas de la ideología más prevalente en un momento dado, sostienen la estructura subyacente para el desarrollo de las actitudes hacia la menopausia, lo cual, a su vez, influencia la experiencia actual de la menopausia.

Varios autores, tanto en estudios transversales como en diseños prospectivos, han demostrado cómo las actitudes, creencias y expectativas eran los mejores predictores de los síntomas referidos en la menopausia. Es decir, actitudes negativas se relacionaban con experiencias negativas y a la inversa. A pesar de todo esto, se sigue mantenido el estereotipo clínico de la mujer climatérica como «mujer depresiva, que realiza un consumo excesivo de psicofármacos y un uso desproporcionado de recursos de salud (8)».

En relación con la mayor utilización de los servicios de salud por parte de la mujer climatérica, en muy pocos trabajos se ha llegado a cuantificar la proporción de mujeres que durante estos años acuden a los servicios sanitarios por quejas relacionadas específicamente con la menopausia.

Habría que analizar en 1^{er} lugar cuantas mujeres realmente en estos años solicitan ayuda médica; en 2^o lugar los factores que se relacionan con la decisión de pedir ayuda médica; y en 3^{er} lugar la respuesta que, por parte de los profesionales, se les da a estas mujeres (8).

McKinlay ya puso de manifiesto en un estudio prospectivo de 2.500 mujeres entre 45 y 55 años, que la menopausia en sí misma no provoca un incremento en la conducta de utilización, siendo la menopausia quirúrgica el único acontecimiento relacionado con los cambios menstruales que se mostraba asociado, y mínimamente, con un mayor uso de los servicios sanitarios (9). En el *Massachusetts women's health study*, se señala que sólo el 32% del total de las mujeres estudiadas, acudía al médico por quejas relacionadas con la menopausia (10). Igualmente, el *Melbourne women's midlife health study*, muestra que aproximadamente 1/3 de las mujeres en los años del climaterio acude a los servicios de ginecología, pero que sólo el 50% de ellas solicitan ayuda por quejas específicamente relacionadas con la menopausia (11). Por otra parte, la decisión de pedir ayuda médica no es una simple respuesta a la aparición de cambios en el estado de salud físico o psíquico, sino que es un proceso dinámico influenciado tanto por las creencias y conocimientos en salud, las características sociales y demográficas, etc., como por la historia de salud previa. Con relación a esto último y como señala McKinlay, la relación entre menopausia y consulta médica estaría mediatizada por el estado previo de salud, sobre todo por la existencia de patologías crónicas, pero también es cierto que existe una gran presión social sobre la mujer instándola a buscar ayuda médica para la menopausia y ejercer su derecho a ser tratada por este motivo (12).

En un estudio realizado el año pasado aquí, en Granada, en un centro de atención primaria, se le preguntaba a la mujer por la asistencia sanitaria durante el climaterio (13).

El 53,9% de las mujeres acudieron al médico por motivos relacionados con la menopausia, siendo los bochornos y/o sofocos (22,5%) junto con las alteraciones menstruales o simplemente para comentarle al profesional que se le había retirado la regla (22,5%) las causas principales de consulta. El 19% refería trastornos psíquicos, el 12% síntomas osteomusculares y el 7,5% acudió por revisiones quirúrgicas. El 60,5% de las mujeres demandaron un ginecólogo que ejerciese en la sanidad pública (86,7%). Los facultativos prescribieron algún tratamiento al 67,5% de las mujeres que les consultaron.

Entre las mujeres que acudieron al médico y se les recetó algún tratamiento, la terapia hormonal sustitutiva (THS) fue la opción farmacológica más prevalente (63,7%), prescribiéndose en menor frecuencia AINES y/o analgésicos, ansiolíticos y/o antidepresivos, antidopaminérgicos, etc. Las variables que de manera independiente se asocian a la prescripción de THS son tener la menopausia, referir síntomas psíquicos, acudir al ginecólogo, y que éste ejerza en la sanidad privada.

La THS ha venido siendo la respuesta farmacológica a la necesidad de aliviar los síntomas específicos asociados al declinar de la producción estrogénica. Sin embargo, los resultados de varios ensayos clínicos recientemente publicados, no sólo cuestionan el papel pre-

ventivo de esta terapia sino que, además, la asocian a patologías como el cáncer invasivo de mama, enfermedad coronaria, ictus y embolismo pulmonar, lo que ha llevado a suspender uno de los ensayos clínicos más importantes en este campo (14,15).

También, recientemente, ha sido descartado que la THS mejore la calidad de vida a las mujeres en estos años (16). La medicalización de la menopausia, desde un punto de vista conceptual, al igual que otras experiencias de medicalización en mujeres, tiene efectos mixtos. De un lado, las quejas como el sentirse acaloradas, sudoración, sequedad vaginal, el insomnio, la irritabilidad se ven como legítimas, se pueden explicar científicamente y se pueden aliviar con tratamiento, en vez de atribuirse a efectos de la subjetividad de la mujer. De otro lado, se refuerza el rol estereotipado tradicional de envejecimiento de la mujer, se categorizan los síntomas como deficiencias individuales, se extiende el control de la medicina sobre las experiencias de las mujeres, reforzando normas culturales sobre la conducta más apropiada en mujeres de esa edad, potenciando así la autoridad cultural de la Medicina (17).

En todas las conferencias internacionales de promoción de la salud y las mujeres que se han realizado, dos aspectos han sido puestos de manifiesto: 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 a la suya propia.

Como conclusión, a pesar de la intensa atención que en el ámbito nacional se le presta al climaterio, creo que las mujeres continúan sintiéndose marginadas por un sistema sanitario que ellas perciben, que no responde a sus necesidades.

La medicalización del climaterio como respuesta general para todas las mujeres obvia, desde mi punto de vista, la influencia de todos estos factores psicológicos, culturales y sociales; y, sobre todo, niega la necesidad de individualizar el tratamiento para cada mujer, la necesidad de dar información, asumir las incertidumbres y respetar las preferencias de cada mujer.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Research on the menopause in the 1990s*. Report of a WHO Scientific Group. Geneva: WHO, 1996.
2. Dennestein I, Astbury J, Morse C. *Psychosocial and Mental Health assesmts of Women's Health*. Geneva: OMS, 1993.
3. Ruiz, I. *Morbilidad siquiátrica y ajuste social en mujeres climatéricas. Un estudio comunitario*. Tesis Doctoral. Valencia, 1990.

4. Nicol-Smith L. Causality, menopause and depression: a critical review of the literature (1996). *BMJ* 131: 1229-32.
5. Montero I, Ruiz I. Menopausia: estereotipos, leyenda y realidad. En: *Subjetividad y ciclos vitales en la mujer*. González-Chávez A, Madrid: Ed. Siglo XXI, 1997.
6. Sallinger CB. Psychiatric Aspects of the Menopause. *Brit J of Psychiat*, (1990);156: 773-787.
7. Sánchez-Cánovas J. Aspectos psicológicos de la menopausia. En: *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ariel Editorial, 1996.
8. Montero Piñar I, Ruiz Pérez I. Depresión y Menopausia. En: *Trastornos depresivos en la mujer*. Masson, . 1999.
9. Mckinlay JB, MckinlayY SM, Brambilla D. The relative contributions of endocrine changes and social circumstances to depression in mild-aged women. *J Health Soc Behav*, 1987; 28, 345-363.
10. Avis NE, McKinlay SM. The Massachussts Women's Health Study: An Epidemiologic Investigation of the Menopause. *JAMA* (1995); 50: 45-63.
11. Morse CA, Smith A, Dennerstein L, Green A, HooperJ, Burger M. The treatment seeking women at menopause. *Maturitas* 1994; 18(3): 161-173.
12. Ruiz I, Montero I, Hernández-Aguado I. Factores asociados a la utilización de servicios de ginecología por la mujer climatérica: un estudio de casos y controles. *Med. Clin (Barc)* 1994; 102: 76.
13. Ruiz Pérez I, Bermejo Pérez MJ. Conocimiento de las mujeres menopáusicas sobre la Terapia Hormonal Sustitutiva. *Gac San* (aceptado).
14. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 2002; 288: 321-33.
15. Ruiz Pérez I. Los riesgos de la terapia hormonal sustitutiva combinada superan los beneficios. Ref. revista/libro: *Ges Clin Sanit* 2002; 4 (1): 14 Comentario sobre: Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002; 288: 321-333.
16. Hays J, Ockene JK, Brunner RL, et al. Effects of estrogen plus progestin on health-related quality of life. *N Engl J Med* 2003; 348: 1839-54.
17. Dixon AJ. The evolution of clinical policies. *Med Care* 1990; 28: 201-20.

LOS INMIGRANTES EN ESPAÑA: NECESIDADES, DEMANDAS Y ATENCIÓN

Pilar Lobato Astorga

Fundación Progreso y Salud, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía

INTRODUCCIÓN

Las reflexiones que aquí se hacen surgen del análisis de los datos y la experiencia de los cuatro años que lleva funcionando el convenio de colaboración en materia de salud pública para inmigrantes suscrito por la Consejería de Salud con diversas ONG y sindicatos. La Fundación Progreso y Salud es la institución pública, dependiente de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, encargada de la coordinación y seguimiento de este convenio. Su objetivo es promover el acceso de los inmigrantes al Sistema Sanitario Público Andaluz (SSPA) en condiciones de igualdad con los autóctonos, tratando de salvar las barreras legales, administrativas, lingüísticas o culturales que pudieran encontrar. En estos cuatro años ha dado acceso a más de 140.000 inmigrantes que de otra forma lo hubieran tenido más difícil o imposible. También ha proporcionado datos al sistema sobre su ubicación, procedencia, edad y sexo, elementos importantes a la hora de adecuar los servicios sanitarios a las nuevas o diferentes necesidades y ha aportado materiales de apoyo para la labor de los profesionales sanitarios, de las entidades colaboradoras y para los propios inmigrantes.

En lo relativo a la salud sexual y reproductiva de los inmigrantes en España, lo primero para intentar encuadrar el problema es saber de qué población estamos hablando y las diferencias que puede presentar en cuanto a la necesidad, demanda y atención sanitaria con respecto a la población autóctona. ¿De qué población estamos hablando?, ¿todos los extranjeros son inmigrantes? Aunque parezca una obviedad consideramos necesario aclarar que hablamos de inmigrantes: cuando se trate de extranjeros residentes en este país pero nacionales de otro, que no forman parte de la Unión Europea y tienen menor desarrollo económico. Otra característica es que vienen a trabajar. No son inmigrantes, por lo tanto, los turistas —aunque muchos iberoamericanos entran como tales— ni los que cruzan año tras año el estrecho con sus coches cargados en la Operación Paso del Estrecho —aunque sí lo son los que lo cruzan en pateras—; tampoco lo son los jubilados europeos que vienen a retirarse a nuestras costas ni los europeos que vienen a trabajar —no deberíamos considerarlos casi ni extranjeros— ni los

estudiantes ni los séquitos saudíes que veranean en Marbella —aunque sean árabes— ni los norteamericanos, australianos y japoneses, procedentes de países con mayor renta per cápita que la nuestra.

En resumen, las características que pueden diferenciar a esta población a efectos de atención sanitaria son: proceden de otro país menos desarrollado; vienen a trabajar —ésta es su prioridad—; tienen otra cultura y tradiciones; manejan otro idioma y otros códigos de comunicación. Estos cuatro elementos influyen decisivamente, a nuestro entender, en las variables que estamos analizando: necesidad, demanda y atención de salud sexual y reproductiva.

NECESIDADES

Podemos considerar tres grupos de factores que inciden en mayor o menor medida en la necesidad que presenta este colectivo en materia de salud sexual y reproductiva: demográficos, sociales y sanitarios, y culturales.

Factores demográficos

Según las últimas estadísticas del Ministerio del Interior (1) el 31-12-2002 residían en España 1.324.001 extranjeros, de los que 590.629 (44,79%) son mujeres. Del total, si extraemos a los europeos y a los de América del Norte y Oceanía, es decir a los que proceden de zonas o áreas igual o más desarrolladas que la nuestra, residen en España menos de un millón de inmigrantes (943.000). Y la cifra cambia aún más si restásemos a los estudiantes, que están incluidos ahí (aproximadamente 225.000) porque a efectos de la salud sexual y reproductiva la población de estudiantes procedentes de países menos desarrollados debe ser tenida muy en cuenta.

En general, podemos hablar de una población más joven que la nuestra, con una estructura etaria concentrada sobre todo en el centro, en la edad más fértil, en edad laboral, productiva y reproductiva.

En los últimos años esta población está aportando la principal fuente de renovación demográfica. Nos está aportando un saldo vegetativo positivo a nuestro paulatino envejecimiento poblacional.

Los nacimientos de madre extranjera se han triplicado en los últimos cinco años mientras que han bajado los de madre española.

En la tabla 1 podemos ver cómo la natalidad de esta población duplica la nuestra. Andalucía es un ejemplo de cómo la composición demográfica de los residentes extranjeros incide fuertemente sobre los indicadores de salud reproductiva. Aquí contamos con un mayor número de europeos —con un perfil reproductivo similar al nuestro— y un menor de iberoamericanos

—que son los extranjeros que mayor número de nacimientos tienen en España—, además de que partimos de una mayor tasa de natalidad que el resto del Estado.

Tabla 1. Población, nacimientos y tasa de natalidad

	España	Andalucía
Población total	40.847.371	7.357.558
Población autóctona	39.523.370	7.193.616
Población extranjera	1.324.001	163.924
Total Nacimientos	397.632	80.579
De madre española	372.988	78.440
De madre extranjera	24.644	2.139
Tasa B.Natalidad	9,73	10,95
T. Natalidad pob.Española	9,44	10,90
T.Natalidad pob.Extranjera	18,61	13,05

Otro dato que es necesario resaltar es que así como la población extranjera supone el 3% de la población total residente en España, los nacimientos son el 6%. Hay algunas comunidades autónomas donde el volumen es mucho mayor. En Madrid, según Isabel Serrano (2) —ginecóloga y presidenta de la Asociación de Planificación Familiar de Madrid— los nacimientos de madre extranjera han sido el 18% del total en el año 2001. En Andalucía, sin embargo, no tienen este peso. Podemos verlo mejor en el gráfico 1.

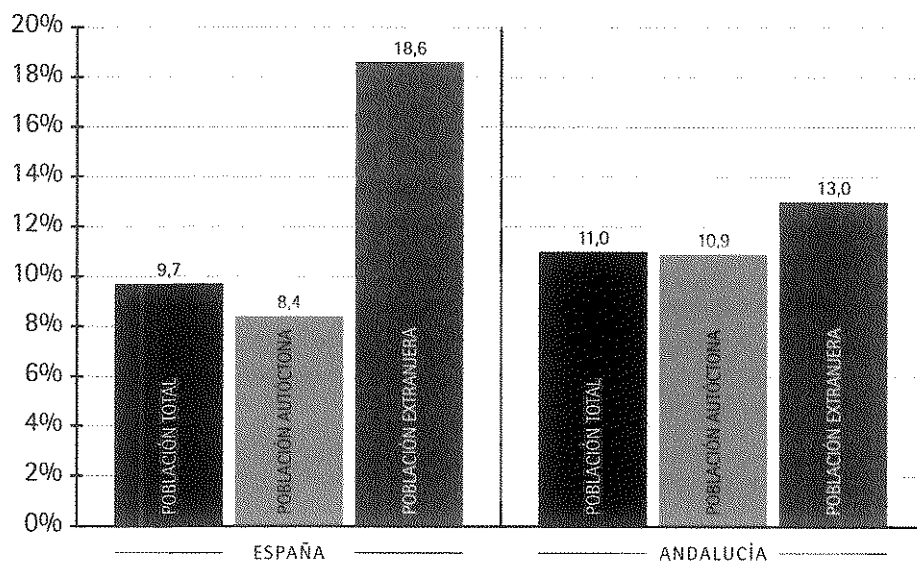


Gráfico 1. Tasas de natalidad en España, año 2000

Vemos a continuación cómo se distribuyen por continentes estos nacimientos. Más del 80% son de madre procedente de un área menos desarrollada, económicamente hablando.

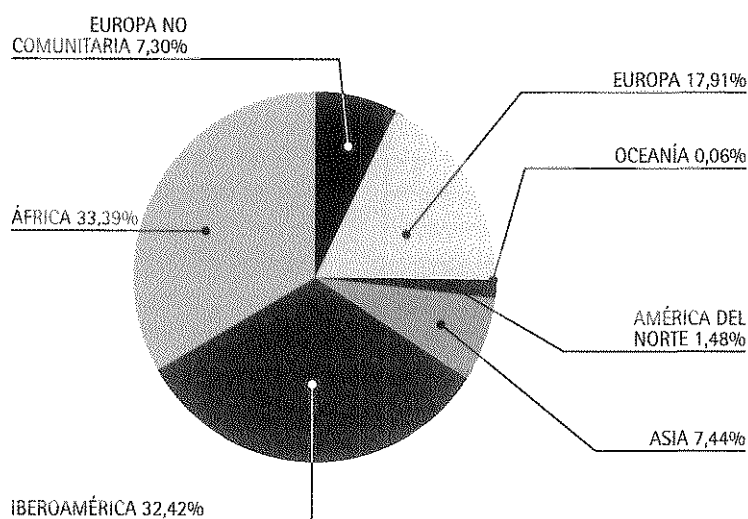


Gráfico 2: distribución de los nacimientos de madre extranjera

Hemos seleccionado en la tabla 2 los países que más nacimientos presentan de cada área de estudio y vemos cómo el mayor número de nacimientos son de madre marroquí —la que más contribuye— seguidos por ecuatoriana, colombiana, china, peruana y rumana.

Las tasas brutas de estas poblaciones son muy superiores a las nuestras, en torno a 22 nacimientos por cada mil habitantes. Las menores serían atribuibles a los de la Europa no comunitaria.

En cuanto al orden que ocupan estos nacimientos para la madre, parece que las procedentes de África son las que tienen más terceros y cuartos hijos, aunque son especialmente las procedentes de Gambia —residentes casi exclusivamente en Cataluña— las que tienen una proporción sobresaliente en el cuarto y más.

Tabla 2. Distribución porcentual de los nacimientos según el área de procedencia y la nacionalidad de la madre

	Nº nacimientos	% del Total de madre extranjera (24.644)
TBN 16	EUROPA NO COMUNITARIA	7,30
	Rumanía	30,31
	Polonia	21,41
	Rusia	11,62
TBN 22	ÁFRICA	33,39
	Marruecos	75,85
	Gambia	5,64
TBN 22	Argelia	3,91
	IBEROAMÉRICA	32,42
	Ecuador	32,48
TBN 20	Colombia	18,98
	Perú	8,60
	ASIA	7,44
TBN 20	China	51,04
	Filipinas	8,16
	India	6,76

Otro aspecto destacable es que tienen los hijos más jóvenes. Sólo el 12% de los nacimientos de madre española son de menores de 25 años, mientras que es el 28% entre las extranjeras. Observen en el gráfico 3 cómo se distribuye entre las diferentes áreas de procedencia.

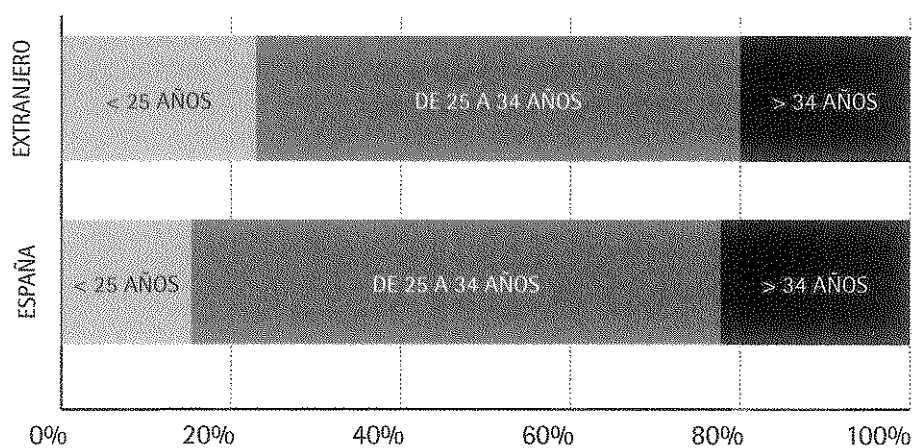


Gráfico 3. Nacimientos en España según la nacionalidad y la edad de la madre, año 2000

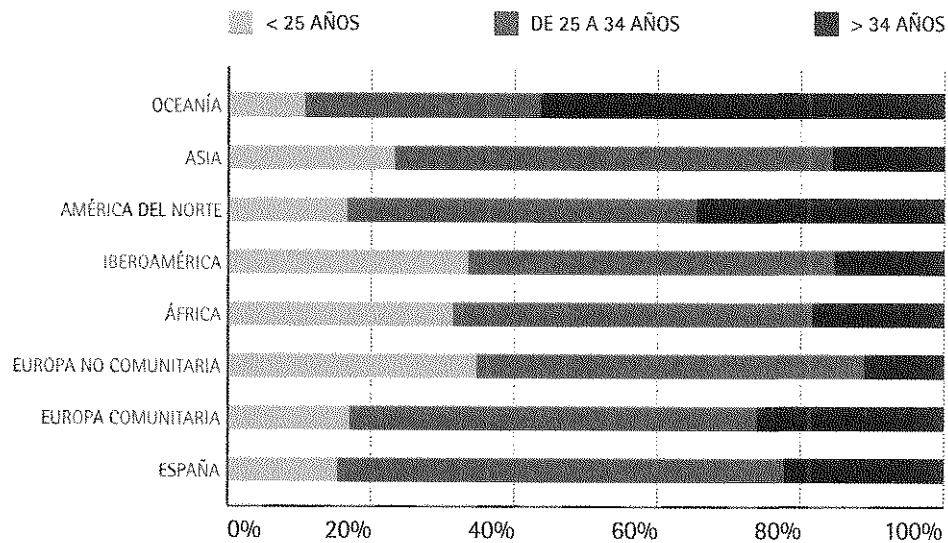


Gráfico 4. Nacimientos en España según el área de procedencia y la edad de la madre, año 2000

Factores culturales

Proceden de países con mayores tasas de natalidad, fertilidad y mortalidad infantil, es decir, con otras costumbres en materia de reproducción, con otros sistemas sanitarios. Vean a continuación el gráfico 6 con las tasas de natalidad y mortalidad infantil de los países de donde proceden las mujeres que tienen hijos en España (3). Los países están ordenados de mayor a menor número de nacimientos. Si exceptuamos los países del Este de Europa que mantienen unas tasas de natalidad muy similares a las nuestras, los demás salvo China mantienen unas tasas de natalidad que triplican a las nuestras, y unas tasas de mortalidad infantil tan superiores que escandalizan.

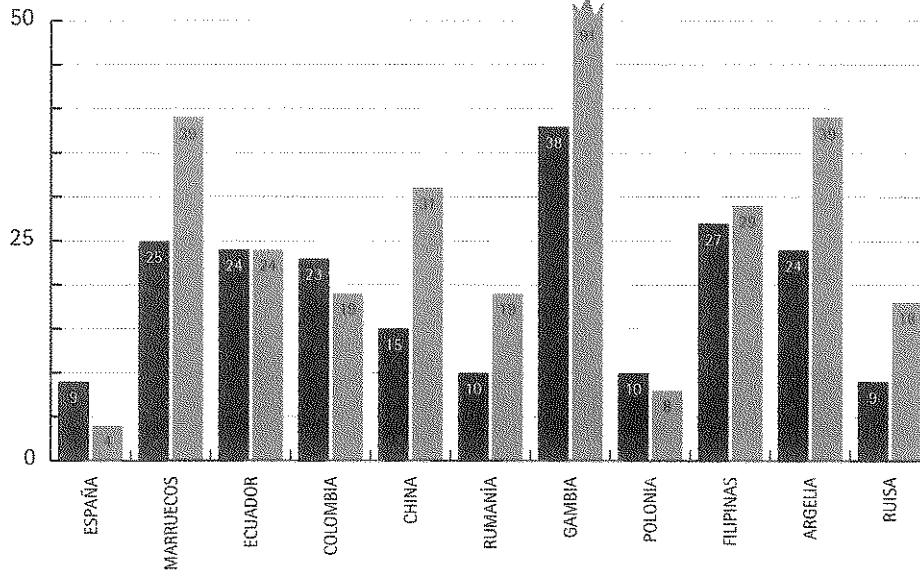


Gráfico 5. Indicadores de los países de origen de las mujeres extranjeras que han parido en España, año 2000

Tabúes sexuales y/o sobre la maternidad. No es que nosotras estemos exentas, pero la información que hemos recibido desde hace tiempo y que vamos transmitiendo a nuestras hijas, nos hace menos vulnerables a tabúes de todo tipo. En las sociedades menos desarrolladas es donde más se ceban los prejuicios contra la sexualidad de la mujer y contra su libertad reproductiva.

Prejuicios de género en las relaciones de pareja. Decir lo mismo que en el anterior pero con el agravante de la absoluta dependencia de las mujeres en los casos de reagrupamiento familiar, sobre todo en los procedentes de África.

Factores sociales y sanitarios

Población expuesta a más riesgos (igual que españoles pobres) sólo que aquí se añade a otros muchos propios sólo de esta población.

- Precariedad laboral. Vean cómo se distribuyen las altas de extranjeros en los distintos regímenes de seguridad social. Es en el RE de Empleadas de Hogar donde no hay apenas españolas y la proporción de inmigrantes supera el 44%. Precisamente en el peor régimen de seguridad social, el que llevan mucho abandonando las españolas. El que nunca mejora.

- Menor nivel cultural. En un estudio sobre fertilidad que acaba de publicar el IEA (4) se concluye que el nivel cultural puede ser uno de los factores que mejor expliquen –además de la incorporación laboral– la bajada de la fertilidad, apuntando la información y la experiencia en el manejo de métodos anticonceptivos como claves del asunto. Quizás también la procedencia de zonas con un menor bagaje en la utilización de métodos seguros pueda estar condicionando la mayor fertilidad de las mujeres extranjeras. En cualquier caso, es coincidente la procedencia de países con menores tasas de alfabetización de mujeres y la mayor natalidad y fertilidad de esas mujeres en España.

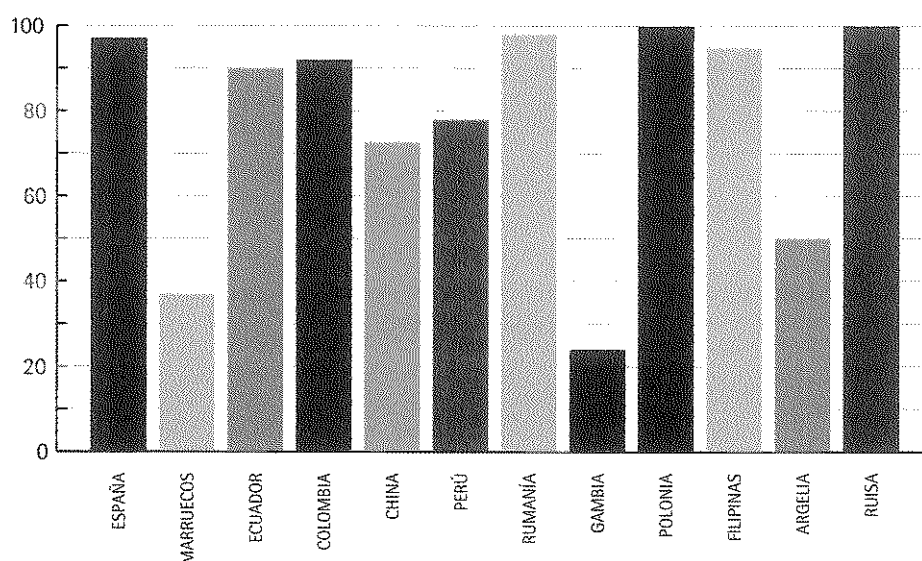


Gráfico 6. Tasa de alfabetización de los países de origen de las mujeres inmigrantes que tienen hijos en España, año 2000

- Desarraigo familiar. Aunque sea un factor lateral, es de presuponer que la ausencia de familia, contactos y redes de apoyo va a mermar la competencia sexual o reproductiva de las mujeres inmigrantes. La soledad en la que se pueden llegar a encontrar puede ser un factor predisponente para las relaciones sexuales espontáneas o incluso para la práctica de la prostitución.
- Racismo y xenofobia. Otro factor que, aunque no quiero extenderme en él, influye de forma determinante en la conformación de parejas y relaciones. La mayoría de los matrimonios de extranjeros son entre personas de la misma procedencia.

- La población inmigrante es en los últimos tiempos la mayor demandante de IVE. Aproximadamente el 25% de la demanda de interrupción voluntaria de embarazo se produce en esta población. Aparte de la diferente consideración cultural que tenga para las distintas poblaciones de extranjeros lo que sí es cierto es que una proporción tan elevada indica mala o nula utilización de métodos anticonceptivos.
- Otros factores condicionantes de la necesidad. Que no hay que dejar de citar son los derivados de su precariedad económica y laboral. Aunque afectan por igual a toda la población que las padece, son circunstancias que en esta población toman especial trascendencia por la suma de factores (discriminación múltiple) que se manifiesta en particular sobre ésta.

DEMANDAS

Factores que influyen en la demanda:

- Legales: la falta de permiso de residencia o trabajo y la orden de expulsión consiguiente que figura en sus papeles condiciona la libertad para dirigirse a los servicios públicos, incluidos los sanitarios; imprime miedo a ser localizados y desconfianza para aportar la documentación que en muchos casos se les exige.
- Administrativos: la tarjeta sanitaria que tenemos los españoles es difícil de conseguir para los extranjeros e inmigrantes y sin ella en muchos centros o servicios se les exige firmar que se hacen cargo de los gastos. Hasta que no poseen algún reconocimiento oficial de su derecho de asistencia no acuden a los servicios de salud, fundamentalmente a aquellos que menos necesarios consideran, es decir, los preventivos: vacunas, planificación familiar, prevención de ITS, etc.
- Información: la información que posean sobre los servicios sanitarios influye decisivamente sobre la demanda que presentan. No sólo la relativa al conjunto de los servicios sanitarios, que en muchos casos desconocen su existencia, sino también a los derechos de acceso y al respeto a sus creencias y cultura. Sus primeros informantes son elementos clave para su adecuada integración y esta labor la suelen cubrir los familiares ya establecidos en primer lugar y los compatriotas y ONG en segundo.
- Laborales: los más mencionados (5) por los inmigrantes. Su prioridad es el trabajo y en ningún caso van a ponerlo en riesgo por ir al médico. Tienen que encontrarse muy mal para considerarlo necesario. Este factor incide especialmente en las mujeres y en su salud reproductiva. Son las mujeres extranjeras (un 3% de la población total de este país) las que desempeñan el 44% de las altas en seguridad social en el régimen especial de empleadas de hogar, el régimen más deficitario en

cuanto a derechos laborales se refiere. El que abandonan nada más que pueden las españolas.

- Horarios (6): dentro de los laborales el principal inconveniente que ponen los inmigrantes a la hora de acudir al médico es el horario de los servicios sanitarios, tan coincidente con sus horarios laborales, máxime si hablamos de empleadas de hogar y de servicios de salud, no considerados prioritarios.
- Económicos: no nos engañemos, los métodos anticonceptivos y las medicinas son caras, sobre todo para las economías más precarias como son éstas.
- Culturales: los inmigrantes proceden en muchos casos de culturas donde no es normal visitar al médico tanto como aquí. En torno al embarazo y parto les choca que en sus países apenas vean a un médico o una matrona en todo el proceso y aquí «te pongan a un médico aunque no lo necesites». La incertidumbre sobre el sexo del profesional también puede ser un condicionante de la demanda. No en todas las culturas se acepta la atención sanitaria, sobre todo en lo relativo a la salud sexual de las mujeres, cuando el profesional es de sexo diferente.
- Miedo a que le identifiquen y expulsen, a que le detecten una enfermedad y no pueda trabajar, a que la despidan por estar embarazada... El miedo es un condicionante fundamental del acceso de los inmigrantes a los servicios públicos, sobre todo para los que se encuentran en situación irregular o con permiso temporal de trabajo.

ATENCIÓN

Factores que influyen en la atención

- Idioma: es el principal obstáculo que comentan los profesionales. La entrevista se complica sobremanera y el diagnóstico se hace más difícil. En atención primaria este elemento hace que las consultas requieran más tiempo y se incremente la frustración y ansiedad del profesional.
- Formación: lo que siempre se cita como necesario. Los profesionales demandan información y formación sobre la patología relacionada con los inmigrantes y sobre la forma de entenderse en el breve espacio de tiempo que la consulta habitual les deja. Aunque las publicaciones científicas y profesionales (7) insisten en que la principal patología que presenta esta población es similar a la de la autóctona, la falta de información de los profesionales sobre la patología tropical o poco habitual que pudiera presentar, así como de las pautas de actuación específicas añade estrés y complejidad a la atención que deben prestar.

- **Apoyo:** lo que siempre se echa en falta. El primero que debe proporcionarse a los profesionales que atienden a esta población es el acceso a la información y formación específicas, pero el segundo debe ser la consideración del mayor tiempo de dedicación que puede requerir esta atención sanitaria si tomamos en consideración las barreras lingüísticas y culturales o las dificultades diagnósticas y terapéuticas así como los factores sociales comúnmente asociados. La disponibilidad es uno de los elementos más citados por los profesionales en el mismo estudio del Área XI: «Si yo tuviera tiempo, me entendería hasta en chino» (Blanco Canseco JM, et ali). Otra forma de apoyar la tarea de los profesionales es con la ayuda de agentes sociales y sistemas de traducción asequibles.
- **Sensibilización:** suele coincidir la mayor sensibilidad de los profesionales hacia las especiales necesidades de esta población, con la mayor asignación de casos. Si unimos este hecho a la falta de formación y apoyo institucional puede revertirse la sensibilidad inicial en rechazo pasivo, no sólo del profesional inicialmente entregado, sino del resto del equipo.
- **Complejidad:** la suma de factores añade complejidad a todo el proceso de atención sanitaria de los inmigrantes.
- **Incentivación:** no está reconocida la complejidad y, por lo tanto, no hay sistemas de incentivación para la atención de esta población, lo que viene a suponer una desincentivación.

CONCLUSIONES

¿Cómo contribuir a mejorar su salud sexual y reproductiva? No hay soluciones fáciles. Es un trabajo de muchos y muchas que habrá que ir mejorando a medida que se normalice más esta atención y se investigue sobre los diferentes modelos que hay en marcha en las distintas comunidades autónomas.

Consideramos fundamental:

- Tratar de normalizar el acceso a la asistencia sanitaria de los y las inmigrantes incorporando a esta población, con sus propias especificidades, en los planes de dimensionamiento de los equipos sanitarios.
- Proporcionar información a los inmigrantes sobre los servicios sanitarios básicos recomendados y la forma de acceder a ellos, sobre los derechos en materia de salud reproductiva y los apoyos sociales que pueden obtener, etc.
- Formar a los profesionales y de las entidades colaboradoras.
- Incentivar o reconocer de alguna manera la complejidad de la asistencia sanitaria a esta población.

El apoyo intersectorial para mejorar el acceso y la asistencia sanitaria. La integración en la sociedad de esta población, que tanto necesitamos a efectos económicos y reproductivos, debe entenderse como una tarea del conjunto de la sociedad, no sólo de los servicios públicos.

En estas líneas estamos trabajando en Andalucía. Aquí los inmigrantes disponen de un sistema de acceso normalizado, una carpeta de salud con historia clínica portátil, folletos de información sobre atención sanitaria y acceso a los servicios públicos, sobre derechos y salud de las mujeres inmigrantes, sobre vacunas, etc., en los idiomas respectivos.

También se ha hecho un esfuerzo por proporcionar información a los profesionales. En esta línea se ha editado una guía de bolsillo con el procedimiento recomendado para la atención sanitaria a inmigrantes que incluye además un listado de palabras de uso habitual en la consulta clínica traducidas a cuatro idiomas, así como un Manual de Atención sanitaria a Inmigrantes editado en colaboración con las principales asociaciones científicas y profesionales implicadas en esta atención, y también se ha editado, en versión traducida a cinco idiomas, una Hoja de Entrevista Clínica Internacional, con los ítem básicos para filiar la demanda sanitaria en poblaciones con problemas de idioma.

Por otro lado, también se ha iniciado la formación de agentes de salud o mediadores culturales, voluntarios de las ONG colaboradoras, destinados a capacitarles para dar información sobre el sistema sanitario público a los inmigrantes, entre otras cosas.

En definitiva, consideramos que la mejora de la atención a la salud de los inmigrantes, incluida la sexual y reproductiva, pasa por una estrecha colaboración intersectorial, intercultural y social. Debemos conseguir la mayor implicación y apoyo posible de la sociedad de acogida para que la adecuación necesaria de los servicios no sea vista como una iniciativa aislada no compartida por la sensibilidad social y, por lo tanto, susceptible de generar rechazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. *Anuario Estadístico de Extranjería 2002*. Ministerio del Interior. Delegación del Gobierno para la extranjería y la inmigración. Url: www.mir.es/dgei.
2. Isabel Serrano. La salud sexual de las mujeres inmigrantes. *Tribuna. El País*, 27-05-2003.
3. *Informe sobre Desarrollo Humano 2003*. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Url: www.undp.org
4. Isabel Serrano. *Fertilidad y formación de familias en Andalucía*. Sevilla: Instituto Estadístico de Andalucía 2003. O.cit.

5. Blanco Canseco JM, Rojas Rivera R. *Estudio de la problemática de la población inmigrante latinoamericana en una zona básica de salud*. Centro de Salud de Comillas. Área 11 Madrid. (No publicado.)
6. Mujeres inmigrantes. Factores de Exclusión e Inserción en una sociedad multiétnica. La situación en España. UGT febrero de 2001. Url: www.ugt.es/inmigracion/mujerinmi.htm
7. Lobato Astorga P, Regato Pajares P; Iglesias Arrabal *et alii*. *Manual de Atención Sanitaria a Inmigrantes*. Sevilla: Ed. Fundación Progreso y Salud 2003. Url: www.fundacion-progresoysalud.org

.....

.....

Sección III. Problemas de salud VIH/sida e ITS

.....

.....

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y POLÍTICAS DE PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA EN ESPAÑA

Cristina Menoyo Monasterio
Secretaría del Plan Nacional del Sida. Ministerio Sanidad y Consumo

INTRODUCCIÓN

Desde que se publicó la primera evidencia clínica del sida hace ahora dos décadas, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) ha causado una epidemia que se ha extendido por todo el mundo. A finales del año 2003, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA), estimó en 40 millones (de 34 a 46 millones) el número de personas que viven con el VIH/sida, incluidos 2,5 millones (de 2,1 a 2,9 millones) de niños menores de 15 años. Se estima que, en el 2003, unos cinco millones de personas (de 4,2 a 5,8 millones) se infectaron por el VIH y tres millones de personas fallecieron por causa del sida en el mundo entero.

A diferencia de lo que ocurre en la mayor parte del mundo, en los países occidentales la epidemia ha mostrado un curso favorable en los últimos años. No obstante, España tuvo hasta 1997 la mayor tasa de incidencia de sida de todos los países europeos, y hoy aún ocupa el segundo lugar en los casos de transmisión parenteral y heterosexual.

El curso de la epidemia de VIH/sida en España ha venido marcado por tres hechos fundamentales.

A. La rápida propagación del VIH durante la década de los ochenta

Durante esa década se produjo en España una gran extensión del VIH entre un colectivo numeroso de personas usuarias de drogas por vía parenteral (UDVP), convirtiendo este mecanismo de transmisión en el responsable de más de dos tercios de los casos. El elevado número de UDVP infectados por el VIH, la mayoría adultos jóvenes y sexualmente activos, dio lugar a la transmisión secundaria del VIH por vía heterosexual y perinatal.

B. Descenso progresivo de la transmisión del VIH a comienzos de los 90

La alarma social ante la gravedad de la situación y la consecuente intensificación de los programas de prevención produjeron una reducción de las prácticas de riesgo, y comenzaron a disminuir las nuevas infecciones en homosexuales, UDVP y en mujeres que ejercían la prostitución. Además, en esta década empezaron a implantarse las estrategias de reducción de daños dirigidas a los UDVP.

C. Extensión de las terapias de alta eficacia desde 1997

En 1994 se alcanzó el techo en la incidencia anual de sida, iniciándose una tendencia descendente que se ha mantenido, y observándose una tendencia a la estabilización en el 2002. El número de casos nuevos de sida notificados en el año 2002 fue de 2.329, lo que representa una disminución del 3,3% respecto al 2001. Esta disminución interanual, comparada con la del año anterior, que fue del 13,4%, indicaría una cierta tendencia a la estabilización de la epidemia, con una incidencia de casos aún elevada en comparación con el resto de países de la Europa Occidental.

La caída más pronunciada de casos de sida se produjo entre 1996-1997 con la introducción de las terapias antirretrovirales combinadas que incorporaban fármacos inhibidores de la proteasa, supusieron una notable mejora del pronóstico y la calidad de vida de las personas infectadas. Esto se tradujo en una rápida reducción de la incidencia de sida, superior al 60% en los cuatro años siguientes y una caída de la mortalidad del 67% en sólo dos años.

La evolución de la epidemia en los últimos años en España puede considerarse favorable, ya que están reduciéndose las nuevas infecciones y ha caído marcadamente el número de casos de sida y de fallecimientos por esta causa. Sin embargo, esto no significa que la magnitud de la epidemia se esté reduciendo. Se siguen produciendo nuevas infecciones cada día y el número global de personas que viven con el VIH es mayor, debido al aumento de la supervivencia. Estimándose que en España hay entre 120-150.000 personas con infección por VIH, es decir, 3 de cada 1.000 habitantes.

De estas personas vivas que padecen la infección por el VIH, probablemente más de la cuarta parte de ellas todavía no han sido diagnosticadas. Algo más de la mitad (50-60%) de las personas vivas infectadas habrían contraído el VIH por haber compartido material de inyección para el consumo de drogas, el 20-30% por prácticas heterosexuales no protegidas, y el 15%-25% serían hombres que se habrían infectado por prácticas homosexuales de riesgo. La proporción entre hombres y mujeres está en torno a 4:1, y la edad media de estas personas se sitúa entre 35 y 40 años.

DESARROLLO

La respuesta a la epidemia de sida en España ha tenido algunos rasgos distintivos, entre los que destacan:

- a) Su carácter compartido y coordinado —de las administraciones general y autonómica, de las asociaciones, de los afectados y de los profesionales—.
- b) El cambio radical, aunque tardío, que generó el sida en el tratamiento de las toxicomanías ante el rigor con el que afectaba a las personas que se inyectan drogas.
- c) La disponibilidad de tratamiento gratuito y accesible para todos.

Entre los principales hitos estructurales y de planificación del Plan Nacional sobre el sida destaca la elaboración y aprobación del Plan Multisectorial 2001–2005 de lucha contra el sida. Éste se rige, entre otros, por los siguientes principios rectores: multisectorialidad, estrategias de eficacia demostrada y equidad. Y se articula en torno a los objetivos globales aprobados por la Asamblea Mundial de la Salud para el sida: prevenir nuevas infecciones, reducir el impacto negativo personal y social de la epidemia, y movilizar y coordinar los esfuerzos contra la infección por el VIH/sida.

Me referiré al primer objetivo mencionado «evitar nuevas infecciones por el VIH», estructurándolo en diferentes grupos de población:

Prevención en población general

En España se ha conseguido un buen nivel de información entre la población sobre el VIH/sida, sus mecanismos de transmisión, medidas de prevención, etc. A pesar de ello, no se han eliminado totalmente en todos estos años los estereotipos que asocian erróneamente el riesgo de infección con determinados vehículos o mecanismos de transmisión como la saliva, los besos o la donación de sangre. Además, sigue estando muy arraigada la identificación de la infección con determinados colectivos (UDVP u homosexuales).

La percepción social del sida ha cambiado mucho en estos últimos años. El marcado descenso del número de casos que se diagnostican cada año, de la mortalidad por esta causa y la evidente mejoría en la calidad de vida y el pronóstico de las personas infectadas, han contribuido a extender entre la población la percepción de que la infección por VIH/sida está controlada en España. Con una prevalencia estimada de tres personas infectadas por cada mil, es evidente que esta visión no se corresponde con la realidad, pero puede dar lugar a una relajación en las medidas de prevención y a una sensación de falsa seguridad entre la población.

Los objetivos planteados, para el período 2001-2005, a fin de prevenir nuevas infecciones son:

- Mantener e incrementar el nivel de información general de la población sobre la infección por VIH/sida, sus mecanismos de transmisión y las conductas que favorecen su transmisión, especialmente en aquellos segmentos de población con mayores dificultades de acceso a la información.
- Promover la adopción y el mantenimiento de conductas saludables, principalmente relaciones sexuales más seguras, favoreciendo el uso del preservativo, como medida de prevención de la infección VIH.
- Mejorar la aceptación social de los distintos estilos de vida y de los programas y medidas de prevención, tanto sexual como de inyección, especialmente los dirigidos a los colectivos más vulnerables.
- Promocionar el diagnóstico precoz de la infección por VIH y el counseling, reduciendo las barreras informativas, psicológicas o sanitarias para la realización de la prueba y promoviendo en la población la identificación correcta del riesgo individual de infección.

Prevención en jóvenes y adolescentes

Los adolescentes son una de las poblaciones en las que las intervenciones para prevenir la transmisión sexual del VIH son prioritarias, y del éxito de las medidas que se adopten dependerá el futuro de la epidemia en nuestro país. Si bien los adolescentes no son un colectivo homogéneo en cuanto a conductas de riesgo para la salud, las relaciones sexuales y el consumo de algunas drogas se experimentan en este período y, a menudo, tienen lugar antes de que el individuo haya adquirido las habilidades necesarias para evitar la infección por VIH u otras infecciones de transmisión sexual (ITS) y el embarazo.

Tres de cada cinco casos de sida fueron adquiridos por vía sexual y nueve de cada diez de los infectados lo fueron por compartir material de inyección de drogas, y los más afectados fueron jóvenes y adultos con edades comprendidas ente 20 y 39 años. De acuerdo con la historia natural de la infección, muchas de estas personas debieron contraer la infección muy precozmente, algunos de ellos incluso en la adolescencia.

Al mismo tiempo, los jóvenes pueden representar una gran ayuda en la prevención del VIH y en el control de la epidemia. Dado que su comportamiento está aún en desarrollo pueden adoptar prácticas más seguras con mayor facilidad que los adultos.

Distintas encuestas españolas hechas a estudiantes en los ámbitos local, autonómico o nacional muestran que entre un 13% y un 18% han tenido relaciones sexuales con pe-

netración. La edad media de la primera experiencia sexual completa es de 17 años 4 meses para los chicos, y de 18 años 4 meses para las chicas. Aunque el preservativo es el método anticonceptivo más utilizado por los estudiantes sexualmente activos (ya que el 83% lo usó la última vez que mantuvo relaciones sexuales), su utilización sistemática está mucho menos extendida.

La educación sobre el VIH/sida como parte integral de la promoción y educación para la salud en la escuela se debe incorporar al currículo escolar y debe estar presente en todas las etapas del proceso educativo, adaptando los contenidos y la metodología a la edad, características culturales y situaciones concretas de los alumnos.

Asimismo, es preciso disponer de estrategias y enfoques educativos adicionales que permitan alcanzar a los jóvenes fuera del entorno escolar, y también a aquellos subgrupos juveniles que debido a distintas circunstancias sociales (abuso de drogas, orientación sexual, pobreza, estilos de vida o pertenencia a grupos étnicos minoritarios, etc.) quedan fuera de la corriente principal, pero pueden ser especialmente vulnerables a la infección por VIH.

En nuestro entorno, la implantación de programas de educación sobre el VIH/sida en el medio escolar es desigual entre las diferentes comunidades autónomas y, salvo excepciones, su cobertura debe ampliarse.

Los objetivos planteados, para el período 2001-2005, a fin de prevenir nuevas infecciones son:

- Ampliar el desarrollo actual de la prevención del VIH/sida en el contexto de la promoción y la educación para la salud sexual en la escuela.
- Promover el aprendizaje de habilidades para el desarrollo de conductas sexuales saludables desde una perspectiva de género.
- Aumentar, mejorar e intensificar las intervenciones y los programas educativos dirigidos a jóvenes en situaciones de alto riesgo, reconociendo sus problemas específicos y su especial vulnerabilidad a la infección.
- Abordar las actividades de prevención del VIH con un enfoque global, en el contexto de la promoción de la salud sexual, prevención de las ITS y de los embarazos no deseados.
- Fomentar la correcta utilización del preservativo teniendo en cuenta el contexto de las relaciones de pareja.
- Sensibilizar a los jóvenes acerca de la relación entre consumo de drogas y la adopción de conductas sexuales de riesgo.
- Mejorar y ampliar el acceso de los jóvenes a los servicios sanitarios (centros de planificación familiar, centros de jóvenes, etc.) adecuándolos a sus preferencias y sus necesidades.

Prevención en usuarios de drogas por vía parenteral

Dadas las particulares características de la epidemia del sida en España, la prevención de la transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas, así como la promoción de la salud entre las personas que se inyectan drogas sigue siendo el elemento nuclear del Plan Nacional sobre el Sida; y la reducción de daños, la estrategia de elección.

El uso de la inyección como principal vía de administración de la heroína se ha reducido de forma muy notable en España en las personas que demandan tratamiento por su consumo.

Las prácticas de inyección con riesgo de transmisión de VIH y otras enfermedades infecciosas entre UDVP han evolucionado favorablemente en los últimos años. Se ha producido una constante disminución en el porcentaje de inyectores que utilizan jeringuillas ya empleadas por otras personas, aunque la práctica de inyectarse drogas que han sido disueltas en jeringas ya usadas por otras personas, está tanto o más extendida. En cambio, los comportamientos sexuales han evolucionado menos favorablemente y dichos comportamientos, en especial con la pareja estable, parecen más difíciles de cambiar.

La década final del siglo XX podría definirse en España como la de la generalización de los programas de reducción de riesgos, concretamente de intercambio de jeringuillas y de dispensación de metadona.

Los objetivos planteados, para el período 2001-2005, a fin de prevenir nuevas infecciones son:

- Consolidar y afianzar las actividades de reducción de daños existentes, asegurar su sostenibilidad y adaptarlas a las nuevas necesidades.
- Integrar las actividades y programas de reducción de daños asociados al consumo de drogas —incluyendo prevención de VIH, hepatitis y detección precoz y seguimiento de tuberculosis— en los servicios normalizados de atención a drogodependientes, como parte de una oferta sanitaria integral de calidad.
- Desarrollar programas específicos para los usuarios de drogas de difícil acceso, intensificando la participación de asociaciones de usuarios y promoviendo la investigación y el desarrollo de nuevas estrategias de acercamiento (servicios de acogida que cubran necesidades básicas, salas de venopunción higiénica, prescripción controlada de heroína, etc.).
- Intensificar las actividades de prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de infecciones asociadas al consumo de drogas, hepatitis, tuberculosis e ITS, además del VIH, desde los centros y servicios de atención a drogodependientes.

- Reforzar las actividades de prevención de la transmisión sexual del VIH, desarrollando programas para parejas serodiscordantes e intensificando las actividades de prevención en los infectados.

Prevención en hombres con prácticas homosexuales o bisexuales

La incidencia de nuevos casos de sida atribuidos a las relaciones sexuales entre hombres ha descendido de forma importante en los últimos años. Aun así, en el año 2002 la tercera vía de transmisión más frecuente fue la de las relaciones homosexuales no protegidas (13% del total de casos notificados), siendo muy desigual su distribución geográfica por comunidades autónomas.

Estudios con diferente metodología (pruebas voluntarias, anónimos no relacionados, etc.) y sobre distintas poblaciones de hombres con prácticas homosexuales (frecuentadores de centros de ETS/VIH o lugares de ambiente gay) ponen de manifiesto que en los últimos cinco años la prevalencia de VIH en hombres con prácticas homosexuales se ha estabilizado entorno al 10%-15%.

La incidencia de VIH en este colectivo está mucho menos estudiada. Datos procedentes del único estudio disponible en nuestro medio parecen mostrar una disminución hasta 1995, seguida de un discreto pero significativo aumento en los últimos cinco años (de 1,06 por 100 PA en 1995 a 2,16 por 100 PA en 2000).

En el periodo 1998-2002, más de la mitad de los casos de sida por transmisión sexual entre hombres desconocía su infección hasta el mes anterior al diagnóstico del sida. Esto significa que durante un largo periodo de tiempo no saben que están infectados, no pudiéndose beneficiar de los tratamientos actuales, pero también, no pudiendo prever las consecuencias de posibles conductas sexuales de riesgo.

A pesar de que los hombres con prácticas homosexuales han mostrado importantes modificaciones en las conductas personales relacionadas con el sida, estos cambios ni se han distribuido homogéneamente ni han sido estables.

Los estudios sobre conductas de riesgo para el VIH en los hombres homosexuales y bisexuales observan una ligera tendencia a abandonar el uso del preservativo en la práctica de la penetración anal, tanto con la pareja estable como con las parejas ocasionales. Igualmente parece que está aumentando la práctica de eyacular en la boca tanto con las parejas estables como con las ocasionales.

Los objetivos planteados, para el periodo 2001-2005, a fin de prevenir nuevas infecciones son:

- Mantener las actividades de prevención dirigidas a reducir, entre los hombres homosexuales, el número de ocasiones en las que se produce la penetración anal no protegida entre hombres de estado serológico discordante.

- Intensificar las actividades de prevención específicas para hombres homosexuales jóvenes.
- Desarrollar intervenciones específicas para prevenir las recaídas y fomentar la adherencia a las prácticas sexuales más seguras.
- Promocionar el diagnóstico precoz de la infección por VIH y las medidas para aumentar la percepción de riesgo individual.
- Sensibilizar acerca de la importancia en la adopción de medidas de prevención, de separar en el tiempo las relaciones sexuales y el consumo de alcohol y de otras drogas.
- Potenciar el movimiento asociativo para extender a todas las comunidades autónomas los programas de prevención dirigidos a este colectivo.
- Establecer sistemas de monitorización de las conductas de riesgo para la transmisión del VIH y sus determinantes en la comunidad homosexual.
- Evaluar la efectividad de las intervenciones preventivas dirigidas al colectivo homosexual.

Prevención en personas que trabajan en la prostitución

En España, como en otros países occidentales, el sexo comercial ha sido poco relevante para la transmisión del VIH a la población general. Se observan prevalencias de infección relativamente bajas entre las mujeres que ejercen la prostitución (por debajo del 2%) y siendo aquellas más elevadas en transexuales y hombres que ejercen la prostitución o en personas que ejercen la prostitución y refieren antecedentes en el uso inyectado de drogas.

La mayoría de los estudios evidencian que las personas que ejercen la prostitución (PEP) usan de forma consistente el preservativo con sus clientes, pero no con sus parejas sexuales regulares.

En España, los programas de acercamiento a pie de calle, dirigidos a mujeres que ejercen el sexo comercial, han ido extendiéndose a todas las comunidades autónomas. No así los dirigidos a los hombres y transexuales que ejercen la prostitución entre los que la prevalencia de conductas sexuales de riesgo es más alta.

Los objetivos planteados, para el período 2001-2005, a fin de prevenir nuevas infecciones son:

- Aumentar los conocimientos y las habilidades de los trabajadores del sexo para negociar prácticas sexuales más seguras con clientes y parejas sexuales.
- Mejorar el conocimiento de los sistemas de acceso al sistema sanitario, especialmente a los servicios de ITS y programas de prevención del VIH.

- Caracterizar las necesidades preventivas de subgrupos específicos de este colectivo con mayor vulnerabilidad a la infección por VIH.
- Facilitar la puesta en marcha de programas de acercamiento a transexuales y hombres que ejercen el sexo comercial.
- Fomentar el asociacionismo y la participación del colectivo en el diseño y desarrollo de los programas de prevención.

Prevención en prisiones

En España, la mayoría de los casos de sida notificados desde los centros penitenciarios han sido adquiridos por vía parenteral.

Las ITS en el medio penitenciario presentan una elevada prevalencia: 13% VIH, 40% VHC.

La Organización Mundial de la Salud y el Consejo de Europa ya en 1993, en sus recomendaciones en relación con el VIH/sida, pedían a los gobiernos que garantizaran a los internos el acceso a los mismos tratamientos y medidas de prevención a los que accede el resto de la comunidad. En este sentido, y a fin de prevenir la infección por el VIH y otras enfermedades transmisibles entre las personas privadas de libertad, se han implementado en las prisiones: programas de mantenimiento con metadona; programas de intercambio de jeringuillas, distribución de preservativos, etc.; programas de formación adaptados por especialidades a los distintos cuerpos de funcionarios, y se han puesto en marcha numerosos programas y talleres de educación para la salud y técnicas de counseling.

Los objetivos planteados, para el período 2001-2005, a fin de prevenir nuevas infecciones son:

- Ampliar la exposición de los internos a programas de reconocida eficacia de prevención de la infección por el VIH por vía parenteral.
- Intensificar las actividades de sensibilización y formación de funcionarios de prisiones, incluyendo los de vigilancia, para conseguir un clima favorable a los programas de reducción de daños, en el que los reclusos accedan sin barreras a los programas existentes.
- Extender la disponibilidad de material de inyección estéril, sentando las bases para la normalización de los programas de intercambio de jeringuillas.
- Promocionar la adopción y el mantenimiento de prácticas sexuales más seguras, tanto en las relaciones homosexuales como en las heterosexuales, mediante una adecuada diversidad de estrategias educativas y el acceso a los instrumentos de prevención.

- Integrar las actividades de prevención del VIH con aquellas destinadas al abordaje de los problemas de salud más frecuentes en este grupo, especialmente la tuberculosis.
- Promocionar la participación de los internos en el diseño, ejecución y evaluación de las intervenciones preventivas.

Prevención en mujeres

Mientras a escala mundial a finales del 2000, el 45% de las personas con VIH/sida eran mujeres, en Europa hay un claro predominio masculino, con una razón hombre/mujer de 4,3:1 en el conjunto de los casos de sida. En España, la epidemia también es claramente masculina. La vía de transmisión más frecuente en ambos sexos continúa siendo la parenteral, por el uso compartido del material de inyección utilizado para preparar y/o administrarse la droga. Los casos debidos a transmisión heterosexual han ido aumentando proporcionalmente. Son ya la segunda vía más frecuente en hombres, en los que ha superado a la transmisión homosexual; pero, sobre todo en mujeres, entre las que en 2002 supuso el 46% de los casos notificados. Actualmente, la magnitud de la epidemia de la infección por VIH en España en las mujeres es mucho menor que en los hombres y no parece estar aumentando. Sin embargo, también es cierto que en ellas, a la mayor vulnerabilidad biológica, se añade una mayor vulnerabilidad psicológica, social y cultural derivadas de las condiciones de desigualdad en que tienen lugar sus relaciones con el otro sexo.

Las intervenciones de prevención han de tener necesariamente en cuenta esta realidad y la influencia de las relaciones de género sobre las diferentes conductas de hombres y mujeres. Por ello, los mensajes preventivos, las estrategias educativas y los sistemas de provisión de los servicios sanitarios preventivos han de adaptarse a las necesidades y valores específicos de hombres y mujeres.

Los objetivos planteados, para el período 2001-2005, a fin de prevenir nuevas infecciones son:

- Mejorar el nivel de información y educación sanitaria de las mujeres en relación con la salud sexual y la infección por VIH y las medidas de prevención, especialmente las pertenecientes a poblaciones de mayor riesgo de infección.
- Ofrecer una atención integral a la mujer que incluya la detección precoz de ITS (herpes, clamidia y HPV) y de cáncer de cérvix.
- Desarrollar intervenciones específicas para mejorar el acceso de las mujeres a los programas y medidas de prevención del VIH.
- Fomentar la implicación de las mujeres en el diseño y realización de estos programas.

La prevención del VIH entre las mujeres adquiere especial relevancia por la transmisión de la infección a sus hijos/as, durante el embarazo, parto o lactancia. En la época en la que no se realizaba profilaxis de la transmisión, el riesgo de transmisión de la infección por VIH de la madre a su hijo durante el embarazo estaba entre el 15% y el 25%, variando en presencia de determinados factores relacionados con el momento de la infección en la madre, carga viral, características del parto y otras. Dada la efectividad del tratamiento antirretroviral administrado durante el embarazo para la reducción del riesgo de transmisión de la infección por VIH al feto, se está consiguiendo una reducción notable de los casos de niños con infección por VIH y de sida.

La prevención de la transmisión perinatal de la infección por VIH se apoya sobre los siguientes pilares: a) diagnóstico precoz de conductas de riesgo y de infección por VIH en las mujeres en edad fértil; b) consejo para una planificación responsable de los embarazos, c) consejo sobre la continuidad o interrupción del embarazo en los casos conocidos de infección por VIH y, en las mujeres que, estando ya embarazadas, se descubre que están infectadas, y d) prevención de la infección en el feto y en el recién nacido de las mujeres infectadas por VIH que deseen llevar a término su embarazo.

La Secretaría del Plan Nacional del Sida, ya en 1996, en colaboración con la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) y la Asociación Española de Pediatría (AEP), recomendó que a toda embarazada se le ofrezca de forma sistemática la prueba del VIH, recomendación que posteriormente ha ido actualizándose y ampliándose a la prevención y al empleo de antirretrovirales.

La SPNS colabora con el Grupo de Estudios sobre el sida (GESIDA), la SEGO y la AEP, para emitir y difundir recomendaciones y campañas para conseguir que el riesgo de transmisión del VIH madre-hijo en España sea mínimo.

En este sentido, los objetivos planteados para el período 2001-2005 son:

- Disminuir la incidencia de la infección por VIH en recién nacidos, aproximándola a cero.
- Generalizar la oferta sistemática de detección y counseling frente al VIH en embarazadas.
- Garantizar el acceso al tratamiento con antirretrovirales, según las pautas más efectivas, a todas las embarazadas infectadas por el VIH que deseen llevar su embarazo a término.
- Establecer programas de la educación sexual y planificación familiar para mujeres en edad fértil, propiciando la detección precoz de prácticas de riesgo.
- Evaluar la inclusión como prestación sanitaria del lavado de semen en parejas serodiscordantes.

- Disponer de información adecuada sobre el grado de implantación de la oferta sistemática del test VIH y counseling en embarazadas.

Prevención en inmigrantes y minorías étnicas

La inmigración es un fenómeno relativamente reciente en España, que ha ido adquiriendo protagonismo en los últimos 10 años, y que plantea numerosos retos tanto sanitarios como sociales.

Los casos de sida en personas cuyo país de origen es diferente a España representan un 3% del total de casos, de los cuales, el 39% procede de países europeos. Las categorías de transmisión de los casos de sida en inmigrantes son heterogéneas y de patrón similar al de sus países de origen. La excepción se da en los casos originarios de Marruecos, entre los que se ha detectado un elevado porcentaje de UDVP, patrón de consumo poco frecuente en este país y presumiblemente adoptado en España.

Una proporción importante de las personas inmigrantes tiene serias limitaciones para acceder tanto a las intervenciones preventivas como a la atención sanitaria, debido a barreras legales, culturales, lingüísticas o socioeconómicas. La figura de los mediadores socioculturales y de los agentes de salud comunitaria de los propios países de los que proceden es clave para superarlas.

Los objetivos planteados, para el período 2001-2005, a fin de prevenir nuevas infecciones son:

- Continuar desarrollando campañas de prevención del VIH/sida dirigidas a inmigrantes en diferentes idiomas y ampliarlas a otros idiomas y a otros medios de difusión.
- Apoyar técnica y económicamente programas de prevención del VIH/sida, culturalmente adaptados para minorías étnicas y para aquellos grupos de personas que llegan a España en situación de vulnerabilidad con respecto a una infección por el VIH (precariedad legal, socioeconómica, laboral o afectiva).
- Apoyar técnica y económicamente proyectos de investigación sobre conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para el VIH/sida en minorías étnicas y en personas que llegan a España en situación de vulnerabilidad para infectarse por el VIH.
- Mejorar e impulsar las actividades de vigilancia epidemiológica del VIH y del sida en poblaciones inmigrantes y minorías étnicas en España, con especial atención a la recogida de la variable «país de origen» en los registros nacional y autonómicos de casos de sida.
- Extender la realización de seminarios/encuentros dirigidos a las asociaciones de inmigrantes y minorías étnicas para capacitarles en el aprovechamiento de los recursos

que ofertan las administraciones públicas (solicitud de subvenciones de programas de intervención, elaboración de los mismos, etc.).

- Potenciar la incorporación de la figura de los mediadores culturales y agentes de salud comunitarios en las organizaciones sanitarias que trabajan con inmigrantes y minorías étnicas, ya sean gubernamentales o no gubernamentales.
- Estimular el trabajo y la colaboración entre las ONG con experiencia de trabajo en el VIH/sida y las asociaciones de inmigrantes de carácter cultural, social o sindical y para desarrollar actividades preventivas eficaces en estos colectivos.

Prevención en el medio sanitario

Una parte significativa de las nuevas infecciones por el VIH ocurre en el entorno de las personas infectadas ya conocidas o con prácticas de riesgo, que están habitual o esporádicamente en contacto con el sistema sanitario (personas en tratamiento por drogodependencias, personas que consultan por ITS, parejas o contactos sexuales de cualquiera de dichas personas, etc.). Además de las personas infectadas por el VIH, todas ellas deben ser objeto de intervenciones preventivas individuales.

En estos últimos años, uno de los mensajes esenciales de los organismos internacionales ha sido poner un gran énfasis en la necesidad de aproximar, mucho más de lo que hasta ahora se ha venido haciendo, las intervenciones preventivas y las asistenciales.

La información sobre la labor de la red asistencial del Sistema nacional de sanidad (SNS) en la prevención del VIH es muy parcial, probablemente esto refleja que su implicación en esta actividad está poco sistematizada, sobre todo en los centros de atención primaria y hospitales. Son los servicios de atención a drogodependientes los que están interviniendo de una forma más intensa en programas de prevención de la transmisión del VIH, tanto parenteral como sexual.

Los objetivos planteados, para el período 2001-2005, a fin de prevenir nuevas infecciones son:

- Promocionar el concepto de que la prevención del VIH es una tarea de todos los profesionales sanitarios. Pero muy especialmente en los ámbitos de las consultas médicas de servicios de atención a drogodependientes: ITS; atención primaria; obstetricia y ginecología, y medicina interna/enfermedades infecciosas/VIH.
- Impulsar la colaboración con las sociedades científicas y asociaciones profesionales implicadas en la prevención de la transmisión del VIH.
- Sensibilizar y ampliar los conocimientos de los profesionales sanitarios y de servicios sociales en prevención, detección precoz y counseling de VIH, mediante la elabora-

ción de guías clínicas, protocolos de actuación y material educativo, así como mediante actividades de formación e intercambio de experiencias.

- Mantener las actividades de control de los accidentes biológicos en el medio sanitario.

CONCLUSIONES

En España se ha avanzado mucho en el control de la epidemia, gracias a la disponibilidad universal de tratamientos antirretrovirales de gran eficacia y a la intensidad y cobertura de las medidas de prevención. Las nuevas infecciones han experimentado un claro descenso en la última década y, según los datos disponibles, el número de nuevos diagnósticos ha disminuido en más de un 70% durante esos años.

La epidemia de VIH/sida en España presenta una evolución epidemiológica favorable, pero ello no significa que la infección por el VIH/sida sea un problema solucionado o minoritario. Tampoco significa que podamos relajar esfuerzos y compromisos para su control. Al contrario, debemos mantener los niveles alcanzados y continuar sumando esfuerzos que garanticen un avance efectivo sobre el control de la epidemia.

BIBLIOGRAFÍA

Infección por VIH y sida. Plan Multisectorial 2001-2005. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Ministerio de Sanidad y Consumo

Url: http://www.msc.es/Diseno/enfermedadesLesiones/enfermedades_transmisibles.htm

EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA E ITS

Vicenç Thomas Mulet

Direcció General d'Avaluació i Acreditació, Conselleria de Salut i Consum, Govern de les Illes Balears

INTRODUCCIÓN

El análisis de la prevención de la infección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) nos muestra diferentes puntos de interés, entre los que se pueden destacar los siguientes: la actitud de los propios profesionales sanitarios, el momento de la realización del test del VIH, la problemática de los jóvenes y de las mujeres, y la realización del test durante el embarazo.

A la hora de enfrentarnos a la realidad de la infección por el VIH, uno de los aspectos fundamentales es la actitud del profesional sanitario hacia lo complejo (la sexualidad), lo diferente (los homosexuales, las prostitutas y los inmigrantes), y lo conflictivo (usuarios de drogas). Es importante reseñar que, desde un punto de vista de la salud pública, la marginación y el rechazo normalmente generan un agravamiento de los problemas de salud. Por el contrario, la aceptación de lo diferente por parte de los profesionales sanitarios contribuye de forma decisiva a enfocar mejor este tipo de enfermedades. Ejemplos de ello son los programas de mantenimiento con metadona (PMM) o los programas de intercambio de jeringas (PIJ).

Uno de los momentos clave de la relación médico-paciente es la realización del análisis frente al VIH. Hoy en día, la mayoría de las personas que acuden a realizarse el test lo hacen por haber tenido una práctica sexual —habitualmente heterosexual— que consideran de riesgo. El análisis de estos casos muestra que todavía subyace en la población heterosexual el concepto de «grupo de riesgo». «Yo no utilizo preservativo, porque no tengo relaciones sexuales de riesgo», piensan.

Complejo es el caso de los jóvenes y de los adolescentes. En primer lugar porque en ellos existen dificultades sobreañadidas. Por ejemplo, el inicio de las relaciones sexuales entre ellos —por esporádicas o inesperadas, no planificadas— se produce en situaciones que favorecen poco la adopción de medidas preventivas.

El tema de la prevención de la transmisión del VIH a la mujer es también a veces difícil de abordar. Son biológicamente más vulnerables, en ocasiones son dependientes de su pareja, en otras por no identificarse como persona en comportamiento de riesgo, u otros motivos que comentaré más tarde.

Estamos en la tercera década de la epidemia de la infección por el VIH/sida y se ha avanzado mucho, pero se calcula que en España hay unas 120.000 personas infectadas y cerca de la cuarta parte ignora que lo está. Nos encontramos, por tanto, ante uno de los principales problemas de salud pública de nuestro país.

Han disminuido las nuevas infecciones y la eficacia de los nuevos tratamientos suponen nuevos retos y esfuerzos. Las prácticas preventivas deben convertirse en hábitos saludables duraderos y la disponibilidad de tratamientos eficaces hace necesaria la promoción de la prueba de detección del VIH y del consejo asistido a las personas expuestas, junto a la promoción de la detección precoz (cerca de una tercera parte de los casos diagnosticados de sida desconocía estar infectado, proporción que supera el 50% si nos referimos a los casos de infecciones por vía sexual).

Ante la falta de curación definitiva tenemos que encontrar soluciones para el manejo de los efectos secundarios de los fármacos disponibles, para la aparición de resistencias y para favorecer la adopción de medidas con las que mejorar la adherencia terapéutica.

Por otro lado, la disminución de la morbimortalidad significa un mayor número de personas infectadas, con un mayor riesgo de transmisión, y con un aumento de la supervivencia y de la calidad de vida de los pacientes, lo que conlleva la necesidad de adoptar medidas de reinserción sociolaboral que garanticen la igualdad de derechos de los afectados.

Asimismo hay una creciente demanda por parte de las parejas, serodiscordantes o no (lo más frecuente es que el varón esté infectado y la mujer sea seronegativa), de asesoramiento reproductivo, ya que los avances terapéuticos favorecen el deseo de tener descendencia, al haber disminuido de forma importante la tasa de transmisión vertical.

Además, hay que avanzar en la vigilancia epidemiológica de la infección por el VIH en aspectos relacionados con los nuevos diagnósticos de infección y su tendencia en el tiempo, para poder caracterizar a las personas diagnosticadas y aproximarse al conocimiento real de las personas recientemente infectadas. Esto nos facilitará analizar las conductas de riesgo para orientar la planificación y diseñar las estrategias de prevención adecuadas. También debemos avanzar en la monitorización del VIH en poblaciones específicas (usuarios de drogas por vía parenteral, personas en prisión, embarazadas, trabajadoras del sexo, etc.) elegidas por ser poblaciones diana para las actividades de prevención.

Una pregunta importante en estos momentos es si estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH. Ahora sabemos que cerca de un tercio de las personas

que desarrollan sida no sabían que estaban infectadas por el VIH. Entre las personas que contrajeron la infección por transmisión sexual, más de la mitad llegaron a desarrollar sida sin conocer su infección por el VIH. Existe un número elevado de infecciones por el VIH —no diagnosticadas— en personas no relacionadas ni identificadas con los antiguamente llamados «grupos de riesgo».

La mujer actualmente se está infectando por transmisión heterosexual y, generalmente, son algo más mayores que los varones infectados por esa vía y presentan una mayor vulnerabilidad biológica. La prevención de la transmisión del VIH a la mujer es también difícil de abordar en ocasiones. Muchas mujeres tienen poca capacidad para rechazar las relaciones sexuales o para insistir sobre sexo más seguro, aunque estén convencidas de la necesidad de adoptar medidas preventivas. Y muchos programas de promoción de la salud han fracasado al no tener en cuenta estos móviles. Además, hasta el momento, el desarrollo de nuevos elementos: preservativo femenino y cremas vaginales virucidas —que posibiliten a la mujer la adopción de medidas preventivas, independientemente de la voluntad del hombre— no ha resultado exitosa.

DESARROLLO

Al estar explicando cuál es el papel de la Atención Primaria (AP) en la prevención de la infección por el VIH/sida, quizás sea oportuno definir algunas de sus características.

La AP se caracteriza por:

- No estar restringida a grupos de edad (jóvenes, adultos o ancianos) ni a tipos de trastornos o problemas de salud (agudos o crónicos, psíquicos u orgánicos).
- Proporcionar atención de primer contacto dentro del sistema sanitario.
- Aportar accesibilidad en lo temporal, en lo geográfico y en lo económico y cultural.
- Abordar la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el diagnóstico, la curación y la rehabilitación. Proporcionar continuidad en la atención durante períodos prolongados de la vida de las personas y durante todo el proceso.
- Tener en cuenta aspectos físicos, psicológicos y sociales de la persona, la familia y la comunidad.
- Centrarse en la persona más que en la enfermedad.
- Facilitar la coordinación de toda la atención y asesoría de la atención que recibe la persona.
- Confidencialidad y defensa del paciente.

Por otro lado, debemos recordar que en AP se resuelven más del 80% de los problemas de salud, que entre el 70-75% de la población acude al médico de familia una vez al año, cifra que alcanza el 90% en un período de cinco años. La frecuentación media es de 5 visitas cada año.

La infección por el VIH, aunque tiene una prevalencia menor que las patologías habituales que se atienden en AP, reúne varias características que la encuadran entre las típicas para ser atendidas en AP:

- Es una enfermedad crónica, de larga evolución, gracias sobre todo a la eficacia del tratamiento antirretroviral y a la profilaxis de las infecciones oportunistas.
- Es una enfermedad susceptible de prevención, pudiendo hacer promoción y prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Presenta afectación multisistémica y multiorgánica.
- Precisa atención continuada, tanto desde la atención hospitalaria como desde la AP, lo que hace imprescindible una adecuada coordinación entre los diferentes niveles de atención.
- Afecta a las esferas biológica, psicológica, social y familiar.

Teniendo en cuenta las características de AP y de la infección por el VIH, podemos intentar definir cuáles podrían ser las funciones principales de la AP en relación con la prevención de la infección por el VIH/sida:

1. Promoción de salud. Referida fundamentalmente a pacientes no infectados sin situaciones de riesgo (pero que en algún momento pueden estar expuestos a situaciones que sí lo son). En esta actividad destacan las campañas de prevención dirigidas a la población en general. Tiene sus limitaciones, ya que su mensaje con frecuencia no llega a las personas con riesgos, en situaciones precarias o marginales; dado que no alcanza a las necesidades individuales, se aprovechan menos las oportunidades de actuación. Pero los profesionales de AP establecemos un contacto regular con muchas personas de la comunidad, podemos lanzar mensajes preventivos y, sobre todo, reafirmar conductas saludables, así como la posibilidad de participar en diferentes actividades de educación para la salud (colegios, asociaciones, etc.).
2. Prevención. Podemos aprovechar la continuidad o la periodicidad de los encuentros clínicos para la prevención. Pero encontramos dificultades estructurales y de actitud. Habitualmente no existen demandas explícitas en el terreno preventivo y podría dar la sensación de injerencia por parte del profesional, sobre todo cuando se trata de temas tan personales como las prácticas sexuales. En muchas ocasiones, no se trata de indagar o preguntar, sino de saber escuchar. En AP gozamos de un lugar privilegiado para esta actuación, por la autoridad y el prestigio que confiere el acto médi-

co. Pero los propios médicos de familia consideramos, erróneamente, que sólo un escaso porcentaje de nuestros pacientes tiene riesgo para el VIH.

En la prevención de los usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP), básicamente hablamos de la estrategia de reducción de riesgos, cuyo objetivo es disminuir la morbilidad asociada a ese consumo para mejorar la salud y la calidad de vida de los consumidores mediante las siguientes medidas:

- PMM: ya antes del inicio de la epidemia del VIH se había demostrado la eficacia de estos programas para reducir el consumo de drogas y mejorar la calidad de vida de los consumidores. Asimismo, se ha objetivado una disminución de las prácticas de riesgo para la infección por el VIH. Pero la administración de metadona debe acompañarse de otras intervenciones preventivas, como el counseling o consejo asistido, para aumentar su eficacia.
- PIJ: son eficaces para reducir la transmisión del VIH y del virus de la hepatitis B y C. Reducen los comportamientos de riesgo ligados al UDVP, disminuyen las infecciones asociadas y pueden modificar hábitos sexuales de riesgo, además de captarlos hacia el sistema sanitario.

En la prevención de la transmisión madre-hijo se han realizado numerosos estudios para la reducción de la transmisión materno-fetal, especialmente los que demuestran la eficacia del tratamiento antirretroviral, así como los ensayos clínicos para determinar la eficacia de la cesárea electiva y programada asociada al tratamiento. Por tanto, debemos recomendar a todas las mujeres embarazadas, con deseo de gestación o con relación sexual activa, la realización de la prueba de anticuerpos del VIH/sida.

Para facilitar la prevención de la transmisión por vía sexual, hay que conocer sus factores de riesgo. Cómo se relaciona con las diferentes formas de mantener relaciones sexuales, el uso del preservativo o la existencia de lesiones o infecciones genitales concomitantes. También es importante conocer los determinantes conductuales relacionados con la infección analizando creencias, conocimientos y actitudes. El consejo asistido ha demostrado su efectividad en la reducción del riesgo de infección por el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En la prevención laboral por accidentes percutáneos destaca la eficacia de las medidas preventivas universales y del tratamiento precoz con antirretrovirales. Nuestra función es, precisamente, mantener e insistir sobre las medidas preventivas universales por parte de los profesionales sanitarios.

Cabe realizar una mención específica a la población inmigrante. Las personas que se ven abocadas a la inmigración son en su mayoría personas sanas, pero que pueden

proceder de países con alta prevalencia de infección por el VIH/sida o haber estado expuestas a situaciones de riesgo para la infección durante su proceso migratorio. La inmigración va ligada a cambios importantes en la vida de estas personas (por ejemplo, en su equilibrio psicológico) y pueden presentar una situación inestable. Nos encontramos con un incremento de diagnósticos de la infección en población que procede de otros países. Por ello, y en relación con este grupo de población, la idea fundamental de la prevención es conseguir que las personas sean capaces de identificar con qué prácticas se arriesgan a infectarse, a reinfectarse y a infectar a otras personas, y, en consecuencia, que adopten las medidas preventivas que les protejan de la exposición al VIH y de su posible contagio.

3. Diagnóstico precoz. Realizar un diagnóstico precoz tiene un doble objetivo: por un lado, disminuir la cadena epidemiológica de la infección y por otro poder ofertar lo antes posible el tratamiento específico antirretroviral o la profilaxis para las infecciones oportunistas asociadas.

Sabemos que, en gran parte, la vulnerabilidad para la infección por el VIH es por un problema de salud, ligado a comportamientos. Un porcentaje considerable de la población tiene suficientes conocimientos, pero éstos no se convierten en hábitos saludables y duraderos, en ocasiones por problemas de actitud o por falta de habilidades.

Para realizar el diagnóstico precoz de la infección por el VIH debemos ofrecer la determinación de la serología del VIH a las personas que tengan comportamiento de riesgo, teniendo en cuenta que la población con riesgo elevado para la infección por VIH puede incluir:

- UDVP y que han compartido material de inyección y a sus parejas sexuales.
- Personas con múltiples parejas, mediante intercambio sexo-dinero o droga, consumo de drogas desinhibitorias antes de la relación sexual, o con prácticas sexuales de riesgo sin protección.
- Personas que han recibido transfusiones o trasplantes de órganos o tejidos, en España antes de 1986 o en países en vías de desarrollo.

También debe ofrecerse la realización de serología del VIH a todas las mujeres embarazadas, con deseo de gestación o con relación sexual activa.

Después de todos estos años de epidemia por la infección del VIH, parece evidente que la mujer es más vulnerable a la mencionada infección. Varios son los motivos por los cuales se considera que las mujeres son más vulnerables y se encuentran o se pueden encontrar en situación de riesgo de infectarse por el VIH. Algunos están resumidos a continuación:

- Los órganos genitales de la mujer tienen una parte interna a través de la cual puede entrar el VIH y puede mantenerse y reproducirse.

- Las ITS son con más frecuencia asintomáticas en la mujer y pueden favorecer la transmisión, especialmente si se acompañan de lesiones ulceradas.
- Hay mujeres que, por su educación, tienen dificultad para ser asertivas y proponer a su pareja la realización de sexo más seguro.
- Muchas mujeres dependen de su pareja, económica, sentimental o emocionalmente. Esta dependencia refuerza el sentimiento de no poder imponer sus deseos (por ejemplo, la protección con preservativo en las relaciones sexuales) porque tienen miedo a perder su pareja.
- Algunas mujeres, también por su situación económica y porque no tienen trabajo, se ven obligadas a intercambiar sexo por dinero.
- Está demostrado que la transmisión del VIH de hombre a mujer —en la relación sexual— es más fácil que de mujer a hombre; porque el epitelio del cuello uterino y la vagina son muy vulnerables al paso del virus del VIH a la vía hemática por las micro-lesiones que se puedan producir durante el coito.

El profesional de AP debe plantear el tema del sexo en la consulta para que, la persona con conducta de riesgo o la persona seropositiva, hable de sus preocupaciones y de sus dudas. Pero hablar de sexo y de relaciones sexuales, en una consulta médica, no es fácil. Los profesionales sanitarios no estamos convenientemente preparados y a la población tampoco le resulta fácil ni sencillo.

Hay personas que no hablan de sus relaciones sexuales porque temen ser juzgadas por su orientación sexual o por la manera en la que viven su actividad sexual. En la relación sexual no tiene importancia lo que la persona sea (homosexual, bisexual o heterosexual), sino lo que haga —y también cómo lo haga— en sus relaciones sexuales. Pero sí que tiene especial importancia que lo haga de forma segura para no favorecer la transmisión del VIH o ITS. De ahí que debe saber qué relaciones sexuales tienen alto o bajo riesgo o cuáles no tienen riesgo para la transmisión de enfermedades.

Hoy en día la gran mayoría de personas tienen información acerca de que el preservativo protege del VIH y no tienen intención de infectarse. Pero, en ocasiones, cuando tienen que poner en práctica la información de la que disponen, no lo hacen. Por ejemplo, no utilizan el preservativo en sus relaciones sexuales. Nos encontramos ante un problema de actitud, no de conocimientos.

De esta manera algunas personas se refugian en reflexiones como las siguientes: «la persona con quien estoy parece normal»; «por una sola relación sin preservativo...»; «si saco un preservativo pensaré que soy una mujer fácil o que ya lo tenía planeado...»; «seguro que a él no le gustan los preservativos»; «si ya estoy (o estamos) infectado (infectados)...». Hemos de intentar facilitarles habilidades para negociar sexo seguro y habilidades técnicas para el sexo más seguro, por ejemplo cómo es y cómo se utiliza un preservativo.

Muchas mujeres no se reconocen como personas de riesgo al no identificarse con lo que ellas piensan, erróneamente, como «grupos de riesgo»: no es drogadicta, no es prostituta. Pero, por desgracia, muchas mujeres se han contagiado de su única pareja: su marido o pareja estable. Evidentemente si no creen que están en situación de riesgo, no pueden protegerse.

En la situación de una mujer seropositiva que piensa quedarse embarazada, el papel del profesional sanitario es ayudarla a considerar todas las opciones que tiene y las consecuencias de cada opción. Así como los sentimientos que comporta cada consecuencia, y que después tome libremente su decisión. Que se pregunte: «¿cómo será su vida con un niño seropositivo?», teniendo en cuenta su situación y la de su pareja. «¿Quién la cuidará si ella enferma o muere?; ¿y si el niño se muere?». «Y si es seronegativo, pero es ella quien se muere, ¿cómo crecerán juntos?». Si decide finalmente no quedarse embarazada, la mujer puede experimentar un proceso de duelo, de pérdida y habrá que acompañarla y ayudarla en su decisión y en su proceso.

Ante un embarazo hay que ayudarla a que decida sobre acogerse a la opción legal del aborto o seguir con el embarazo. Si decide continuar con el embarazo, debemos proponerle el tratamiento antirretroviral para ella y para su hijo, y evitar así, la transmisión materno-fetal.

En la situación de mujer seronegativa con pareja seropositiva, el no embarazo puede crearle sensación de frustración o alteración del estado de ánimo. Otra opción es recibir una inseminación de un donante seronegativo. El lavado de semen aún no tiene la suficiente evidencia científica para poder afirmar con rotundidad que no comporta riesgo de infección. También nos podemos encontrar con la situación de que se quede embarazada de su pareja. Puede infectarse ella y el niño, y entonces habrá que proponerle el tratamiento antirretroviral para ambos.

Cualquier situación de las descritas no es sencilla, pero en todas necesitará de nuestro consejo asistido.

En 1995 se inició la pauta de tratamiento antirretroviral a la embarazada con AZT; y a finales de 1996, al empezar el tratamiento con inhibidores de la proteasa, los casos de transmisión madre-hijo en España se redujeron de forma clara y rotunda. Hace unos años, la posibilidad de que una mujer portadora del VIH diese a luz un niño infectado era aproximadamente del 20%. Hoy en día, gracias a la introducción del tratamiento antirretroviral, durante el embarazo y el parto, la cesárea electiva como método de terminar la gestación —en los casos indicados— y la supresión de la lactancia materna, la transmisión vertical del VIH puede ser inferior al 2%. Y ello ha ocurrido en un momento en que, gracias al tratamiento antirretroviral, las expectativas de vida de las mujeres seropositivas han cambiado radicalmente y cada vez con más frecuencia se plantean tener hijos como una manera de normalizar más su vida. Este hecho ha impulsado a las instituciones sanitarias de todo el mundo a poner en marcha programas de prevención de la transmisión vertical del VIH.

Sin embargo, todavía hoy, muchas mujeres a las que se les ofrece la realización del test se sorprenden, ya que nunca han considerado la posibilidad de infectarse o de estar infectadas por el virus del sida. La realidad nos muestra que, con relativa frecuencia, se siguen detectando personas que están infectadas, e incluso se encuentran en estadios avanzados de la enfermedad, y desconocen su situación de seropositividad. Tengamos en cuenta los datos de un estudio de cribado anónimo y no relacionado de anticuerpos anti-VIH en todas las muestras de sangre neonatales para la detección de metabopatías, realizado entre 1996 y 1999 en 6 comunidades autónomas de nuestro país. En este estudio, la prevalencia fue de 0,99 por cada 1.000 nacidos en 1996, de 1,29 en 1997, de 1,42 en 1998, y de 1,54 en 1999.

Por tanto y dado el aumento de la prevalencia del VIH en madres de recién nacidos, son necesarios el consejo y la oferta sistemática de la prueba del VIH a todas las mujeres embarazadas.

La infección por el VIH representa para muchos profesionales de AP un reto por su complejidad, por su asociación a situaciones difíciles o diferentes y también por la baja prevalencia de la infección en muchas consultas. Hay médicos de familia que en su lugar de trabajo, su pueblo, su barrio, en determinadas ciudades o comunidades tienen pocas posibilidades de familiarizarse mínimamente con la infección por el VIH.

Para poder ayudar a la persona seropositiva a alcanzar una calidad de vida aceptable, el profesional sanitario necesita unas habilidades específicas, el llamado *counseling* o consejo asistido. Éste lo podríamos definir como «una manera de comunicarse con el usuario en la cual el profesional le ayuda a potenciar sus recursos internos para vivir mejor con el VIH». Es, por tanto, una forma de ayudar, no de dar soluciones.

Por ejemplo, una persona afectada por el VIH y que tiene fiebre piensa si estará desarrollando una infección oportunista. La sensación de miedo o de ansiedad puede dominarle. Tenemos que ayudarle a aprender a convivir razonablemente con la infección.

Vamos a detenernos un poco en el consejo asistido, ya que dadas las características de AP y de la enfermedad por el VIH, éste adquiere mucha importancia para alcanzar los objetivos trazados.

En el consejo asistido el papel del profesional es escuchar activamente, mostrar empatía, dar apoyo, ayudar y acompañar a la persona en todo el proceso. Ayudarla a definir sus necesidades y ayudarla a tomar decisiones después de reflexionar. La cantidad de tareas del consejo asistido sobre VIH que integre cada profesional dependerá de su manera de ser, de su papel, de su trabajo, de sus habilidades, de las necesidades del paciente, del contexto de la consulta y del tiempo disponible. El elemento más importante del consejo asistido es la empatía, que consiste en que el profesional transmita comprensión hacia lo

que sienta y exprese la otra persona, teniendo en cuenta estos sentimientos y pensamientos, es decir se pone en el sitio del otro.

Situaciones en las que sea aconsejable utilizar esta relación de ayuda con una mujer pueden ser: cuando ha vivido una situación de riesgo, por ejemplo el tener una relación sexual sin protección, cuando se está planteando hacerse la serología del VIH o está esperando el resultado. También cuando damos el resultado, sea positivo o negativo, o cuando quiere hablar de la muerte. Igualmente, en situaciones en las que la persona está infectada por el VIH: cuando se produce un aumento de la carga viral, cuando hay que tomar decisiones sobre el tratamiento antirretroviral o cuando una mujer seropositiva tiene dudas acerca de si puede tener un hijo o no.

Para estar seguro de lo que necesita la usuaria seropositiva hay que preguntarle cuáles son sus necesidades: que pueden ir desde la necesidad de recibir apoyo psicosocial, hasta el poder vislumbrar un futuro o necesitar apoyo y recibir comprensión frente al desgaste emocional que padece la persona por la cronicidad de su enfermedad. De la misma manera debemos ayudarla a aprender a tomar decisiones, empezando por definir sus problemas y necesidades, y buscar las opciones posibles empezando por la opción más realista para la persona.

Un momento clave, en una consulta de AP, es cuando alguien, muchas veces conocido en la consulta por otros temas, se plantea o le debemos plantear la necesidad de hacerse la prueba de anticuerpos frente al VIH.

Si queremos facilitar los cambios de comportamiento (que es la única manera de evitar la infección y la transmisión del VIH), necesitamos tiempo para dar y recibir información y para conocer la situación emocional de la persona mediante preguntas como éstas, antes de la toma de decisión: ¿por qué ahora quiere hacerse la prueba?; ¿qué ventajas encuentra en hacerse la prueba?; ¿qué desventajas encuentra en hacerse la prueba?; ¿cuáles son sus temores?; ¿cómo cree que va a reaccionar si el resultado resulta negativo?; ¿cómo cree que reaccionará si el resultado resulta positivo?; ¿en alguna ocasión ha recibido malas noticias?; ¿cómo reaccionó?; ¿cuál es su red de apoyo?; si el resultado es positivo, ¿a quién se lo va a explicar? Igualmente, es importante que el médico de familia identifique las informaciones dadas en una entrevista que puedan aconsejar ofrecer la prueba de detección del VIH: por una relación sexual de riesgo sin protección, por ser un UDVP, por estar embarazada, pero también ante la presencia de determinados síntomas: fiebre de etiología desconocida, sudoración nocturna, adenopatías generalizadas, o una pérdida de peso o diarrea persistente. O ante determinadas lesiones cutáneas: una dermatitis seborreica extensa, un herpes zóster amplio, la presencia de unos condilomas acuminados o una candidiasis vaginal recurrente o severa. O por hallazgos de laboratorio como una atipia o displasia cervical o la presencia de una prueba de la tuberculosis positiva.

Hay tres conceptos que el profesional de AP debe asegurarse de que la mujer comprende y sobre los que ésta debe poseer información suficiente antes de realizarse la prueba:

1. La prueba sirve para saber si la persona tiene los anticuerpos del VIH, en cuyo caso nos asegura que es portadora.
2. Esta prueba, sin embargo, no determina el estado de las defensas del organismo de la persona ni si ha desarrollado el sida.
3. El denominado «periodo ventana». Significa que si el resultado es negativo y no han pasado doce semanas desde la fecha del posible contagio, hay que repetir la prueba, porque puede ser falsamente negativa. Y, por tanto, hay que recordar que este resultado no protege ni significa que pueda estar tranquila. Sólo podrá estarlo si modifica su comportamiento de riesgo. Es ineludible y necesario pedir la prueba de anticuerpos del VIH con el debido «consentimiento informado», mantener la «confidencialidad» del resultado, realizar el «consejo asistido» antes y después de la prueba y actuar con «cautela» en la interpretación de los resultados (confirmación de los resultados). Debemos recordar que en AP, hay una característica que la diferencia de la atención hospitalaria, podemos atender en la consulta al otro miembro de la pareja, a la madre, a un hijo, a la vecina... En fin, si vulneramos los principios que sustentan estas cuatro palabras, aparte de las implicaciones éticas y legales, probablemente perderíamos la confianza de esta persona; y, evidentemente, no conseguiríamos la modificación de una conducta ni evitar la propagación de la infección.

Cuando nos encontremos frente a la delicada situación de comunicar un resultado positivo debemos hacerlo siguiendo unas pautas como las descritas a continuación:

- Por la misma persona que la ha solicitado.
- No dar resultados por teléfono ni por correo.
- Hacerlo al inicio de la semana.
- En un espacio acogedor.
- Comunicarlo de una forma directa, breve y tranquila.
- Sin estar pendiente del reloj.
- Ofrecer apoyo emocional.
- Informar sobre recursos disponibles.
- Concertar la cita.

No es fácil dar un resultado positivo de la infección por el VIH, por todo lo que ello implica, pero esto no es excusa para hacerlo de forma incorrecta.

En la consulta, el médico de familia debe obtener la máxima información posible. Averiguar la posible vía de contagio: si existe conducta o comportamiento de riesgo, si hay consumo de drogas; o si en los viajes tiene relaciones sexuales, protegidas o no, con desconocidos, o si utiliza métodos anticonceptivos.

Debemos caracterizar sus antecedentes en relación con la patología infecciosa (hepatitis B, C o delta, tuberculosis, candidiasis, herpes zoster o simple, o ITS que suelen ser más asintomáticas que en los varones) o los antecedentes de donaciones de sangre, semen u órganos. Cuando entrevistemos a una mujer hay que preguntar por las características de sus ciclos menstruales (si tiene dismenorrea, amenorrea o de la presencia de flujos vaginales anómalos), o por los antecedentes de embarazos no deseados o de abortos previos.

Además de unos análisis de sangre que incluyan la determinación de las subpoblaciones linfocitarias (para valorar el estado inmunitario) y la carga viral (para determinar el nivel de replicación del virus), tiene especial interés la realización de una citología cervical vaginal para descartar una posible patología infecciosa (VPH, herpes) o las atípicas o displasias cervicales.

De la misma manera hay que hacer una valoración psicosocial y saber los recursos con los que cuenta la afectada. Hablamos de recursos familiares o de soporte, para momentos de crisis o de enfermedad.

CONCLUSIONES

La infección por el VIH reúne algunas características propias de la AP.

Sabemos que en gran parte la vulnerabilidad para la infección por el VIH es por un problema de salud, ligado a comportamientos. Un porcentaje considerable de la población tiene suficientes conocimientos, pero éstos no se convierten en hábitos saludables duraderos, en ocasiones por problemas de actitud o por falta de habilidades. Quizá por esto, el counseling o consejo asistido, que no es sólo un consejo sino una relación de ayuda, es el principal instrumento de comunicación y diagnóstico en AP en relación con la infección por el virus del VIH/sida.

La AP y los médicos de familia —ante una enfermedad crónica como es ésta, susceptible de educación para la salud y de prevención, con una afección multisistémica y multiorgánica, que precisa atención continuada y progresiva, y que afecta a las esferas biopsicosocial, familiar e individual y de tales magnitudes epidemiológicas— deberían tener un mayor protagonismo e implicación. No sólo en la prevención y el diagnóstico precoz de

la infección, sino también en el control y el seguimiento del paciente con VIH/sida y la colaboración en el cumplimiento terapéutico. Para ofrecer una atención de calidad a los pacientes afectados por el VIH una de las premisas más importantes es que el profesional «quiera» atenderlos, y los profesionales que trabajamos en AP no podemos ni queremos quedarnos al margen. Adquirir las habilidades en la atención del paciente infectado por el VIH/sida es una necesidad ineludible, inaplazable y éticamente inexcusable en AP.

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguado C, Álvarez A, Fransi L, Fidalgo S, Gutiérrez M, Mascort J, Tomás V, Vicente O, Zarco J. *VIH-SIDA. Programa del adulto*. Programas básicos de salud. Madrid: Doyma, 1998.
2. Almeda J, Casabona J, Allepuz A, García-Alcaide F, Del Romero J, Tural C y Grupo de Consenso Español sobre Profilaxis Postexposición No Ocupacional al VIH. Recomendaciones para la profilaxis post-exposición no ocupacional al VIH. *Enferm Infecc Microbiol Clín* 2002; 20: 391-400.
3. Castilla J, De la Fuente L. Evolución del número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana y de los casos de sida en España: 1980-1998. *Med Clin (Barc)* 2000; 115: 85-89.
4. Castilla J, Noguer I, Belza MJ, del Amo J, Sánchez F, Guerra L. ¿Estamos diagnosticando a tiempo a las personas infectadas por el VIH?. *Atención primaria*, 2002; 29 (1): 20-5.
5. Badia X, Guerra L, García M, Podzamczar D. La evaluación de la calidad de vida en los pacientes con infección por el VIH y sida. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 739-44.
6. SemFYC. *Recomendaciones SemFYC: Guía de atención al paciente VIH/GUIA VIH/sida en atención primaria*. Madrid: SemFYC; 1997.
7. Valverde, C. *Counseling sobre l'HIV: suport psicosocial i relació d'ajuda a la persona seropositiva: manual per a professionals*. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1999.
8. Velasco Arias S. *La prevención de la transmisión heterosexual del VIH/SIDA en las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer-Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA, 1999.

.....

Sección III. Problemas de salud

Violencia

.....

.....

.

.

.

.

.

.

.

.

.

VIOLENCIA DOMÉSTICA: INTERVENCIÓN DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA

Alicia Maldonado Ramos,
Técnico de Salud del Distrito Sanitario Málaga

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1980 la OMS reconoció al maltrato contra la mujer como el crimen encubierto más frecuente del mundo, causando tantas víctimas mortales y minusvalías en mujeres en edad fértil como el cáncer y más que los accidentes de tráfico, distintas instituciones de ámbito europeo, estatal y autonómico han ido elaborando resoluciones, declaraciones, informes, etc.¹. Estos han ido abriendo un camino, a lo largo del cual se ha ido provocando una conciencia en la sociedad y creando la necesidad de diseñar estrategias de actuación encaminadas a erradicar el problema de los malos tratos a las mujeres.

A lo largo de estos años, también la concepción global del problema ha ido experimentando un cambio y una de sus consecuencias ha sido modificar su propia denominación: hemos pasado sucesivamente de llamarlo «maltrato a la mujer», «violencia doméstica», «violencia de género» a «terrorismo de género». Esta transformación semántica se debe a que se asume que este tipo de violencia responde a un esquema cultural en el que la mujer se convierte en víctima por el hecho de pertenecer al género femenino, concebido éste como inferior y, por lo tanto, poseído y sometido por el hombre. Además, se entiende que es un tema del ámbito privado y no debe salir de esa esfera.

El abordaje del problema sigue siendo complejo y la prueba es que aún estamos muy lejos de erradicarlo, lo que sí parece necesario es seguir trabajando en ello desde un enfoque global e integrador.

¹ Resolución sobre las agresiones a las mujeres de Parlamento Europeo (1986). Informe de la Comisión de derechos humanos del senado español (mayo de 1989). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres de la Asamblea General de las Naciones Unidas (1993). I Plan para la igualdad de oportunidades para las mujeres en Andalucía (enero de 1990). III Plan andaluz para la igualdad de las mujeres (enero de 1995).

En 1998 y siguiendo lo establecido en el Plan de actuación del gobierno andaluz para avanzar en la erradicación de la violencia contra las mujeres, se elabora y firma un procedimiento de coordinación entre todas las instituciones implicadas. Con éste se pretende desarrollar y potenciar la actuación coordinada que permita un tratamiento globalizado e integral de la asistencia a las mujeres que sufren malos tratos. Dichas instituciones son: las Consejerías de la Presidencia, Gobernación y Justicia, Salud y Asuntos Sociales, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía y la Federación Andaluza de Municipios y Provincias.

En este procedimiento las distintas instancias responsables se comprometían a²:

- a) Actuar, en cumplimiento de los compromisos que asumen, de forma inmediata, intercambiando información o prestando colaboración en el momento que sea requerida por cualquiera de las demás instancias.
- b) Garantizar una formación continua y permanente al personal que interviene en la atención a mujeres víctimas de violencia.
- c) Realizar informes semestrales, que se facilitarán al resto de las instituciones, y que reflejarán los datos en relación con el número de mujeres atendidas, las actuaciones realizadas y derivaciones efectuadas, a fin de poder realizar una valoración y seguimiento del procedimiento.
- d) Constituir comisiones de seguimiento en el ámbito autonómico, provincial y local.
- e) Garantizar los derechos de las mujeres, establecidas en el documento, y a cumplir las pautas de actuación en cada una de las instancias.

En enero del año 2000 se constituye en Málaga la Mesa Técnica de Salud para los Malos Tratos Mujeres. En ella se difunde la Guía de procedimiento; se establece un registro central en la Delegación de Salud; se implanta el modelo específico de notificación de malos tratos; se presenta la Fiscalía de Violencia Doméstica (que en adelante recibirá todas las notificaciones «partes de esencia» que se emitan desde el ámbito sanitario y se encargará de llevar a cabo las investigaciones oportunas que lleven o no a interponer una denuncia de oficio); se presenta también el Servicio de Atención a las Víctimas de Andalucía (SAVA), como otra instancia de apoyo a la lucha contra el problema; y, por último, se insta a todos los niveles del ámbito sanitario (atención primaria, especialidades y urgencias) a que se impliquen en el abordaje integral de la violencia de género.

² Procedimiento de coordinación para la atención a las mujeres víctimas de malos tratos y agresiones sexuales.

En aquel momento, en el Distrito de Atención Primaria de Málaga³, la intervención en este campo era prácticamente nula: no existía un archivo independiente de partes de lesiones debidas a sospechas de maltrato (de manera que era imposible conocer cuántos casos se podían haber atendido); la identificación de lesiones debidas a maltrato tan sólo se hacía en los puntos de urgencias (pero en la mayoría de los casos no quedaba recogido como tal, ya que el impreso de parte de lesiones no daba opción a recoger la identidad del agresor ni tampoco el parentesco); la conciencia de que el maltrato era un problema de salud no existía y, por lo tanto, el sentido de responsabilidad sobre el tema tampoco.

En el Distrito nos planteamos abordar este tema por su importancia y magnitud y desde el convencimiento de que un alto porcentaje de mujeres maltratadas estaban pasando diariamente por nuestros centros sin que se percibiera, y desde la responsabilidad que los profesionales tenían que asumir sobre este problema. La atención primaria nos ofrece un escenario privilegiado para detectar situaciones ocultas de maltrato.

Desde un principio queríamos tener en cuenta los principales obstáculos a los que tendríamos que hacer frente a la hora de implantar un «Programa de abordaje de los malos tratos». Entre ellos, el tamaño del Distrito y el número de profesionales (23 centros y más de 1.000 personas trabajando en ellos) que iba a condicionar el ritmo de implantación de cualquier estrategia. Además, el que la mayoría de la actividad asistencial se produce en consultas ordinarias, no de urgencias, supondría una labor de formación y sensibilización mayor que si estuviéramos hablando de atención en urgencias, puesto que al profesional en las consultas de los centros de salud se le pide que vea más allá de las demandas puntuales y sepa detectar una situación de riesgo o de maltrato que no se manifiesta en ese momento por unas lesiones físicas ni una declaración expresa de la víctima.

El plan de actuación diseñado pretendía abordar desde la formación de los profesionales hasta la implantación de una guía específica de actuación, pasando por establecer circuitos claros para abordar este proceso (entendiendo por tal todas las actuaciones que se llevan a cabo con y sobre la víctima) y un sistema de evaluación y retroalimentación.

Nos planteamos como objetivo implantar un «Programa de abordaje de los malos tratos» en todos los centros del Distrito y para ello se desarrollaron las siguientes estrategias de actuación:

- Desarrollo de unos talleres de formación dirigidos a médicos, pediatras, trabajadores sociales y enfermeras, convencidos de que es necesaria una formación previa de los profe-

³ El DS Málaga se compone de 23 centros de salud y 10 consultorios, con 5 puntos de urgencias y una plantilla de más de 1.000 profesionales, desde donde se atiende a toda la población de Málaga Capital y Rincón de la Victoria (600.000 hab. aprox.).

sionales, para que sean capaces de detectar situaciones de maltrato y que además «sensibilice» a éstos sobre el tema y los «conciencie» de su responsabilidad ante este problema de salud.

- Creación de un grupo de trabajo compuesto por médicos, trabajadores sociales y enfermeras, cuyo objetivo era elaborar una Guía de Actuación en Casos de Malos Tratos, «tan sencilla y clara» que facilitase y garantizase la actuación de los profesionales sanitarios.
- 1) Una vez elaborada esta guía, diseñar unas hojas con los pasos que se deben seguir en caso de maltrato o sospecha de maltrato, dirigidas al personal sanitario y al personal de los servicios de atención al usuario (véase Anexo 1).
 - 2) Establecimiento de un circuito para el trámite de los partes de lesiones, de manera que se garantizase, además de la confidencialidad, que cada notificación llegase al Juez de Guardia y al Fiscal de Violencia Doméstica en el menor plazo de tiempo posible (máximo de 48 horas).
 - 3) Difusión de la guía elaborada en todos los centros de salud y a cargo de los miembros del grupo, con el fin de iniciar las actuaciones al mismo tiempo en todo el ámbito del Distrito.
 - 4) Mantener una formación continua de los profesionales y ofrecer anualmente el análisis de la actividad realizada.

DESARROLLO

Las principales dificultades que nos hemos encontrado para implantar y mantener este programa abarcan distintas esferas: por un lado, dependen de los profesionales; por otro, de la propia organización, y también de características de la sociedad.

Los profesionales expresan como principales barreras las siguientes:

- Falta de tiempo en las consultas.
- Falta de formación específica.
- Desconocimiento de recursos sociales.
- Miedo a molestar u ofender al paciente.
- Inseguridad ante la posibilidad de provocar una situación peor y de mayor riesgo para la víctima.

- Sensación de impotencia y frustración.
- Sensación de fracaso si no se resuelve adecuadamente.
- Vivencias previas del propio médico.
- Temor del profesional por su propia seguridad. Creencia arraigada (y compartida por parte de la sociedad) de que es un problema de la esfera de la intimidad.
- Convencimiento de que la mujer, como persona adulta, es la que decide permanecer en esa situación y que, por tanto, nadie debe intervenir

Dificultades inherentes a la organización:

- Temporalidad de los profesionales, lo que dificulta enormemente la formación específica.
- En demasiadas ocasiones, la descoordinación interna.
- Burocratización y jerarquización de las administraciones, que a veces impide la coordinación y el trabajo conjunto.
- Asunción de roles profesionales que otorgan la responsabilidad sólo a los facultativos.
- La falta de información más allá del propio trabajo (¿qué ocurre con los casos tramitados?).

También hay que tener muy en cuenta que el medio donde se quería implantar corresponde a consultas de centros de salud, donde no llegan los casos agudos (que sería el caso de los puntos de urgencias), por lo tanto, estamos hablando, en la mayoría de los casos, de sospechar situaciones de maltratos enmascarados por síntomas y motivos de consulta distintos, lo que implica una mayor sensibilización ante el problema y una formación especializada.

Dificultades derivadas de los mitos asimilados culturalmente en nuestra sociedad, limitan la capacidad de «ver» de los profesionales (sólo vemos lo que tenemos en la mente):

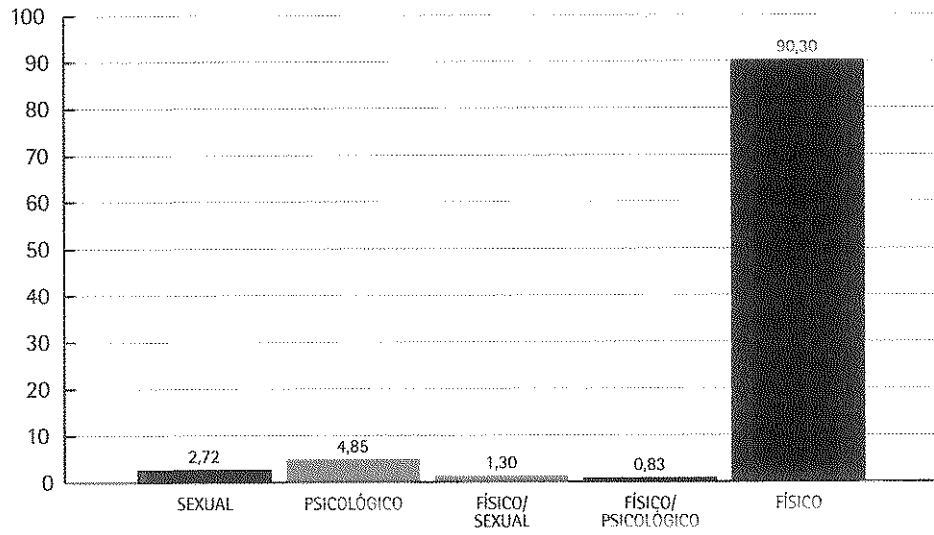
- Sólo en las familias con problemas hay violencia.
- La violencia dentro de la casa es un asunto de la familia y no debe salir ni difundirse fuera.
- La violencia sólo existe en familias con pocos medios económicos.
- La violencia la sufre un tipo concreto de mujeres.

- Cuando las mujeres dicen «no» quieren decir «sí».
- El agresor es un enfermo mental y no es plenamente responsable.
- En el caso de que tengan hijos es mejor que aguanten.

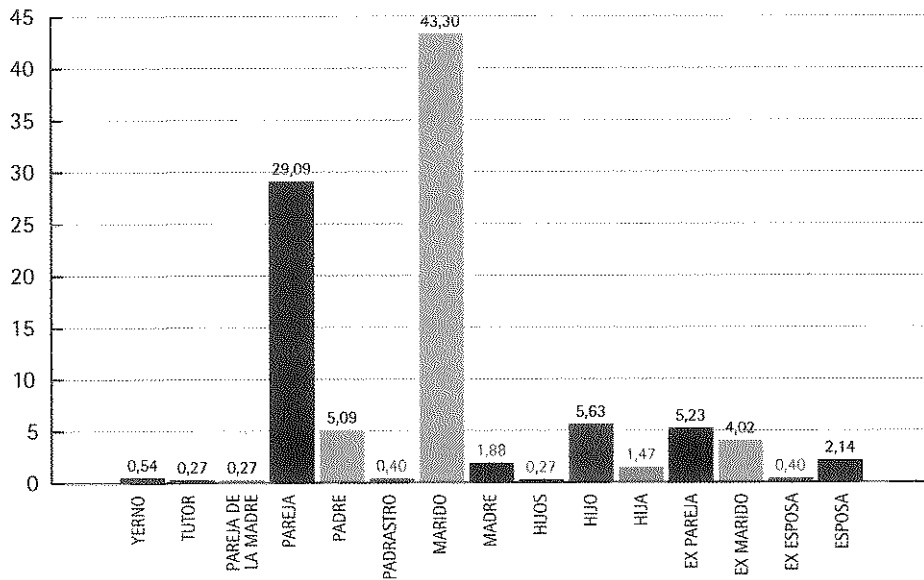
RESULTADOS

En los tres años y medio que han pasado desde la implantación del programa de intervención, se han realizado sesiones en todos los centros, al menos una vez al año, se han desarrollado varios talleres de formación (se han formado 120 profesionales entre médicos de familia, pediatras, matronas, enfermeras y trabajadores sociales), se ha trabajado e implantado un protocolo de intervención específico para los trabajadores sociales y se ha creado un nuevo grupo de trabajo que ha elaborado la guía de actuación en casos de maltrato infantil.

En este periodo, se han tramitado 845 partes de lesiones a la Fiscalía de Violencia Doméstica y una treintena de informes de los trabajadores sociales (sin partes). El 42% corresponden a personas atendidas en los puntos de urgencia, el resto se han tratado en las consultas a demanda de los centros de salud. El tipo de maltrato que se ha detectado es mayoritariamente físico (90,3%), aunque cada vez es más frecuente la emisión de partes de lesiones comunicando situaciones de maltrato psicológico, siendo las mujeres las principales víctimas (93,59%). En cuanto a la relación con el agresor, en el 43,3% de los casos era el marido; en el 29'09%, la pareja. En aproximadamente 9% de las ocasiones, la agresión provenía de los exmaridos o exparejas (véanse gráficos 1 y 2).



Gráficos 1. Tipo de maltrato 2001-2003



Gráficos 2. Agresor 2001-2003

Cabe resaltar la desigual distribución por centros, ya que, mientras algunos han emitido (e intervenido) más de 50 partes de lesiones, otros centros no han pasado de 1 o 2, no respondiendo este hecho a características especiales de la zona en la que se ubican ni a ninguna otra causa objetiva.

Asimismo, la implicación de los profesionales de enfermería aún es escasa, pudiendo esto responder a la creencia de que sólo el médico tiene la obligación de intervenir.

Veinte mujeres acudieron a los centros más de una vez a causa del maltrato físico y psicológico de sus parejas (una persona acudió 9 veces en dos años).

CONCLUSIONES

1. La formación específica y continua es fundamental para la concienciación y sensibilización de los profesionales: después de la participación de los profesionales en los talleres y sesiones, el número de casos detectados aumenta.
2. Paulatinamente los profesionales van asumiendo su nivel de responsabilidad en cuanto al problema con consecuencias de salud de primera magnitud.
3. La intervención en este tipo de problemas requiere que los profesionales dispongan de tiempo.
4. La coordinación interna es necesaria para la intervención.
5. La coordinación intersectorial debe permitir el conocimiento mutuo y el trabajo conjunto entre los profesionales.
6. Es necesario que las actuaciones en el ámbito sanitario se vean respaldadas por medidas legales y de protección eficaces.
7. Para llevar a cabo programas de este tipo es imprescindible el compromiso de la Dirección del Distrito y la existencia de una figura de referencia que mantenga vivo el tema.

BIBLIOGRAFÍA

Guía de actuación en malos tratos y agresiones sexuales. Málaga: Grupo de Trabajo sobre Maltrato. DS Málaga, junio de 2000.

Maltrato Infantil. Guía de actuación para profesionales Sanitarios. Málaga: Grupo de Trabajo sobre Maltrato. DS Málaga, junio de 2002.

LO 11/1999 de 30 de abril de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal, aprobado Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. BOE n.º 104 de 1 de mayo de 1999.

Plan de Actuación del Gobierno Andaluz para avanzar en la erradicación de malos tratos agresiones sexuales

Proceso legislativo en el maltrato. AMUVI.

Sepúlveda de la Torre, A. *Aspectos médico-forenses de las agresiones sexuales.* AMUVI.

Sepúlveda de la Torre, A. Atención a las mujeres víctimas de violencia: exploración y toma muestras en agresiones sexuales. En: *Atención a las mujeres víctimas de malos tratos.* Andalucía: Servicio Andaluz de Salud. Plan Estratégico. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, 2001.

Abusos sexuales a menores. AMUVI.

Wathen CN, MacMillan HL. Interventions for violence against women: scientific review. *JAMA* 2003; 289(5): 589-600.

Violencia Doméstica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. SEMFyC, 2003.

Procedimiento de coordinación para la Atención a las Víctimas de Malos tratos y Agresiones Sexuales. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 1998.

Atención sanitaria a mujeres víctimas de malos tratos. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2001.

Violencia contra las mujeres. Ámbito Sanitario. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer, 1999.

ANEXO: Guía de atención a víctimas de maltrato. Distrito Sanitario AP Málaga

ANVERSO



Servicio Andaluz de Salud
Distrito Sanitario Málaga
Consejería de Salud

ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE MALTRATO EN UN CENTRO DE SALUD

ACTUACIÓN DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN AL USUARIO

Ante la llegada de una víctima de maltrato al Centro de Salud (mujer, niño, anciano, etc...):

- Pasarla a un lugar reservado y avisar al trabajador/a social o enfermero/a para que la acompañe.
- No dejarla sola.
- Avisar inmediatamente al médico que la vaya a atender.
- No hacerla esperar.
- No derivar, bajo ningún concepto, a otro Centro de Salud u Hospital sin que un sanitario de este Centro Salud deje constancia de que ha sido atendida.
- En caso de derivación, garantizar el acompañamiento (personal sanitario o policía).
- Facilitar el parte al juzgado al personal sanitario.
- Archivar una copia del parte al juzgado y otra enviarla al Distrito en un sobre dirigido a Alicia Maldonado, anotando «CONFIDENCIAL».

REVERSO

ORGANISMOS DE ATENCIÓN A LAS VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS Y AGRESIONES SEXUALES

Instituto Andaluz de la Mujer > TLF. 900 200 999

Servicio de atención a las víctimas de Andalucía

Palacio de Justicia Miramar-Juzgado de Guardia
Paseo de Reding s/n Málaga

Días laborables: de 8'30h a 20'00h > teléfono 95136675/80

Días festivos: desde las 20h. del día anterior hasta las 9h. del día siguiente

Fines de semana: desde el viernes 20h. hasta las 9h. del lunes

Teléfono de urgencias > 610 939 966

Servicio de la Mujer. Diputación Provincial de Málaga > TLF. 900 771 177

Área de la Mujer. Ayuntamiento de Málaga > TLF. 010

Sección III. Problemas de salud

Embarazos no deseados

.....

.....

.....

.....

LOS EMBARAZOS NO DESEADOS: SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y POLÍTICAS DE PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN EN ESPAÑA

María Villar Librada Escribano

Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología, Ministerio de Sanidad y Consumo

INTRODUCCIÓN

Actualmente se siguen produciendo gran cantidad de embarazos no deseados, y eso a pesar de que las técnicas anticonceptivas han alcanzado grandes niveles de desarrollo y eficacia, así como de difusión y accesibilidad y de que existe abundante información al respecto.

El problema de los embarazos no deseados afecta a todas las mujeres en edad fértil, pero especialmente a las que se sitúan en los extremos de la vida reproductiva. En ambos casos las consecuencias a nivel cultural, social y psicofísico trascenderán tanto a la mujer y a su entorno (pareja y familia) como al nacido, si el embarazo no se interrumpe.

Según la Encuesta Schering pre-peri menopausia, de ámbito nacional, realizada durante los meses de marzo y abril de 1999 por el Equipo Daphne en el grupo de mujeres de 40 a 50 años, el 56,9% no utiliza ningún método anticonceptivo, presumiblemente en la falsa creencia de que a partir de cierta edad es muy difícil quedarse embarazada. Sin embargo, este grupo de edad que representa el 13% de la población española y que es activo sexualmente (el 57% afirma mantener más de 4 relaciones sexuales al mes), puede considerarse uno de los grupos de riesgo de embarazos no deseados.

Es en el grupo de las adolescentes (mujeres menores de 20 años) donde se dan las tasas más altas y donde se han producido los mayores incrementos. Un estudio de la Sociedad Española de Contracepción informa de que en nuestro país se producen cada año 32.000 embarazos no deseados en este grupo de edad. Otros autores estiman que entre el 60% y el 90% de los embarazos en adolescentes son no deseados, pudiendo alcanzar valores de hasta el 100% cuando se producen en menores de 18 años.

Si consideramos, como la OMS (Salud 21), que «la infancia y la adolescencia constituyen una etapa de la vida en la que se producen periodos específicos de desarrollo intelectual

y físico, y durante los cuales se adquieren las capacidades sociales y sanitarias para toda la vida» no podemos menos que considerar este grupo como el de mayor riesgo y no sólo desde el punto de vista epidemiológico sino y, sobre todo, por la trascendencia que un embarazo tendrá en la trayectoria vital de la joven tanto a nivel orgánico como también a nivel psicológico, social, económico, laboral y educativo. Sin olvidar que detrás de todo embarazo no deseado está el padre del futuro nacido que también se verá afectado en mayor o menor medida, además de las respectivas familias.

DESARROLLO

Por todas estas razones esta exposición se centra en este grupo de edad tanto en lo que se refiere a la epidemiología como en relación con las políticas de prevención e intervención.

Hablar de cifras concretas de embarazos no deseados resulta bastante complicado. No nos estamos refiriendo a un hecho estrictamente biológico, sino que estamos haciendo alusión al estado de una mujer, inmersa en una circunstancia compleja determinada por su biología, por su entorno familiar, social y cultural, por su nivel económico, por sus perspectivas de futuro y por un largo etcétera que determina su conducta sexual, su actitud y aptitud ante la maternidad, el que ese embarazo sea aceptado o no, así como la elección de continuar o interrumpir la gestación.

La circunstancia de si un embarazo es o no deseado, la mayor parte de las veces, queda circunscrito al ámbito de la más estricta intimidad de la mujer. Es en el caso de que ésta decida interrumpir la gestación ateniéndose a los tres supuestos despenalizados por la Ley, y puesto que existe un registro que recoge estos datos, cuando podemos hacer una aproximación al tema.

La legislación española, Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio de reforma del artículo 417 bis del Código Penal, ofrece la posibilidad de interrumpir el embarazo de forma voluntaria en tres casos o supuestos:

- «Que sea necesario para evitar un grave peligro para la vida o la salud física o psíquica de la embarazada y así conste en un dictamen emitido con anterioridad a la intervención por un médico de la especialidad correspondiente, distinto a aquel por quien, o bajo cuya dirección, se practique el aborto.»

En caso de urgencia, por riesgo vital para la gestante, podrá prescindirse del dictamen y del consentimiento expreso.

- «Que el embarazo sea consecuencia de un hecho constitutivo de delito de violación del art. 429, siempre que el aborto se practique dentro de las doce primeras semanas de gestación y que el mencionado hecho hubiese sido denunciado.»

- «Que se presuma que el feto habrá de nacer con graves taras físicas o psíquicas, siempre que el aborto se practique dentro de las veintidós primeras semanas de gestación y que el dictamen, expresado con anterioridad a la práctica del aborto, sea emitido por dos especialistas del centro o establecimiento sanitario, público o privado, acreditado al efecto, y distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se practique el aborto.»

Los datos sobre la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) que se enmarcan en estos tres supuestos son recogidos, procesados y publicados anualmente por el Ministerio de Sanidad y Consumo. Este registro recoge la información estadística y epidemiológica sobre el perfil de las mujeres que interrumpen su embarazo en nuestro país, así como de algunas de las condiciones sanitarias en que esta interrupción se realiza, dándonos una panorámica fiable de la situación y evolución del fenómeno, por lo que lo tomaremos como referencia.

Desde su despenalización en 1985, la tasa nacional de IVE (número de mujeres que interrumpieron voluntariamente el embarazo por cada 1.000 mujeres en edad fértil —de 15 a 44 años—) no ha dejado de crecer (véase gráfico 1). Excepto en 1997, en que descendieron ligeramente, para el grupo de 15 a 44 años se pasó de 5,69 en 1996 a 7,14 en el año 2000 y a 8,46 en el 2002 y para el grupo de menores de 20 años de 4,91 a 7,49 y 9,28 en esos mismos años.

Tabla 1. Tasa de IVE por 1000 mujeres y grupos de edad. España, 1996-2000

Año	15-44 años		< de 20 años	
	IVE	Tasa IVE	IVE	Tasa IVE
1996	51.002	5,69	7.331	4,91
1997	49.578	5,52	7.189	5,03
1998	53.847	6,00	7.774	5,71
1999	58.399	6,52	8.669	6,72
2000	63.756	7,14	9.204	7,49

Fuente: INE. Movimiento Natural de la Población. 1996-2000.
 Registro Nacional Interrupción Voluntaria del Embarazo. MSC.
 Proyección de la Probación Española para el periodo 1991-2005. Instituto de Demografía para el MSC.
 Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. MSC.

Año	15-44 años			< 20años		
	Embarazos	IVE	%	Embarazos	IVE	%
1998	420.456	53.847	12,81	18.744	7.774	41,47
1999	439.992	58.399	13,27	20.052	8.669	43,23
2000	462.867	63.756	13,77	20.588	9.204	44,71

Fuente:INE.Movimiento Natural de la Población. 1996-2000.
 Registro Nacional Interrupción Voluntaria del Embarazo. MSC.
 Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. MSC.

Tabla 3. Número de embarazos en madres de 15-44 años. España 1996-2000

Año	Nacidos vivos	Muerte fetales tardías	IVE	Embarazos
1996	362.626	1.423	51.002	415.051
1997	369.035	1.531	49.578	420.144
1998	365.193	1.416	53.847	420.456
1999	380.130	1.463	58.399	439.992
2000	397.632	1.479	63.756	462.867

Fuentes: INE.Movimiento Natural de la Población. 1996-2000
 Elaboración: Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología.MSC

A continuación se dan algunos datos epidemiológicos de interés referidos a las IVE practicadas en el año 2000:

Tabla 4. Información epidemiológica sobre IVE, año 2000

Nº total de IVE (año 2000)	63.756	
Edad	< 20	14,4%
	29 a 29	50,9%
Nivel educativo	(enseñanza secundaria obligatoria o bachillerato)	61,1%
Lugar de información sobre IVE	Centro público	37,8%
	Centro privado	12,9%
	Otros	48,9%
Lugar donde se realizó la IVE	En centro privado	87,3%
Motivos de la IVE	Riesgo materno	97,1%
	Riesgo fetal	2,5%
	Violación	0,05%

También para el año 2000, vemos que casi el 14% de los embarazos acaban en IVE para el grupo de 15 a 44 años y asciende al 45% cuando se trata del grupo menores de 20 años. En este grupo, el 72,5% no había utilizado ningún centro de planificación familiar en los dos años anteriores (véase gráfico 2).

La interpretación de estos datos puede tener diversos significados, ya que se trata de mujeres que han pasado por una IVE, la utilización de un centro de planificación familiar no parece haber influido en su aptitud para prevenir el embarazo no deseado, lo cual debería hacernos reflexionar sobre la capacidad del sistema sanitario y en concreto de los centros de planificación familiar para conseguir la adherencia a un método anticonceptivo en los jóvenes. Por otro lado, el alto porcentaje de las mujeres que, en los dos años previos a la IVE, no habían utilizado un centro de planificación familiar (el 60,82% de las mujeres entre 15 y 44 años y el 72,18% de las menores de 20 años) podría tener una lectura de falta de accesibilidad o conocimiento de este tipo de recursos.

Otro dato que creemos interesante resaltar por su magnitud, es el de la utilización de la anticoncepción de emergencia, en concreto de la «píldora del día siguiente», que se lleva comercializando en España desde el año 2001 y que tiene un importante papel en la prevención de embarazos no deseados. La Federación de Planificación Familiar de España informa que: «más de 350.000 mujeres la solicitan en España al año por rotura de pre-

de embarazos y el número de nacidos vivos así también como las IVE, mientras que las muertes fetales tardías están muy estabilizadas.

CONCLUSIONES

De la valoración de la información anteriormente aportada podemos concluir:

- El perfil de la mujer española a la que se le practica una IVE es de entre 20 y 30 años, con niveles de instrucción de enseñanza obligatoria secundaria o bachiller, soltera, sin hijos, asalariada, que no ha tenido abortos anteriores, que aborta por riesgo materno, con un embarazo de menos de 12 semanas de gestación, en un centro extrahospitalario privado.
- Ha aumentado el número de IVE registrados.
- En el año 2000 el 14,4% de las mujeres que sufrieron una IVE tenían menos de 20 años.
- Ha aumentado el número de embarazos en menores de 20 años.
- Casi un 45% de los embarazos en menores de 20 años termina en una IVE.
- Más del 90% de las menores de 20 años abortan por riesgo para la salud materna.
- El 72% de las menores de 20 años a las que se le practica IVE no había acudido a un centro de planificación dos años antes de la IVE.
- Es verdad que las tasas de IVE, si las comparamos con las de otros países comunitarios, no son excesivamente altas, pero resulta preocupante el hecho de que cada vez más jóvenes recurran al aborto como medida para evitar un embarazo no deseado, encontrándonos ante un problema que podemos calificar de Salud Pública. En este contexto cabe pensar que entre los adolescentes españoles:
 - Ha aumentado la actividad sexual.
 - Ha aumentado el número de embarazos no deseados.
 - No se utilizan o no se utilizan suficientemente los métodos anticonceptivos disponibles.
 - Ha aumentado la IVE como regulador de la fecundidad.
 - La no-utilización o utilización inadecuada de los métodos anticonceptivos (ya sea por desconocimiento, falta de información-formación, falta de previsión, baja percepción del riesgo o asunción de comportamientos de riesgo, presión de los iguales y medios de comunicación, y otros) están entre las principales causas de la IVE.

En resumen, los embarazos no deseados ocupan un lugar importante entre los problemas relacionados con la reproducción. La magnitud de la población expuesta y las posibilidades de prevención, a través de la contracepción y de la educación sexual, hacen que estos embarazos y una de sus consecuencias, la IVE, deban ser una de las áreas de intervención claves en la salud pública, sobre todo en la adolescencia donde se dan riesgos añadidos: los que se relacionan con la salud de la embarazada y el futuro nacido, la deserción y el fracaso escolar de la madre y el futuro de ambos en condiciones más desfavorables.

Desde este punto de vista y dado que la sexualidad constituye un ingrediente básico de la vida y un determinante de la salud, la educación para la salud sexual y reproductiva debe afrontarse sin ambigüedades. En este sentido el Ministerio Sanidad y Consumo ha editado un documento estratégico Ganar salud con la juventud, al que se puede tener acceso en la dirección de Internet: <http://www.msc.es/Diseño/protecciónSalud/proteccionadolescencia.htm> en el que se han consensuado estrategias de prevención e intervención referidas a la salud sexual y reproductiva entre otros temas. Este documento ha sido elaborado por un grupo de técnicos creado en el seno del grupo de Promoción de la salud de la Comisión Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, con el objetivo de definir estrategias que nos hagan ganar salud con la juventud.

Como documento estratégico pretende servir para fomentar el debate, establecer prioridades en relación con la salud de los jóvenes y facilitar su seguimiento en las áreas analizadas. Analiza la salud y la calidad de vida de la juventud entre los 15 y los 29 años, los cuales representan el 22,23% de la población española, centrándose en la sexualidad, el consumo de alcohol y la salud mental y recoge una serie de recomendaciones para los profesionales y las instituciones públicas implicadas en su abordaje.

Está dividido en dos bloques: el primero recoge un análisis de situación de la juventud relacionado con la salud sexual y reproductiva, el consumo de alcohol y sus consecuencias y la situación de la salud mental. En el segundo bloque denominado Intervenir para mejorar la salud se hacen dos tipos de recomendaciones: unas comunes que serían aquellas que se han venido mostrando eficaces en el trabajo con los jóvenes y otras específicas en tres áreas de acción: salud pública, educativas y de atención sanitaria.

El apartado de recomendaciones específicas para la salud sexual y reproductiva se ha estructurado en tres áreas de acción: de salud pública, educativas y de atención sanitaria.

- Carbonell i Esteve J L. *Interrupción voluntaria del embarazo*. Ponencia del V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción.
- Comunicados oficiales de la Sociedad Española de Contracepción.
- Colomer Revuelta, J. *Prevención de los embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual en adolescentes*. PREVIMAD (grupo de trabajo AEPap/PAPPS SemFYC) 2003.
- Consejo de la Juventud de España. *Jóvenes y sexualidad: algunas situaciones de exclusión. Embarazo, aborto y maternidad*. Consejería de Presidencia. Dirección General de la Mujer 1992.
- Delgado, Margarita. *Embarazo y aborto entre las adolescentes españolas*. Ponencia del V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción.
- De Miguel Sesmero, J R. *Consecuencias del embarazo no deseado*. Ponencia del V Congreso de la Sociedad Española de Contracepción.
- Equipo Daphne. *Encuesta Schering Pre-Peri Menopausia*. 1999.
- Federación de Planificación Familiar de España. www.fpfe.com.
- García, J L. *¿Cómo evitar el embarazo no deseado y el contagio de sida en nuestros jóvenes?* 1997.
- Gómez de Aguilenor, Consuelo. *Mujeres adolescentes embarazadas: análisis multidisciplinar. I Congreso Nacional: la salud de las mujeres: hacia la igualdad de género en salud*. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales) 2002.
- Grupo de Opinión del Observatori de Bioètica i Dret. *Documento sobre Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia*. Barcelona 2002.
- Instituto de Demografía. *Proyección de la Población Española en el periodo 1991-2005*.
- Instituto Nacional de Estadística. *Movimiento Natural de la Población: 1996-2000*.
- Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. *Embarazo en Adolescentes*.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. *Registro Nacional de Interrupción Voluntaria del Embarazo*. Años: 1990, 1994, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000 y 2002.

Ministerio de Sanidad y Consumo. DG de Salud Pública. Subdirección General de Promoción de la Salud y Epidemiología. *Ganar Salud con la Juventud*. Madrid 2002.

Ministerio de Sanidad y Consumo. *Informe sobre la Salud de los Españoles: 1998*.

Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional Europea Copenhague. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Salud 21* 1999.

Sociedad Española de Contracepción. Grupo de trabajo sobre salud reproductiva en la adolescencia. *Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*. 2001.



Sección III. Problemas de salud
Prostitución

LA PROSTITUCIÓN EN ANDALUCÍA: REALIDAD Y POLÍTICAS DE INTERVENCIÓN PÚBLICA EN ANDALUCÍA

Sebastián de la Obra Sierra
Adjunto al Defensor del Pueblo Andaluz

PROLEGÓMENOS DE UN INFORME

La publicación en el año 2002 de un informe sobre la Prostitución en Andalucía por parte de la Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz viene precedido por una serie de situaciones que configuran un contexto muy singular. Desde el año de 1996, de manera notable, aparecen noticias en casi todos los medios de comunicación que dibujan un panorama de permanente «malestar» sobre y en torno a la prostitución en Andalucía.

Los vecinos del barrio de Pescadería en Almería se manifiestan contra la presencia de prostitutas en el Parque Nicolás Salmerón, se suceden acciones de fuerte agresividad hacia estas mujeres (julio 1996); determinados comerciantes del centro de Almería solicitan mayor presencia policial en las calles (agosto 1996); los vecinos del barrio del Zapillo de Almería se manifiestan ante la presumible presencia de prostitutas expulsadas de otros barrios (se trata de una acción preventiva) (agosto 1996); patrullas que llegan a sumar más de doscientos vecinos recorren los barrios almerienses para impedir el ejercicio de la prostitución en el barrio de Torrecárdenas; aparece el cadáver de una joven prostituta en la ciudad de Almería, etc.

En el Paseo del Parque y los Jardines de Puerta Oscura de Málaga se convierten en los ejes de la prostitución masculina (septiembre 1996); denuncian la presencia de travestidos en los Jardines de la Alameda Principal de Málaga; las prostitutas son empujadas hacia el malagueño Polígono de Guadalhorce; el barrio del Muro de San Julián, lugar de la prostitución malagueña, etc.

Vecinos de Granada denuncian que la Carretera de Jaén es el lugar elegido por prostitutas toxicómanas; las prostitutas de Granada se concentran junto al recinto ferial, al lado del barrio de Almanjáyar; la remodelación urbana del barrio de San Matías en el casco histórico hace desaparecer las tradicionales casas de citas que quedan en exiguo número ubicadas en San Juan de los Reyes; denuncian la presencia de prostitución masculina en el Paseo del Salón de Granada, etc.

Numerosas intervenciones policiales, a petición de los vecinos de Luis de Morales y Santo Domingo de la Calzada en el sevillano barrio de Nervión, contra la presencia de prostitutas; los vecinos de Sevilla Este se manifiestan contra las prostitutas; el programa televisivo «Los Reporteros» denuncia el acoso a las prostitutas de calle en la Carretera del Aeropuerto de Sevilla (noviembre 1996), etc.

Los vecinos del barrio de Cercadillas de Córdoba inician una serie de movilizaciones contra las casas de citas existentes en el barrio; la reurbanización del barrio de Cercadillas junto a la estación de AVE de Córdoba termina por expulsar a las prostitutas de la zona; «El alcalde de Córdoba, Rafael Merino, dice que las prostitutas podrían cuidar los jardines de la ciudad como forma de dejar la calle» (Correo de Andalucía, 5.12.96), etc.

Vecinos del barrio Madre de Dios en Jerez se manifiestan contra la presencia de prostitutas; el Ayuntamiento de Jerez de la Frontera acusa a El Puerto de Santa María y Cádiz de enviarles mendigos y prostitutas (El País 7.05.99), etc.

Esta sucesión de noticias mostraba una realidad (ciertamente específica) de la prostitución casi, por completo, centrada en la conflictividad social: vecinos versus prostitutas. A pesar de que el fenómeno de la prostitución es diverso, complejo y amplio, la denominada prostitución de calle ocupaba casi todo el espacio mediático, y en cierta manera también, público. Había una realidad, aparentemente, incontestable: mujeres que ejercían la prostitución y vecinos (algunos, quizás muchos) que se movilizaban contra su presencia en las calles, en sus calles.

El escenario que se va construyendo a través de los medios de comunicación —¿fiel?— reflejo de la realidad social, es un espacio urbano que muestra mujeres prostitutas aparejadas indefectiblemente a drogas, delincuencia, altercados, degradación ambiental, etc. No hay matiz posible, no hay una verdadera evaluación autónoma de todos y cada uno de estos factores, forma parte, nos vienen a decir, del mismo fenómeno. Nadie comenta que en Almería los vecinos tiran piedras contra las casas donde viven las prostitutas y, sin embargo, nadie lo hace contra las casas de los traficantes de droga (situadas varias manzanas más arriba). Nadie cae en la cuenta de que en el barrio de Cercadillas, en Córdoba, una vez que desaparecen las casas y sus inquilinas las prostitutas, aumenta sobremanera el índice de delincuencia en la zona (mucho mayor que el existente anteriormente).

A finales de la década de los 90 a esta suma de noticias y acontecimientos sobre una parte de la realidad de la prostitución se viene a sumar un nuevo factor que irá adquiriendo un enorme protagonismo: la inmigración, es decir, las inmigrantes que ejercen la prostitución.

Como en toda construcción social y mediática (sea reflejo de la realidad o no), en primer lugar aparece la estadística. Una estadística difícilmente amparada en el rigor científico

y que, sin embargo, inunda los medios audiovisuales y escritos: «La mitad de las mujeres que ejercen la prostitución en Málaga son inmigrantes» (Sur 20.05.01); «Más del 10% de las prostitutas en Andalucía son inmigrantes ilegales» (Instituto Andaluz de la Mujer, Sevilla Información 23.08.97); «El 85% de las prostitutas que ejercen en la provincia de Jaén son extranjeras» (Ideal Jaén 17.07.03); «El 63% de las prostitutas son inmigrantes» (Informe de Médicos del Mundo 2000); «En Cádiz el 93% de las prostitutas de clubes de alterne son inmigrantes» (Europa Sur 6.03.01); «El 90% de las prostitutas que trabajan en España son inmigrantes» (Informe de la Guardia Civil, El País 4.03.01); «Más del 40% de las prostitutas de la Unión Europea son inmigrantes» (Informe de la Red Europea para la prevención del Sida en la Prostitución, El Mundo 6.02.2000); etc. Aunque parezca increíble, a las noticias recurrentes sobre conflictividad social, se le suma con parecida intensidad las que ligan la prostitución al emergente fenómeno de la inmigración. Todo parece casual, aunque la pretensión última es que aparezca como causal.

Estos dos ejes, conflicto social y protagonismo casi absoluto de la inmigración, son las piezas básicas sobre las que circula tanto la percepción social de la prostitución como la respuesta administrativa. Paralelamente a la construcción de esta realidad se van superponiendo (con mayor o menor intensidad) debates que giran alrededor del fenómeno. Una parte mayoritaria del movimiento feminista aboga por el abolicionismo y/o prohibición del ejercicio de la prostitución (en los últimos años Wassyla Tamzali, representante de la UNESCO, insiste en la necesidad de «prohibir» la prostitución). La red múltiple de solidaridad tejida en torno a la prostitución huye de este debate y pretende incidir, centrar la cuestión, sobre las condiciones de vida y ejercicio que tienen las prostitutas. Las diferentes administraciones se dividen entre los que sustentan su falta de política en la ayuda-subsidación al movimiento asociativo; otras administraciones que proponen, tíbidamente, una cierta reglamentación y, aquellas otras que mantienen un discurso cercano al prohibicionismo/abolicionismo. Por último, el escasísimo –en Andalucía– protagonismo adquirido por las propias prostitutas que establecen un discurso en la misma línea del movimiento asociativo que trabaja con ellas. Esta realidad someramente expuesta será desarrollada posteriormente. En cualquier caso, es necesario insistir en que estos diversos posicionamientos no inciden de manera sustancial en cambiar o modificar la percepción social y mediática en la que el fenómeno está instalado.

Respecto del primer eje comentado, la conflictividad social habría que insistir en el escaso análisis de esta realidad. No se establece ninguna relación entre los procesos de remodelación y reordenación urbana en los casos históricos, con el imprescindible impacto (intencionado) especulativo y la expulsión de las prostitutas que históricamente ejercen en dicho espacio. Se habla de la degradación ambiental que produce la prostitución en los cascos históricos, por el contrario, poco o nada se dice de la degradación social y humana que sufren las prostitutas una vez expulsadas de su hábitat y forzosamente trasladadas a la periferia de las ciudades.

La prostitución de calle (una de las variantes más publicitadas, es decir, elevada a categoría de práctica mayoritaria) se va ubicando en los denominados «no lugares», espacios vaciados de su significación y reconvertidos en zonas estigmatizadas: carreteras de acceso o salida, nudos de comunicaciones, extrarradio, polígonos semi-industriales, accesos portuarios, túneles, acceso a aeropuertos, parques periurbanos, etc.

La dialéctica centro-periferia recupera un marcado protagonismo cuando hablamos de la prostitución (fundamentalmente de calle o de club de alterne). El movimiento ciudadano que, a veces, incide poco en los procesos urbanísticos, cobra fuerza como punta de lanza contra la presencia de las prostitutas en los centros urbanos históricos. No se plantean normalmente su «reintegración» (social, laboral, cultural) en los espacios que tradicionalmente habitaban las prostitutas; se plantean, lisa y llanamente, su expulsión.

La relación incuestionable entre prostitución y droga, se ha convertido en otro de los motivos de identificación del fenómeno y de movilización ciudadana. Si bien es cierto que en la prostitución de calle una gran parte de las mujeres (sobre todo jóvenes) son drogodependientes, más cierto es que el mercado y tráfico de estupefacientes funciona de manera totalmente autónoma al fenómeno de la prostitución. Tienen causas y mecanismos radicalmente alejados de la prostitución. En suma, las prostitutas toxicómanas son consumidoras (razón última por la que se continúan ejerciendo la prostitución) y conforman un elemento marginal dentro del amplísimo complejo mercado de la droga.

La relación indefectible -groseramente establecida- entre la prostitución y el aumento de la delincuencia no se sostiene mínimamente. No existe ningún estudio científico que establezca dicha relación, salvo que la percepción social mostrada a través de los medios de comunicación convierta en real lo que son hipótesis, conjeturas, prevenciones: ¿de qué tipo de delincuencia y delitos se habla?; ¿es mayor el índice en un barrio marginal que en una zona comercial?; ¿acaso está demostrado que el ejercicio de la prostitución conlleve el aumento de delitos?; ¿cuándo las prostitutas son víctimas de delitos, esta realidad, se suma a la tasa de delincuencia?

Prostitución, drogas, delincuencia y conflictividad social forman una conjunción casi perfecta para no desentrañar otras realidades. Parece tan evidente que se hace innecesaria su demostración.

Respecto del segundo eje sobre el que se sitúa la realidad del fenómeno de la prostitución, la inmigración es aún mayor la apuesta discursiva que se realiza. Los términos de inmigrantes, extranjeros, ilegales, no comunitarios, etc., se superponen sin pudor alguno, sin matices, sin desvelar su complejidad y diversidad. La estadística viene, en ayuda insustituible, a confirmar el dogma: la inmensa mayoría de las prostitutas son inmigrantes. A este enunciado, sin posibilidad de réplica alguna, se viene a sumar la demostrada relación de estas prostitutas con el tráfico de blancas, con el mercado de explotación sexual, con la presencia de mafias esclavistas. etc.

Poco o nada se dice del cierre de fronteras (en el origen del crecimiento de las mafias que trafican con mujeres); poco o nada de los procesos de globalización que favorecen la movilidad –legal o no– de cientos, miles de personas hacia los centros productivos y económicos; poco o nada se dice de las restrictivas políticas migratorias que alimentan constantemente la denominada economía sumergida. En suma, basta con el enunciado prostituta e inmigrante, para que se establezca esa relación cuasi-natural. En algunos casos se llega a singularizar, adjetivando: prostituta e inmigrante «ilegal», así el círculo está perfecto.

Se sabe que los estereotipos son meras simplificaciones que no requieren –ésta es su función– ninguna explicación, ni aclaración. Del mismo modo que el docto sabio Clemente de Alejandría establecía todo un estereotipo sobre la mujer, «toda mujer debería enrojecer de vergüenza sólo de pensar que es mujer», sin posibilidad alguna de matiz; también las prostitutas, todas, tienen una definición aplastante: «son prostitutas aquellas mujeres que solicitan dinero a cambio de sexo». En el estereotipo no existe la diversidad. No hay madres, casadas, solteras; no las hay con recursos, pobres, toxicómanas; no las hay autónomas, con autoestima, sujetas; explotadas, temporales, jóvenes, ancianas. No hay diversidad de orígenes, ni diversidad de espacios, ni diversidad de roles. Sólo prostitutas.

En resumen, tiene razón Gail Pheterson¹ cuando argumenta que existen muchos problemas con la categoría-definición de «prostituta», ya sea utilizándola para crear imágenes positivas como negativas. El paradigma básico de la prostituta se caracteriza bien por el esfuerzo permanente de los estereotipos o por la negación (también permanente) de esos estereotipos. La prostituta es el prototipo (estereotipado) de la mujer estigmatizada.

METODOLOGÍA: ITINERARIOS PARA ELABORAR UN INFORME

Determinados acontecimientos –comentados anteriormente– sucedidos en Almería capital están en el origen del Informe sobre Prostitución de la Oficina del Defensor del Pueblo Andaluz. Una larga conversación –de madrugada– con jóvenes prostitutas en el Parque Nicolás Salmerón de Almería, marcan el inicio del citado informe.

Diversas reuniones con prostitutas de Huelva, Córdoba y Almería sitúan y acotan el contexto básico del Informe: la realidad de la prostitución de calle en los núcleos de población más importantes de Andalucía.

A las reuniones con los principios protagonistas se suman las visitas a cuatro centros, bien públicos, bien privados, donde se prestan determinados servicios a la población que ejercer la prostitución: asesoramiento, asistencia legal, atención médico-social, etc. estos

¹ Pheterson, Gail. El prisma de la prostitución. Madrid, 2000.

centros están ubicados en Málaga (Centro de acogida «Mujer emancipada»), Huelva (Centro de atención «Ammar») y Cádiz (Centro de atención «Mujer Gades»).

En el caso del Centro de acogida «Mujer Emancipada» de Málaga, el trabajo realizado se centra fundamentalmente en mujeres que ejercen la prostitución y sufren dependencia de la droga. Firmado por un equipo multidisciplinar reciben apoyo (económico) de distintas administraciones (Ayuntamiento, Diputación y Consejería de Asuntos Sociales). Los procesos que se desarrollan con estas mujeres son de corta duración en terapias de desintoxicación, derivación y reducción de daño o procesos más largos de rehabilitación y reinserción. El programa terapéutico especializado en adicción femenina, se ha diseñado desde el enfoque de género en la intervención: desintoxicación farmacológica, comunidad terapéutica urbana y, por último, piso de reinserción.

El Centro Ammar de Huelva, gestionado por Cáritas, centra su actividad en servicios de orientación y asesoramiento jurídico y psicológico, programas de salud y atención al menor. Este centro mantiene un trabajo periódico de visitas a zonas de prostitución de calle y locales-clubes de alterne de la capital y carreteras de acceso.

El Centro «Mujer Gades» de Cádiz gestionado por Cáritas, cuenta con financiación pública como el resto de los centros aunque no realizan ningún tipo de publicidad sobre el programa o actividades que desarrollan. Centra su actividad básicamente en el desarrollo de talleres educativos (están becados). El objetivo académico que se persigue es el de posibilitar la continuación de estudios de enseñanza secundaria, para aquellas mujeres que lleguen a superar los primeros niveles.

Este itinerario que comienza con las protagonistas, más tarde con los centros más destacados que atienden y/o participan de proyectos de asistencia y acogida, culmina en esta primera etapa con reuniones y entrevistas con el denominado tejido asociativo que en Andalucía trabaja con las prostitutas. Una red diversa, compleja que, sin embargo, participa en una estrategia común: que las prostitutas no se encuentran sin un mínimo básico de protección. Las entidades de carácter laico y las de carácter religioso conforman un incipiente y, aún débil, movimiento asociativo, al que en época muy reciente se viene a sumar la primera asociación creada en Sevilla por mujeres que ejercen o no la prostitución.

Cáritas cubre un amplio espectro de asistencia en Jaén, Cádiz, Granadas, Almería y Huelva; la Asociación Mujer Emancipada en Málaga; Médicos del Mundo en Sevilla; Villa Teresita y Adoratrices en Sevilla; la Asociación Hiedra en Córdoba; en el momento de elaboración del Informe, la Asociación Apex en Granada; Mujeres Progresistas en Sevilla, etc. Igualmente durante la gestación del informe, se constituyó en Sevilla la Mesa de Coordinación para la Prostitución.

De esta serie de contactos, reuniones, informes, visitas, etc. se construye una imagen (descriptiva) de la realidad denominada prostitución de calle en Andalucía: mujeres que

tienen una edad media de 30/35 años, procedentes de familias con niveles socio-económicos bajos, con cargas familiares no compartidas, alto índice de analfabetismo. Tres factores inciden, singularmente, en estas descripciones, rompiendo a veces los criterios enunciados. El aumento en el ejercicio de la prostitución de mujeres emigrantes; la incidencia de la drogodependencia fundamentalmente en las mujeres más jóvenes y, el desarrollo masivo de la prostitución en los denominados locales y clubes de alterne.

Un segundo itinerario se inicia: ¿qué dicen y hacen las diferentes administraciones públicas? Tres líneas se abrieron a la hora de recabar información: Administración Autonómica, Administración Local y Administración del Estado. Durante la realización del Informe, la Junta de Andalucía no disponía de ninguna política de intervención especialmente diseñada para actuar ante el fenómeno de la prostitución en nuestra Comunidad autónoma. A pesar de esta realidad, pretendimos recabar información sobre el conjunto de acciones públicas, gestionadas desde las Consejerías y Organismo autonómicos que de algún modo -directo o indirecto- incidían o repercutían sobre el fenómeno de la prostitución.

A la Consejería de Salud (a través de la Dirección General de Salud Pública y Participación) se le solicitaba que informase sobre las políticas programadas o coordinadas en el ejercicio de sus competencias y que tuvieran por destinatarios a las personas afectadas por ejercicio de la prostitución. La respuesta se centra en los programas de actuación ante el VIH/sida y los programas de desintoxicación en materia de drogodependencias. Estos programas, enmarcados en la promoción de la salud, eran ejecutados por diferentes asociaciones. En el ámbito de la protección de la salud se nos respondió que personal especializado atendía a las prostitutas a través de la red de Centro de Enfermedades de Transmisión Sexual.

La Consejería de Asuntos Sociales, otro de los organismos autonómicos a los que se le solicita información, responde de manera genérica que sus políticas de intervención se canalizan a través de las acciones contempladas en los planes generales y planes sectoriales, concertados desde diferentes ámbitos administrativos. Igualmente afirma que no se emprenden acciones sociales singularizadas dirigidas al colectivo de prostitutas ya que «las actuaciones especialmente orientadas a este grupo vulnerable se llevan a efecto desde el Instituto Andaluz de la Mujer».

El Instituto Andaluz de la Mujer (en el momento de elaboración del Informe) nos responde que «desde su creación viene contemplando el grave problema de exclusión y marginación social que padecen determinados grupos de mujeres, como son aquellas que se relacionan con la prostitución. Así, las políticas desarrolladas por el Instituto Andaluz de la Mujer van encaminadas a evitar esta discriminación y marginación de las mujeres, incluyendo medidas de acción inmediata de atención social y otras preventivas». Es decir, se interviene en aquellos aspectos asociados -supuestamente- a la prostitución: drogodependencias, exclusión y marginación social, orientación laboral para desempleados,

etc. Si bien es cierto que en la actualidad se ha modificado este enfoque, respecto del anteriormente expuesto, en su momento estas respuestas nos llevaron a la conclusión de que el fenómeno de la prostitución carecía de una perspectiva de género para los propios organismos encargados de fomentar políticas de igualdad.

La Administración Local (capitales de las ocho provincias de Andalucía) nos responde de forma un tanto dispersa. Desde aquellos ayuntamientos cuya respuesta se centra en mostrarnos su enorme preocupación por los riesgos para la salud pública y la seguridad ciudadana que supone el ejercicio de la prostitución (Ayuntamiento de Almería) al tiempo que declaran no disponer de ningún programa o acción dirigida a esta población; hasta los que como el de Jaén nos responde con un informe elaborado por la Concejalía de Seguridad Ciudadana acerca del número de mujeres que ejercen la prostitución en la ciudad. Este ayuntamiento (Jaén) nos indica, igualmente, que no dispone de ningún programa municipal de prevención, protección o asistencia dirigido a la población que ejerce la prostitución.

Sólo los ayuntamientos de Sevilla, Málaga y Granada, durante la elaboración del Informe, incluyen con una cierta coherencia metodológica programas de actuación; bien a través de los servicios municipales, bien en coordinación con entidades ciudadanas, sobre y con la población que ejerce la prostitución. En los tres Ayuntamientos, estas políticas están enmarcadas en los planes municipales de igualdad, disponen de recursos económicos presupuestados y evalúan periódicamente su actuación.

La Administración del Estado es interpretada a la hora de elaborar el Informe fundamentalmente para el suministro de datos estadísticos que faciliten un conocimiento más riguroso de esta realidad. La primera y principal observación que hemos de realizar al respecto, apunta al hecho de que, a pesar de que la Delegación del Gobierno Central en Andalucía es el máximo órgano responsable de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado en la Comunidad Autónoma, esa Institución no ha ofrecido una información uniforme, contrastada, rigurosa y metodológicamente interpretable de esta realidad.

Los informes recibidos por la Jefatura Superior de Policía en sus secciones de Andalucía Oriental y Andalucía Occidental no coincidían ni en la metodología, ni en la estructura ni en el contenido organizado de los datos, poniendo al descubierto la inexistencia de criterios claros sobre el tratamiento que debe otorgarse a los datos que, relacionados con el ejercicio de la prostitución, se recogían. Es cierto que, en este sentido, los datos estadísticos que aparecen en el Informe carecen del rigor necesario. Han sido publicados como resultado de los Informes solicitados pero, con toda seguridad, no son útiles como instrumento de conocimiento fiel y riguroso de la realidad.

Parece que el desprestigio social de la prostitución contamina a los propios órganos de la Administración que huyen de la claridad expositiva, del enmarque en sus políticas de intervención o, cuando menos, de una reflexión previa que facilite el conocimiento.

Las sucesivas líneas programáticas de diversas administraciones que recelan de intervenciones específicas alejan toda posibilidad de reconocimiento de estas mujeres, de su actividad. La estrategia de estigmatización –intencionada o no– cumple una doble función, aparentemente contradictoria, por una parte las mujeres que ejercen la prostitución se las separa del resto, singularizándolas; por otra son silenciadas al no poder expresarse en el ámbito público desde su propia e incuestionable realidad, especificidad.

La confusión generada por los datos provenientes de la Administración Central y la inexistencia de políticas de intervención singular desde la Administración autonómica son dos de las conclusiones que el Informe incorporó en su publicación. Respecto del ámbito local, frente al silencio o absentismo en el caso de los ayuntamientos de Jaén, Huelva, Almería, Jaén o Córdoba, nos pareció esencial destacar los casos de Sevilla, Málaga y Granada donde los acuerdos de colaboración y coordinación con otras entidades permitían garantizar una serie de intervenciones que, al menos, acercaban determinados recursos a las mujeres que ejercían/ejercen la prostitución.

Otra conclusión fundamental del Informe (2002) fue la inexistencia de un debate abierto, no dogmático, esencial para medir la trascendencia de este fenómeno. Debate en el que, observábamos, respecto del papel que los medios de comunicación tenían, deberían abandonar de una vez la continua desvaloración social de la prostitución, la permanente asociación y vinculación de este fenómeno con factores y circunstancias que le son ajenos y, la constante simplificación de un fenómeno cuya complejidad requiere huir de la espectacularidad, del mero enunciado de «malestares».

Por último, quizás la conclusión básica, sería el reconocimiento del movimiento asociativo, única instancia real que, no sólo conoce la realidad, sino que interviene con mayor o menor acierto, en su transformación, en su reconocimiento. Sería deseable que la novedosa presencia de asociaciones de mujeres aporte cierta sensatez, al tiempo que valentía, para comprender este fenómeno. El Informe del Defensor del Pueblo Andaluz pretendió en su momento, únicamente, ser un primer intento de elevar a pública una realidad oculta, aunque extremadamente publicitada.

Sección IV. Conclusiones de los seminarios y recomendaciones para la acción

CÓMO AVANZAR HACIA UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Inés García-Sánchez

Directora del Observatorio de Salud en Europa, EASP

ASPECTOS GENERALES

Los seminarios organizados por el Observatorio de Salud en Europa (OSE) bajo el lema «Por una mejor salud sexual y reproductiva» resultaron un foro profesional y político en el que se hizo una puesta al día sobre temas primordiales relacionados con la sexualidad, la reproducción y los derechos en esta materia. Ponentes y público valoraron muy positivamente que se celebrasen encuentros como éstos en los que se debata, se reflexione y se extraigan conclusiones para avanzar en políticas, estrategias y actividades sobre temas fundamentales y que nos ayuden y alienten en el trabajo cotidiano.

La recapitulación de las ideas fundamentales sobre el desarrollo y contenidos de ambos encuentros las podemos considerar conclusiones de lo que allí se trató y nos indican cómo avanzar, pero no implican un consenso sobre el tema entre los asistentes.

Una constante común a todas las sesiones, tanto en las ponencias como en los debates subsiguientes, fue la referencia «al tiempo». Por una parte, referencias a la necesidad de tiempo: tiempo para escuchar, para atender, para reflexionar, para adaptarse a las demandas y necesidades de la sociedad y sus diversos actores y circunstancias... Por otra, referencias al tiempo que se lleva luchando, desde distintos foros y con distintos actores implicados, por la defensa de la salud reproductiva, la equidad de género y los derechos humanos... También referencias a «los tiempos que corren», en los que el fundamentalismo de varios sectores sociales o el cansancio de los profesionales y políticos hace que no se den condiciones precisamente favorables para mantener y mejorar los logros alcanzados en temas relacionados con la sexualidad, la reproducción y la libertad de opciones en ese terreno.

Se advirtió sobre el valor del lenguaje, sobre la importancia de utilizar o no ciertos términos. Por ejemplo, en el caso de la epidemia del sida seguir usando ciertas palabras (como «grupos de riesgo», «ETS», «homosexuales», etc.) no refleja la incorporación de los cambios sociales y del enfoque que ahora damos a la enfermedad para poder controlar la

epidemia y resulta contradictorio y contraproducente. Al mismo tiempo, debemos ser conscientes del peligro que puede existir al ampararnos en determinadas palabras, como eslogan al que todo el mundo se apunta, sin que realmente estemos dando respuesta al verdadero sentido de esa palabra. Por ejemplo, ¿quién no se apuntará a hablar de equidad, a hablar de género, de solidaridad, etc. El problema es cómo defender realmente los conceptos subyacentes, eso es lo importante y lo que hará que avancemos.

POLÍTICAS Y PROGRAMAS

Se revisó el significado de las Conferencias de Atenas de 1992, El Cairo 1994, Beijing 1995, Beijing+5 y cómo supusieron puntos de inflexión para fijar los contenidos de las agendas sobre salud sexual y reproductiva de los organismos internacionales y para el reconocimiento de los vínculos entre equidad de género y desarrollo. Asimismo se revisaron el papel y las estrategias desarrolladas por la Unión Europea y la OMS a partir de estas conferencias y sus postulados. Se reconoció el papel primordial que juegan estas instituciones como referente internacional para la defensa de esta materia en diversos foros y la aplicación de sus documentos para la intervención en el terreno y cómo pueden ser utilizados en los países para desarrollar políticas nacionales.

Se consideró importante que en las recomendaciones de los organismos internacionales se haya dado un salto cualitativo, que se hable de «perspectiva de género», de «emprender iniciativas no sexistas», de «derechos reproductivos y sexuales» y que éstos incluyan la protección contra el sida.

Parece evidente que, a pesar de los avances conseguidos, los «conceptos de El Cairo» todavía no han sido asimilados y persisten en toda Europa desigualdades importantes entre hombres y mujeres que merman los derechos humanos y perpetúan retos para la integración de género en las políticas de salud sexual y reproductiva.

Un cambio sustancial en las relaciones de género implica una visión amplia e integrada del papel de hombres y mujeres en el desarrollo de nuestra sociedad en sus dimensiones productiva, reproductiva, comunitaria y privada.

Para que sea posible una representación paritaria de hombres y mujeres en el Parlamento, tal como han suscrito gran número de países tras la Conferencia de Beijing, hay que emplear reformas legislativas e iniciar y mantener cambios estructurales de funcionamiento social. Las fórmulas políticas que existen actualmente siguen siendo deficientes, pues los criterios y las formas de funcionamiento siguen siendo masculinas.

Es importante que las decisiones políticas estén ligadas a los presupuestos y que éstos vayan incorporando el enfoque de género. Una causa no puede estar defendida sin dinero que la apoye y sin la decisión política de que se apoye.

De acuerdo con la visión adoptada por la UE, la conciliación de la vida familiar y laboral es un derecho de mujeres y hombres, y un problema político de primera magnitud. El progreso en esta materia exige una estrategia compleja en la que hay que actuar desde diversos frentes (cultural, familiar, laboral, político...) e integrando a los diversos actores implicados.

Se destaca la importancia de «la transversalidad» de género, del *mainstreaming* como estrategia para incluir en todos los campos y programas el enfoque de género, pero también se alerta del peligro potencial que supone el «invisibilizar» la cuestión, enmascarando bajo los mismos términos contenidos diferentes, ya que esto impediría hacer posible el seguimiento de los fondos destinados a programas específicos de mujeres.

ÉTICA Y DERECHOS

Se revisa y reflexiona sobre el origen, evolución y estado actual en distintos contextos de los derechos humanos, derechos de las mujeres y derechos relacionados con la vida laboral, la reproducción y el sexo. Asimismo se revisa el papel de los movimientos sociales y de instituciones como la Iglesia, la Unión Europea o grupos profesionales en su defensa o menoscabo.

Se revisan los obstáculos y limitaciones que existen hoy día para el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos; entre ellos la pobreza, la tradición cultural, la discriminación por cuestión de género y por orientación sexual, el papel de la Iglesia Católica...

Se considera necesario seguir trabajando para que los derechos humanos tengan como punto de partida la propia experiencia de la vida y las necesidades reales de las personas y los pueblos.

Se resalta el hecho, no siempre claramente entendido, de que los movimientos de mujeres lo que defienden es el derecho a decidir; a decidir el uso o no de anticonceptivos, a decidir abortar o no, a decidir sobre la maternidad, etc. No se defiende el aborto o los anticonceptivos, o el tener o no tener hijos.

Se plantea la cuestión del protagonismo y la responsabilidad en la relación profesional médico-paciente; es fundamental para cuestiones como la anticoncepción en que se imbrican aspectos técnicos con otros cercanos a lo subjetivo y a lo ideológico. Los profesionales deberíamos ser capaces de no trasladar valoraciones personales y resultar un instrumento de influencia o persuasión, sino ser un recurso a disposición de quien nos consulta.

Se destaca la importancia de brindar al paciente la posibilidad de una elección y seguimiento informados. Además parece ser esta una cuestión en la que hay escasa sensibili-

dad entre los profesionales sanitarios y que se pasa por alto en los protocolos y programas que se utilizan.

LA ATENCIÓN A LA SALUD DESDE LOS SERVICIOS SANITARIOS

Se considera que el contexto en que se realiza la atención a la población y a la mujer en particular en los servicios sanitarios públicos se está deteriorando progresivamente. Se reduce el tiempo de atención, crece la cantidad de pacientes atendidos a diario, aumenta el desgaste profesional.

Se enfatiza la necesidad y la importancia de que se produzca un cambio en las estructuras sanitarias, en las decisiones que toma la Administración y en la actitud de los profesionales para avanzar en una mejor atención.

Falta formación de los profesionales en los aspectos psicosociales que se manejan en el trabajo cotidiano. Es una carencia que limita la calidad de la asistencia y la satisfacción de quien la presta. En la consulta se debería estar ofreciendo una atención «no sólo bio», pero falta bastante para conseguirlo.

Se resaltan los beneficios en la atención que reciben las mujeres y en el propio desarrollo profesional al trabajar de forma interdisciplinaria, porque enriquecemos y hacemos más compleja nuestra mirada, sin perder la especificidad de nuestra profesión.

Se defienden como muy valiosos los programas y espacios de consulta que dan la posibilidad de atender a las personas en una situación especial, más relajada, con tiempo para la escucha, para la reflexión... y así hacer frente en condiciones adecuadas a situaciones complejas que en una consulta «a demanda» no es posible abordar.

Se denuncia el deterioro que ha supuesto en Andalucía, tanto para los profesionales como para la población que atienden, la política de la Consejería de Salud de conseguir «demora cero» en la asistencia, dando prioridad a la consulta inmediata «a demanda» a costa de suprimir progresivamente otros espacios de consulta como las llamadas «consultas programadas». Estos espacios, ahora desaparecidos en aras de conseguir demora cero, han permitido durante años mantener condiciones para las relaciones profesional-paciente en las que abordar problemas que precisan condiciones especiales como los tratados en estos seminarios (conductas de riesgo, petición de prueba de VIH e informar de sus resultados, consultas sobre embarazos no buscados...)

Además, no se recoge en los Contratos Programa ni en el Plan de Calidad de la Consejería de Salud la defensa de espacios para la promoción de la salud, para programas de la mujer ni para consultas programadas.

Fueron frecuentes las referencias a la importancia de las actitudes hacia la escucha y la atención integral para facilitar o dificultar el progreso en temas de sexualidad y reproducción. Es necesaria una actitud positiva de escucha: del profesional al paciente, de la Administración a los profesionales y al público, de los dirigentes políticos a la población, etc.

Las actitudes de los profesionales y de los gestores influyen mucho en dar o no importancia a los aspectos psicosociales del problema consultado, a la interdisciplinariedad de los equipos, a la atención integral, a la escucha. Dependiendo de qué actitud se tome hay y habrá prácticas correctas y otras inadecuadas; y esta afirmación vale igual al atender a una consulta de embarazo, una interrupción involuntaria del embarazo (IVE), una posible infección por VIH..., y también vale igual al atender a unos jóvenes, a una inmigrante o a «los pacientes de toda la vida».

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Se apuntan como logros de nuestra sociedad y nuestros servicios públicos y sociosanitarios la «normalización social» de la anticoncepción y la ampliación de los servicios y cobertura de los mismos. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en el imaginario social los anticonceptivos tienen una carga de temor elevada y que vivir con naturalidad y realismo la anticoncepción no es patrimonio de la mayoría de las mujeres.

Las demandas específicas de anticonceptivos deben ser abordadas tratando de entender y conocer la situación individual y social de quien la hace y evitar reducirlas a la simple aplicación de un protocolo clínico. La elección de un anticonceptivo no es propiamente un acto médico. El papel del profesional debe ser facilitar una elección informada por parte de la mujer y/o de la pareja, proporcionando información adecuada, suficiente y a tiempo para ajustar las posibilidades de cada método a las características de quien consulta.

Se están viendo importantes cambios en la utilización de métodos anticonceptivos; posiblemente debidos a la influencia de la prevención del sida e ITS, que aconseja el uso del preservativo, y también al cambio de rol social de la mujer que hace menos aceptable el uso de ciertas prácticas que interfieren con una sexualidad gratificante.

Se denuncia el papel de la Administración Pública Sanitaria en Andalucía que permite la progresiva medicalización de la planificación familiar y que las especialidades farmacéuticas tengan un papel preponderante. Se considera una contradicción, que además está reorientando la elección de métodos, que sólo se financie la IVE, la píldora poscoital, la ligadura de trompas y la vasectomía pero que en cambio no se financien los métodos de barrera ni los anticonceptivos.

Además, el material educativo disponible en las consultas para dar información sobre métodos anticonceptivos, es el proporcionado por las compañías farmacéuticas con el consiguiente sesgo en la información que dan.

EMBARAZO Y PARTO

Se considera la evolución del papel de la maternidad en nuestra sociedad y cómo persiste, según el sector social de que se trate, la elección más o menos consciente y activa de ser madre con la de no serlo. También cómo se retrasa la edad de tener el primer hijo y se reduce el número de los que se tiene por las dificultades de conciliar una vida activa profesional o laboral con la maternidad.

Se debate y reflexiona sobre si se recibe atención integral en el embarazo, no sobre las características técnicas de esa atención. Se acepta que lo que transforma una atención «medicalizada» en una atención «integral» es en muchos casos una diferencia en la actitud, en la escucha y en la forma de acompañar y atender profesionalmente a la mujer.

Se destaca la importancia de seguir los métodos de preparación al parto, el ejercicio perineal, la respiración consciente y en general los principios recogidos por la OMS sobre embarazo, parto y nacimiento. También de recuperar la dignidad del parto en la mujer y del nacimiento y de recuperar profesionales, como las comadronas, que ayuden a las mujeres en este proceso con autonomía y sin subordinación al ginecólogo.

INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO

Se resalta el que una mujer que demanda asistencia para una interrupción de embarazo es también una embarazada de primer trimestre. Trabajar con este enfoque permite enriquecer la asistencia al considerar posible que la mujer tenga sentimientos ambivalentes sobre su estado y pueda expresar lo que de otro modo quedaría oculto por considerarse inadecuado.

Desde 1985, año que en España se legisló sobre la posibilidad de interrumpir voluntariamente un embarazo ante tres supuestos legales, las tasas de IVE (expresadas en número de interrupciones por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años), no han dejado de crecer. De 5,69 en el 1996 a 8,46 en el 2002.

Se denuncia la existencia de actitudes paternalistas y rígidas entre los profesionales (ginecólogos, médicos y enfermeras de AP, oficinas de farmacia, etc.) que alegan la objeción de conciencia como respuesta a determinadas demandas como la IVE o la píldora poscoital.

COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN

Para asegurar una buena comunicación de los mensajes educativos y preventivos es necesaria su adecuación a la población «diana» y la utilización de soportes y canales de comunicación que «enganchen».

La población femenina está preocupada por temas de salud, entre los que destaca el sida y busca información al respecto. Hay estudios que demuestran que al 93% de las mujeres en España (97% en Andalucía) les preocupan los temas de salud, y el sida es la segunda enfermedad que más les preocupa.

La primera fuente de información de la población sobre salud es el médico de atención primaria, seguida por los medios de comunicación (prensa, TV).

La utilización de tecnologías de la información, como los sitios de Internet, ofrecen a las mujeres de la población general posibilidades de información actualizada, comprensible y asequible sin limitaciones de horarios sobre temas de salud, aunque todavía lo sea para un sector social muy reducido.

La salud de la mujer «vende» y cada vez es más frecuente intentar persuadirla por los medios de comunicación para que solicite pruebas y servicios sanitarios supuestamente avaladas en evidencias científicas, pero que confunden la estrategia poblacional con la estrategia de riesgo en la prevención.

NECESIDADES ESPECIALES DE DETERMINADOS GRUPOS

O EN SITUACIONES DIFÍCILES

Jóvenes

Los «jóvenes» no son un grupo homogéneo y por tanto sus necesidades tampoco lo son. Hay una serie de variables tanto individuales como colectivas y condiciones socioeconómicas que influyen en sus conductas sexuales y en sus necesidades en esta materia.

Desde su punto de vista la educación que reciben es escasa y centrada en la prevención del sida. Demandan ser escuchados, recibir una educación sexual impartida por sanitarios pero en la escuela y orientada a resolverles dudas y problemas relacionados con la sexualidad. También piden tener fácil acceso a preservativos.

Destaca la concentración de recursos y esfuerzos desplegados en nuestro país en torno a la prevención del sida en detrimento de otros aspectos como embarazo no deseado y

otras ITS. Persisten en los jóvenes falsas creencias en torno a la sexualidad y desigualdades relacionadas con el género.

Menopausia/climaterio

El climaterio representa un importante acontecimiento cultural, psicológico y fisiológico para la mujer. La menopausia se siente por la mujer como el comienzo del envejecimiento. Cómo se vive socialmente la menopausia tiene repercusiones sobre la demanda de atención sanitaria que hacen las mujeres.

Existe la percepción de que en esta etapa la mujer presenta mayor vulnerabilidad ante los problemas psicológicos como consecuencia del cambio biológico y menos como consecuencia de cuestiones biográficas, familiares y sociales que pueden tener tanta o más influencia.

En el imaginario social hay la tendencia a atribuir a la menopausia cualquier malestar que pueda sentir la mujer en la edad madura. Se identifica ésta con riesgos para la salud y la necesidad generalizada de pruebas y tratamientos. Son pocos los estudios que ofrecen la oportunidad de que la mujer identifique elementos positivos de estilo de vida y estado de salud en esta etapa.

Existen estudios recientes que ponen de manifiesto que la terapia hormonal sustitutiva comporta más riesgos que beneficios. Se cuestiona su papel preventivo y se la ha asociado con patologías de cáncer de mama, enfermedad coronaria, ictus y embolismo pulmonar. No obstante, sí da respuesta a síntomas que tienen explicación científica y que se pueden aliviar con este tratamiento.

Inmigrantes

Es necesario tener presente en mujeres inmigrantes demandas específicas relacionadas con la sexualidad y maternidad que «han desaparecido» en la población autóctona española, pues supone un grado de sumisión al varón y desvalorización femenina en parte ya superadas en nuestra cultura.

La demanda y atención a los inmigrantes está condicionada por determinados factores: factores legales, administrativos, culturales, el desarraigo y el miedo influyen en la demanda de asistencia y factores como la mayor complejidad de la consulta derivada de la posible patología y de la barrera del idioma y cultura, la falta de apoyo a los profesionales (falta de tiempo, de sistemas de traducción, etc.) influyen en la atención que reciben.

No hay soluciones fáciles para mejorar la atención a esta población; se apuntan como ideas clave entre otras: tratar de normalizar la atención; dar información sobre los servi-

cios disponibles y sobre cómo acceder a ellos; formar a los profesionales y a las entidades colaboradoras y tratar de integrar a los inmigrantes en la sociedad de acogida.

PROBLEMAS DE SALUD

VIH/sida e ITS

En España la epidemia del VIH/sida muestra una tendencia favorable; sin embargo la magnitud de la epidemia se mantiene. Se están produciendo menos casos nuevos de sida y menos infecciones de VIH pero el aumento de la supervivencia de las personas afectadas por la disponibilidad de tratamiento antirretroviral, el cambio importante en las vías por las que las personas se contagian, y el aumento en el porcentaje de la transmisión por contacto heterosexual hace que haya un mayor número de personas infectadas por el VIH.

En España la epidemia es masculina. La relación hombre/mujer es 4 a 1. Muchas mujeres no se reconocen a sí mismas como personas en riesgo, al no identificarse con ningún grupo que tiene comportamientos de riesgo. Difícilmente se protegerán si no están en situación de creer que se está en riesgo.

Hay una tendencia creciente en general de la incidencia de las ITS, tanto en España como en Europa. Afectan más a los hombres, pero está creciendo en mujeres y jóvenes. Existe subnotificación y dificultades para hacer comparaciones porque no se registran de la misma manera y las mismas infecciones en todos los países.

La prevención del VIH/sida e ITS debe integrarse en la educación afectivo sexual y las intervenciones deben acompañarse de actuaciones en el entorno social, laboral y familiar para reducir los obstáculos que los condicionantes de género suponen para mantener relaciones afectivo sexuales en igualdad.

Se resalta la importancia que tiene el sistema sanitario y la atención primaria para poder hacer frente a la epidemia del sida y de las ITS en general por las características de esta atención: ser puerta de entrada al sistema sanitario, por la continuación de la asistencia y por la universalización de la misma.

Para enfrentarse a la infección del sida y ayudar al paciente a alcanzar una calidad de vida aceptable es fundamental que el profesional de atención primaria tenga una actitud positiva hacia lo complejo, lo diferente (i.e.: sexualidad, inmigrante, prostitutas, jóvenes, transmisión vertical, etc.) y hacia lo conflictivo (i.e.: usuarios de drogas) y tener unas habilidades específicas (de escucha activa, de acompañamiento, de empatía, etc.) que constituyen su principal instrumento para conseguirlo.

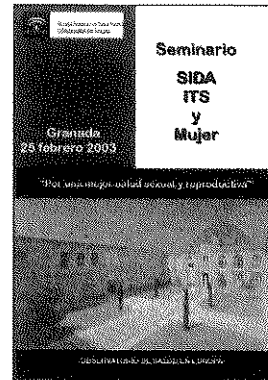
Prostitución

Es necesario un debate público (social e institucional) sobre si la prostitución ha de abolirse, regularizarse, legalizarse... y además es necesario conocer la realidad de la situación. No sólo en términos estadísticos (cuántas, de qué sexo, dónde, en qué condiciones...) sino qué razones subyacen en la sociedad para estigmatizar a quienes la ejercen y qué intereses económicos hay detrás de las medidas que se toman, o no se toman, por parte de la Administración y de grupos de presión ciudadana para abordar el fenómeno de la prostitución.

Agradecimientos:

A Concha Fernández, Médica del Centro de Salud, El Palo de Málaga y a Sole Márquez, Profesora de la EASP, por la lectura crítica del último borrador.

Anexos



Cartel del I Seminario «Por una mejor salud sexual y reproductiva: Sida, ITS y mujer»

Diseño: María Ángeles Cantón

Ponentes

Cristina Menoyo Monasterio, Inés García-Sánchez, Ana Rivadeneyra Sicilia, Andree De Manuel Keenoy, Antoni Gelonch, Consuelo Catalá Pérez, Rita Arauz, Viçent Thomas Mulet

Moderadores/as

Isabel Ruiz Pérez, Sandra Pinzón Pulido, Herminia Muñoz Flores, Manuel De la Iglesia Caruncho

Inauguración, clausura y conclusiones

Gabriel Pérez Cobo, María Antigua Escalera Urkiaga, Inés García-Sánchez

Organización

Coordinación y programa científico

Inés García-Sánchez

Secretaría

María Ángeles Cantón Gálvez

Apoyo de Servicios Generales

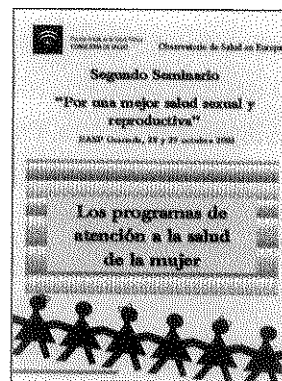
José Carrasco, Francisco Carvajal, Agustín de la Casa, Choni Lendínez, Isabel de la Torre, Miguel Rodríguez

Exposición de material didáctico en biblioteca

Andree de Manuel, Camila Higuera, José Carlos Ruiz, Maribel Antolínez

Relación de asistentes

Marisa Acedo Muñoz, Remei Aguilera Galobart, Inmaculada Alabarce Romero, M^a Jesús Alonso Llamazares, José Joaquín Antón Basante, Rita Arauz, Eduardo Bartolomé B., Josefina Belda Ibáñez, Cristina Beltran Cuellar, M^a José Belza Egozcue, Tania Bocanegra Mendiola, Julia Bolívar Muñoz, Andrés Cabrera León, Marcelino Calvo Arriaza, Ana Calzas Urrutia, M^a Luisa Caro Pérez, M^a Isabel Casado Triviño, Alberto Casares Garrido, Ramón Castejón Bolea, Consuelo Catalá Pérez, M^a Lourdes Cobacho Inglés, Concha Colomo Gómez, Alicia Cueto Granados, Juan Manuel De la Torre Pancorbo, M^a Victoria De la Torre Prados, Ana Delgado Sánchez, Elia Díez David, Isabel Díez Ros, Beatriz Duran Ferreiro, Pamela Eguiguren Bravo, Guadalupe Fernández, Elisa Fernández García, M^a Rosario Fernández Martín, Concepción Fernández Sánchez, Ifigenia Frias Oncina, M^a Teresa García Cañabate, Pilar García Correas, Adolfinia García Lorente, Eva García Márquez, Soledad García Pérez, Rosario Gavilán Palomo, Ángeles Gómez López, M^a Isabel Gómez Torres, Rosa Antonia González Martín, Antonio González Vilchez, José Luis Gutiérrez Cuadra, Susana Herencia Camps, M^a Dolores Hernández Ollero, M^a Luisa Junquera Llana, Juan Laguna Sorinas, Catalina Lechuga Raya, Begoña López Hernández, Alicia Maldonado Ramos, Guillermo Martín Correa, Rafaela Martín Pérez, Nieves Martínez Alcaide, Marisa Martínez Blanco, Blanca Martínez Sierra, M^a Jesús Matas Sánchez, Elena Mayorga Ramos, Belén Miranda Baeza, Laura Molina Campos, Marta Moreno Fernández, M^a del Pilar Navarro Varo, Antonio Olry de Labry Lima, Lucía Palomares Ojeda, Monserrat Pineda Lorenzo, Victoria Porthé, Pilar Prados Sánchez, Isabel Pueyo Rodríguez, M^a Teresa Ramos González, M^a Carmen Raya, Ruth Raya Martín, Carlota Riera, Juan Manuel Rivas Gómez, M^a Angeles Rodríguez Arenas, Eva María Rodríguez Gavira, Luisa Rodríguez Lara, Antonio Rodríguez Martínez, Milagros Rubio Narváez, M^a Trinidad Rueda Domingo, Sacramento Ruiz González, Pilar Sánchez Hidalgo, Antonia M^a Sánchez Lázaro, M^a José Sánchez Pérez, M^a del



Cartel del II Seminario «Por una mejor salud sexual y reproductiva: Los programas de atención a la salud de la mujer» Diseño: María Ángeles Cantón

Ponentes

M^a Jesús Montero Cuadrado, Elena Valenciano Martínez-Orozco, Isabel Yordi Aguirre, Francisco José Alarcos Martínez, Irene López Méndez, Elena Aguiló, Cecilia Escudero Espinosa, Enrique Lebrero Martínez, María Ramos Montserrat, Isabel Ruiz Pérez, Pilar Lobato, Sebastián De la Obra Sierra, Ifigenia Frías Oncina, María Villar Librada Escribano, María Lourdes Vargas, Rafael Rodríguez-Contreras Pelayo

Moderadores/as

Inés García-Sánchez, Sergio Minué Lorenzo, M^a Jesús Mata Sánchez, Olga Solas Gaspar, Manuel Alejandro De la Iglesia-Caruncho García

Inauguración, clausura y conclusiones

Gabriel Pérez Cobo, M^a Jesús Montero, Cuadrado María Antigua Escalera Urkiaga, Inés García-Sánchez

Organización

Coordinación y programa científico

Inés García-Sánchez

Secretaría

María Ángeles Cantón Gálvez

Apoyo de Servicios Generales

José Carrasco, Francisco Carvajal, Agustín de la Casa, Choni Lendínez, Isabel de la Torre, Miguel Rodríguez

Exposición de material didáctico en biblioteca

Andree de Manuel, Camila Higuera, José Carlos Ruiz, Maribel Antolinez

Relación de asistentes

M^a Mercedes Acuña Vergara, Remei Aguilera i Galobart, Inmaculada Alabarce Romero, M^a Isabel Avellaned Giménez, Ascensión Cano Carrera, Enca Cantón Gálvez, Rafael Cañada Nuñez, Carlos Carbonell, Rosa M^a Castillero Manzano, M^a Angustias Castillo Rubio, Consuelo Catalá Pérez, Montserrat Coronado Maldonado, M^a del Mar Cuesta Rodríguez, Ana Delgado, Jaime Espin Balbino, Remedios Fernández Amores, Concepción Fernández Sánchez, Dolores Gámez Gutiérrez, Pilar García Correas, M^a Llanos García García, Rosario Gavilán Palomo, Blanca González Guerrero, Julia González-Zaela Barreal, Milagrosa Guerrero Riscos, Avelina Izquierzo, M^a Matilde Jiménez Arcos, Ana Lobera Labadía, Blanca Carolina Luna Rodríguez, Gracia Maroto Navarro, Pilar Nieto Cervera, Ana Ortiz Gallardo, Javier Ortiz González, Cristina Pando Letona, M^a Luisa Peregrina Arias, Alicia Pérez Sánchez, Sandra Pinzón Pulido, María Paula Raiva Pereira, M^a Auxiliadora Reyes Burgos, Ainhoa Rodríguez García de Cortazar, Carmen Rojas Fuentes, María Teresa Román Andrades, M^a Jesús Romero Pinto, Ana Rufo, Francisca Ruiz Moreno, Consuelo Sampedro Abascal, Pilar Sánchez, Marina Sánchez Fraile, M^a José Sánchez Pérez, M^a del Carmen Urbano Salas, Ana Isabel Vázquez Reina, Esther Vilchez Gómez

