Edita

FARMA MUNDI

Financia

GOBIERNO DE ARAGON

GÉNERO Y SALUD

Una visión global desde experiencias locales

FARMA MUNDI

GÉNERO Y SALUD

Una visión global desde experiencias locales

Edita

Financia

© De los textos: los autores y las autoras 2015
© De esta edición: Farmamundi 2017

EDITA:
Farmamundi

ILUSTRACIÓN DE PORTADA:
Carol Pujadas Torné

IMPRIME:
Gráficas Alós. Huesca
DEPÓSITO LEGAL: Z 304-2017

ÍNDICE

PRESENTACIÓN 5

EL CONDICIONANTE DE GÉNERO EN LA SALUD 7

E. Aguilá, C. García, L. Pibernat y A. Solé

LA AGENDA INTERNACIONAL DE IGUALDAD DE GÉNERO 17

M. Villellas

EL ROL DE LAS REDES Y LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PROMOCIÓN DEL GÉNERO Y LA SALUD 27

S. Kasivika, G. Paluku y M. D. Masika

LA MEDICALIZACIÓN DE LAS MUJERES 39

A. Ara y B. Huber

MASCULINIDAD Y SALUD MENTAL: EL GÉNERO COMO CONDICIONANTE 51

X. Cela

FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFOQUE DE GÉNERO: UNA ASIGNATURA PENDIENTE 65

M. C. Velasco

VASHALI, EL FUTURO DE LA INDIA TIENE NOMBRE DE MUJER 75

J. Mansilla

PRESENTACIÓN

Este cuaderno, publicado por Farmacéuticos Mundi, es una recopilación de siete artículos que han elaborado expertos en dos ámbitos: la salud y el género. Cuando estos ámbitos confluyen aparecen numerosas temáticas que son de especial interés y aquí trataremos algunas. Hemos pedido a estas personas que, desde su experiencia, nos relaten los temas que más conocen.

Así, de manera introductoria, encontramos el artículo "El condicionante de género en la salud", en el que Farmacéuticos Mundi, junto con Esperanza Aguilá, ofrecen una breve descripción de la situación de la temática que quiere contribuir a que el lector se sitúe y tenga una perspectiva general de los artículos que siguen a continuación. María Villellas, de la Escuela de Cultura de Paz de la Universidad Autónoma de Barcelona, continúa con un repaso de las políticas de género y su inclusión en la agenda internacional, en el capítulo "La agenda internacional de igualdad de género". Sabine Kasivika, Gabriel Colibri Paluku y Marie-Dolorose Masika, desde diferentes entidades de la República Democrática del Congo, exploran el rol de las redes para la promoción del género y la salud en el Kivu Norte en el capítulo "El rol de las redes y las buenas prácticas para la promoción del género y la salud". En el cuarto capítulo, "La medicalización de las mujeres", Ana Ara y Bea Huber, desde el Colectivo de Mujeres de Matagalpa (Nicaragua), explican cómo aspectos cotidianos de las mujeres acaban convirtiéndose en patologías.

Xavier Cela, de la Asociación Candela de Barcelona y del MARC (Centro de Investigación en Antropología Médica), aborda la temática de la salud mental con perspectiva de género en el artículo "Masculinidad y salud mental: el género como condicionante". María Casilda Velasco, de Medicus Mundi Andalucía, continúa exponiendo la necesidad de incluir formación sobre género en el ámbito de la salud en el capítulo "Formación

en salud sexual y reproductiva con enfoque de género: una asignatura pendiente".

Por último, José Mansilla, de Sonrisas de Bombay, con "Vashali, el futuro de la India tiene nombre de mujer ", se centra en la situación de vulnerabilidad de las niñas y en cómo la falta de educación afecta el derecho a la salud.

Con todo, este cuaderno pretende ser una herramienta de conocimiento y profundización sobre la temática del género y la salud. Queremos destacar que este cuaderno quiere dar voz a hombres y mujeres del Sur y del Norte Globales, para que, desde su experiencia y conocimiento locales, nos den una visión global, tanto con respecto a la temática como en los espacios geográficos que representan.

EL CONDICIONANTE DE GÉNERO EN LA SALUD

Esperanza Aguilá, Cecilia García, Laia Pibernat y Aimada Solé

Fotograma de *Historias para contar*

EL CONDICIONANTE DE GÉNERO EN LA SALUD

Esperanza Aguilá
Centro de Análisis y Programas Sanitarios

Cecilia García, Laia Pibernat y Aimada Solé
Farmacéuticos Mundi Catalunya

Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida que asegure, para él y su familia, la salud y el bienestar, especialmente en cuanto a alimentación, el vestido, vivienda, asistencia médica y los servicios sociales necesarios; también tiene derecho a la seguridad en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Asamblea General de las Naciones Unidas. Resolución 217 A (III), Nueva York, 10 de diciembre de 1948

El concepto de salud ha ido cambiando con el paso de la historia siendo interpretada de diferente manera según las culturas y sociedades, y evolucionando según los diferentes contextos sociopolíticos. En un primer momento la salud se consideró como la "ausencia de enfermedad", refiriéndose a un origen físico, que se extiende en el campo psicológico, así como personal y social. La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1946 *salud* como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, dando a la definición de salud un carácter social, además del somático[1].

[1] Navarro, V. *Concepto actual de salud pública*. Consultado en: http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spi/fundamentos/navarro.pdf (20-10-2015).

Actualmente, el concepto de salud tiene un enfoque más evolutivo y dinámico, haciendo prácticamente imposible encontrar una definición única y universal del término. Esta constante evolución es muy importante, debido a las consecuencias que conlleva en las actuaciones y planificaciones en defensa de la salud en el mundo[2].

La perspectiva de género propone que para entender cómo afectan estos factores en cada caso, hay que profundizar en las diferencias entre sexos, así como en las desigualdades sociales, culturales y económicas que se han generado las sociedades entre los dos sexos. También en el caso de la salud.

¿Que es el género?[3]

El concepto de *género* surge a partir del movimiento feminista a mediados del siglo XX, poniendo de relieve las diferencias entre las mujeres y los hombres de una misma sociedad que no pueden ser explicadas por sus componentes biológicos. Es en este momento también cuando aparece la teoría del sistema género/sexo.

Género se define como el conjunto de creencias, valores, características, actitudes personales, conductas y actividades que cada sociedad asigna diferentemente a mujeres y hombres. Género es el resultado de un proceso de construcción social que cambia con el tiempo y en cada cultura y subcultura. Se puede decir, por tanto, que los sistemas de género son procesos históricos que se desarrollan en diferentes niveles: los macrosociales y los microsociales (estado, mercado de trabajo, escuelas, medios de comunicación, leyes, familias y también las relaciones interpersonales).

---

2 Gavidia, V., y Talavera, M. (2012). *La construcción del concepto de salud. Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, n.º 26, pp. 161-175.

3 Véase este tema con más detalle en el capítulo "Cuestiones de género: la invisibilidad de los problemas de salud de las mujeres", del dossier *Esenciales para la Vida* de Farmamundi, 2015.

Por su parte, la teoría del sistema género/sexo explica cómo las formas de relación establecidas entre hombres y mujeres, en el seno de una sociedad, se construyen bajo un sistema de poder que define diferentes condiciones sociales para ambos, de acuerdo con los roles y las funciones que les han sido asignados.

Así, *género* responde a la realidad sociocultural y depende de cada contexto, mientras que *sexo* hace referencia a las características biológicas que distinguen hombres y mujeres y que son universales.

La teoría del sistema género/sexo se basa en un modelo de sociedad androcéntrica que pone al hombre en el centro de análisis de la realidad, a la vez que oculta las mujeres y su papel a lo largo de la historia.

Así, según la teoría género/sexo, la diferente consideración que la sociedad otorga a las personas de acuerdo con su sexo condiciona su desarrollo, seleccionando sutilmente qué cosas deben ser reforzadas y qué cosas no, con el objetivo final de incrementar o eliminar determinadas conductas. Esto se produce a través del proceso de socialización diferenciada, conocido como el proceso de socialización de género, donde se adquieren los roles establecidos en función de cada sexo, generando en cada sociedad y grupo social estereotipos masculinos y femeninos.

Por otra parte, si entendemos como rol el conjunto de tareas y funciones que se derivan de la situación de una persona en relación a su grupo de pertenencia, identificamos los roles de género como aquellos inherentes a las tareas, funciones y conductas que tradicionalmente se han atribuido a un sexo como algo propio. Los roles se interiorizan a través de las instituciones y los mecanismos que operan en el proceso de socialización. Esta división, en función del sexo, separa toda sociedad en dos campos diferenciados de actuación, presencia y responsabilidad.

Así pues, finalmente, la teoría del sistema género/sexo nos permite analizar la salud, abordando la realidad según la variable sexo, y la construcción género con sus manifestaciones según los contextos geográficos, históricos y culturales determinados. Esto nos permite visualizar las relaciones de jerarquía y desigualdad entre mujeres y hombres, y las consecuencias sobre la salud de ambos. El sistema género/sexo permite también conocer como mujeres y hombres perciben y valoran su salud, las creencias de su entorno y las motivaciones profundas que se encuentran en la base de los comportamientos, sean estos saludables o nocivos.

Desigualdades en salud[4]

Las desigualdades sanitarias, según la OMS, son aquellas desigualdades evitables en materia de salud entre grupos de población de un mismo país, o entre diferentes países. Estas inequidades son el resultado de desigualdades en el seno de las sociedades y entre sociedades. Además, las condiciones sociales y económicas y sus efectos en la vida de la población, determinan el riesgo de enfermar y las medidas que se adoptan para evitar que la población enferme, o para su tratamiento[5].

---

4 Rodríguez, M.; Pérez, E., y Moratilla, L. (2012). *Guía didáctica de formación de formadoras y formadores para la atención de la violencia de pareja hacia las mujeres.* Agencia Laín Entralgo. Consejería de Sanidad, Comunidad de Madrid; Fundación Mujeres.
Consultado en: http://www.mujeresenred.net/IMG/pdf/la_primera_discriminacion-2.pdf (20-10-2015); Valls-Llobet, C. (2005). "Las causas orgánicas del malestar de las mujeres". *Mujeres y Salud*, n.º 16, pp. 5-10.; Cousino, L., Taylor, S. (2000). "Biobehavioral responses to stress in females: tend-and-befriend, not fight-or-flight". *Psychological Review*, vol. 107, n.º 3, pp. 411-429; Borrell, C., y Benach, J. (2003). *Les desigualtats en la salut a Catalunya.* Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill.

5 OMS. Conceptos clave. Consultado en: http://www.who.int/social_determinants/final_report/key_concepts/es (20-10-2015).

También según la OMS, para conseguir los niveles de salud más altos, las políticas sanitarias deben reconocer que las mujeres y los hombres, debido a sus diferencias biológicas y de sus roles de género, tienen necesidades y oportunidades diferentes.

Hay que considerar el género en el análisis de las desigualdades sociales en salud por los efectos que conlleva, tanto en cuanto a las causas (conductas relacionadas con la salud o la utilización de los servicios sanitarios de la población), como a las consecuencias en la salud (enfermedad o mortalidad).

También hay que tener presente que las desigualdades de género no actúan aisladas sino que interaccionan con otros factores como la clase social, la etnia o la religión. De modo que no todas las mujeres o todos los hombres de una sociedad determinada experimentan las desigualdades en la salud de la misma manera.

Por su parte, la comparación sistemática de variables e indicadores de salud entre mujeres y hombres es una manera de visibilizar las diferencias y desigualdades entre ambos sexos. De esta manera, las investigaciones sobre las relaciones entre género y salud señalan y suplen la ausencia de datos indispensables para el conocimiento de las condiciones de las mujeres. Además, ponen de relieve los sesgos producidos por generalizaciones en el conocimiento, que a menudo se fundamentan en estudios basados únicamente en la población de sexo masculino.

Diferencias en salud y morbilidad diferencial de las mujeres[6]

El análisis de las diferencias en salud conlleva el estudio de la *morbilidad femenina diferencial.* Es decir, el conjunto de enfermedades, motivos de consulta o factores de riesgo que merecen una atención específica hacia

[6] Valls-Llobet, C.; Benaqué, M.; Fuentes, M., y Ojuel, J. (2008). "Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres". *Anuario de Psicología*, n.º 39(1), pp. 9-22.

las mujeres; pueden estar relacionadas con la salud sexual y reproductiva o simplemente presentar una mayor prevalencia en las mujeres como es el caso de las anemias, el dolor crónico, las enfermedades autoinmunes o endocrinas, la ansiedad y la depresión.

Al mismo tiempo, esta morbilidad femenina diferencial puede estar causada por las diferencias biológicas respecto al sexo masculino, pero sin duda está también influenciada por los patrones de género que condicionan la vida de las mujeres en todas sus dimensiones: laborales, económicas, sociales, psicológicas, etc. Dos casos a destacar serían, por un lado, las muertes de mujeres causadas por complicaciones durante el embarazo o el parto, el 99 % de las cuales ocurren en países de ingresos medios o bajos; y, por otro lado, los problemas derivados de la falta de acceso a métodos de planificación familiar. Si bajo este enfoque analizamos ejemplos de salud de mujeres y de hombres, y además lo hacemos con una perspectiva global, veremos que estos conocimientos se pueden aplicar a mujeres y hombres de cualquier país.

Además, también veremos que estos conocimientos, en la mayoría de los casos, no son reconocidos por los sistemas de salud, ni difundidos al personal profesional en ejercicio o en fase de formación.

A todo esto, hay que señalar que las mujeres pueden sufrir discriminaciones de uno u otro orden, por razón de sexo, edad, origen, religión, clase, orientación sexual o discapacidad. Todas estas discriminaciones tienen un efecto multiplicador y se añaden a un elemento central, el condicionante de género.

Desigualdades de género en salud en los países empobrecidos

Las desigualdades de género en la salud de los países de renta media o baja y entre los grupos sociales empobrecidos no se pueden ver de forma aislada, sino que deben ser comprendidas en su contexto global. En la situación actual de *"feminización de la pobreza*", las mujeres quedan

relegadas a un papel de subordinación y dependencia económica de los hombres, lo que afecta en todos los aspectos de la vida y de la sociedad[7]. Así, las mujeres padecen más violencia tanto física como psicológica a la vez que se limita su acceso a los recursos de poder y la toma de decisiones.

Todos ellos son aspectos esenciales para la gestión de la salud y suponen múltiples barreras para el acceso a la misma y los tratamientos necesarios para asegurarla. Ante esta situación, las desigualdades de género en salud comienzan incluso antes de nacer, por ejemplo, cuando los padres utilizan el aborto selectivo según el sexo para poner fin a la vida de los embriones femeninos.

Aunque algunos problemas de salud de las mujeres son similares a los de los hombres, a menudo los síntomas varían y son más difíciles de identificar en las mujeres debido a la visión androcéntrica de las ciencias de la salud. Las mujeres a menudo tienden a minimizar sus problemas de salud, como parte de una "cultura de silencio" y se sienten avergonzadas de relatar la enfermedad que sufren, especialmente si se transmiten sexualmente o si no son una amenaza inmediata para su vida[8].

Así por ejemplo, en zonas empobrecidas o en comunidades rurales, donde la sobrecarga de trabajo recae sobre las mujeres en el campo, en el hogar y el cuidado de los niños, el umbral de enfermedad aceptado por las mujeres es muy alto para asegurarse que podrán trabajar, y por ello, soportan fuertes dolores y malestar antes de admitir que están

---

7 Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el 70 % de la población que vive con un dólar o menos mujeres o niños y niñas (Farmamundi (2015). *Esenciales para la Vida*).

8 Younis, N.; Khattab, H.; Zurayk, H.; el-Mouelhy, M.; Amin, M. F., y Faraq, AM. (1993). "A community study of gynaecological and related morbidities in rural Egypt". *Studies in Family Planning*, n.º 24(3), pp. 175-186; Heise, L., y Elias, C. (1995). "Transforming AIDS prevention to meet women's needs: a focus on developing countries", *Social Science and Medicine*, n.º 40(7), pp. 931-943.

enfermas. En el mundo, las mujeres y los niños son los grupos de población más afectados por la pobreza, el hambre, las condiciones de vida en situaciones límite, la enfermedad y la falta de atención sanitaria. A pesar de que el número de mujeres con un trabajo remunerado ha aumentado mucho en estos países, la mayoría de las mujeres no han seguido una educación formal y tienen trabajos mal pagados[9].

Farmamundi y el enfoque de género

Farmamundi, como ONG para el desarrollo, entiende el derecho a la salud como un elemento fundamental para el desarrollo de las comunidades. En este sentido, a partir de la constatación de las desigualdades de género actuales y sus efectos en el acceso a la salud y a los tratamientos para asegurarla, es clave incluir en todo nuestro trabajo el enfoque de género y de derechos humanos, ya sea en cooperación, acción humanitaria o educación para el desarrollo. Solo así podrán conseguirse cambios realmente transformadores en las sociedades, tanto lejanas como en las propias, que protejan y garanticen los derechos de las personas, con especial énfasis en aquellos grupos más vulnerables o desfavorecidos.

Para lograr estos cambios es esencial que el trabajo para el desarrollo, entendido como obtención de justicia social, incluya las dimensiones de apropiación y mutua responsabilidad entre los actores, alineamiento y armonización de políticas y sostenibilidad en el tiempo, así como una rendición de cuentas transparente y participativa. Los resultados de nuestro trabajo deben comportar la capacitación y empoderamiento necesarios para que cada persona sea protagonista real de su presente y de su futuro, así como el de sus comunidades y sus países.

---

9 Munguti, S. (1997). *Problemas especiales de las mujeres trabajadoras en un país en desarrollo; Kenia*. Ponencias del Congreso Internacional: Mujer, salud y trabajo. Vivir con salud, haciendo visibles las diferencias. Consultado en: http://www.nodo50.org/mujeresred/salud-caps-q.htm (20-10-2015).

Entender el papel del condicionante de género, junto con otras formas de discriminación causadas por las desigualdades y de las inequidades de salud en el mundo, es fundamental para el diseño de estrategias que conlleven la eliminación de estas desigualdades, así como para el disfrute pleno y justo del derecho a la salud en el mundo.

LA AGENDA INTERNACIONAL DE IGUALDAD DE GÉNERO

María Villellas Ariño

Congreso de la Liga Internacional de Mujeres por la Paz y la Libertad (Women's International League for Peace and Freedom, WILPF)

LA AGENDA INTERNACIONAL DE IGUALDAD DE GÉNERO[10]

María Villellas Ariño
Investigadora de la Escuela de Cultura de Paz e integrante de WILPF
(Women's International League for Peace and Freedom)

Varias décadas de trabajo internacional impulsando la agenda internacional para la igualdad de género han llevado a muchos avances en el ámbito de los derechos de las mujeres. Sin embargo, un análisis crítico de las políticas de género a nivel internacional nos lleva a hacer un balance agridulce de lo que se ha alcanzado. Algunos de estos avances son evidentes, pero cada vez son más numerosas las voces que advierten sobre los riesgos de que los logros alcanzados en materia de derechos y reconocimiento de las mujeres a nivel internacional, no solo no sean definitivos, sino que las posibilidades de retroceso sean cada vez menos remotas. En la década de los setenta Naciones Unidas se comprometieron a impulsar la equidad de género y los derechos de las mujeres –fruto fundamentalmente del empuje por parte del movimiento feminista internacional– y conseguir la aprobación de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés).

La CEDAW ha sido el marco normativo internacional fundamental que ha permitido al movimiento de mujeres tener una herramienta sobre la que apoyarse, pero es importante señalar que desde su aprobación, la agenda feminista internacional ha crecido incorporando diferentes preocupaciones y debates, reflejando la enorme pluralidad del sujeto político femenino. Algunas de las cuestiones centrales que han ensan-

[10] Algunos fragmentos de este artículo fueron publicados originalmente en: "Escuela de Cultura de Paz, integrando paz y desarrollo: avances en la agenda internacional para la igualdad de género". *Oportunidades de paz y escenarios de riesgo*, Escuela de Cultura de Paz, 2014.

chado la agenda han sido los derechos sexuales y reproductivos, las identidades de género y la superación del marco binario hetero-normativo, y ello gracias a las aportaciones del movimiento y la teoría *Queer* o a la agenda sobre mujeres, paz y seguridad, entre otras muchas.

Pero, ¿cómo se han articulado a nivel internacional estas agendas y con qué resultados? Hagamos un breve repaso al desarrollo de la agenda internacional de equidad de género en las últimas décadas.

Como hemos señalado anteriormente, la adopción de la CEDAW por la Asamblea General de la ONU representó el punto de partida para muchas políticas internacionales en materia de equidad de género. La CEDAW compromete los Estados miembros a eliminar cualquier forma de discriminación entre hombres y mujeres, a poner fin a las legislaciones excluyentes o discriminatorias y a llevar a cabo políticas públicas para promover la igualdad real. La CEDAW representó el reconocimiento a nivel normativo del derecho básico de las mujeres a la educación, la sanidad, el empleo, el sufragio activo y pasivo en condiciones de igualdad y no discriminación. Actualmente, 189 Estados son parte de la CEDAW, con algunas ausencias notorias como las de EE. UU., Irán, Somalia, Sudán o Sudán del Sur.

La década de los noventa fue sin duda un segundo momento de enorme importancia para el avance de la agenda de igualdad con dos hitos de enorme importancia: la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo, en 1994, y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995.

La Conferencia de El Cairo representó un apoyo al reconocimiento internacional de los derechos sexuales y reproductivos, que son los *"derechos de las mujeres y los hombres a tener control respecto de su sexualidad, a decidir libre y responsable sin verse sujetos a la coerción, la discriminación y la violencia; el derecho de todas las parejas e individuos a decidir de manera libre y responsable el número y espa-*

ciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios para ello, así como alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva"[11].

El reconocimiento de estos derechos y su ejercicio es uno de los asuntos centrales del movimiento feminista y que muchas mujeres han sintetizado expresándolo como *"derecho al propio cuerpo"*. Si bien en El Cairo se va a dar forma a algunas de las reivindicaciones de las organizaciones de mujeres y los grupos feministas en su Programa de Acción, también es cierto que cuestiones de enorme importancia como la despenalización del aborto o el reconocimiento de la diversidad sexual quedaron fuera de la agenda en ese momento.

Los derechos sexuales y reproductivos no tienen un reconocimiento normativo y los actores internacionales más conservadores, entre ellos diferentes gobiernos marcadamente conservadores, así como grupos religiosos de distinto signo, han intentado obstaculizar cualquier avance en este ámbito. La capacidad de incidencia del movimiento feminista en El Cairo supuso el reconocimiento de que la sexualidad y la reproducción son dos ámbitos diferenciados y atravesados por dimensiones políticas, culturales, económicas y sociales. Sin embargo, cabe señalar que gran parte de las políticas emanadas de este momento estuvieron centradas sobre todo en asuntos vinculados a la planificación familiar y la salud materno-infantil y no necesariamente desde el enfoque global y amplio defendido por el movimiento feminista.

En 1995 se celebró la Cuarta Conferencia Internacional sobre la Mujer en Pekín, donde se aprobó la "Plataforma de Acción de Beijing". Seguramente fue el momento más importante desde la aprobación de la CEDAW en 1979. La plataforma marcó una serie de objetivos estratégi-

[11] Maoño, C., y Vázquez, N. (2000). "Derechos sexuales y reproductivos". *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*", Icaria i Hegoa. Consultado en: http://www.dicc.hegoa.ehu.es/ (20-10-2015).

cos encaminados a lograr el empoderamiento de las mujeres y la mejora de sus condiciones de vida en todo el mundo mediante la consecución de la igualdad de género en doce ámbitos considerados de especial preocupación: el medio ambiente; el ejercicio del poder y la adopción de decisiones; la niña; la economía; la pobreza; la violencia contra la mujer; los derechos humanos de la mujer; la educación y capacitación; mecanismos institucionales para el progreso de la mujer; la salud; los medios de difusión; y los conflictos armados.

Esta Conferencia, que unió a decenas de miles de mujeres de todo el mundo, supuso un impulso sin precedentes para el movimiento de mujeres y un trampolín para el trabajo por la equidad de género a nivel internacional. Un lustro después de la Conferencia de Beijing tuvieron lugar dos eventos de gran importancia a nivel internacional.

En primer lugar se produjo la adopción por Naciones Unidas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el marco de la Cumbre del Milenio. Sin embargo, el impulso dado por Pekín solo consiguió penetrar tímidamente en la agenda para el desarrollo internacional.

Dos objetivos incluían de manera explícita la dimensión de género: 1) promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer y 2) mejorar la salud materna. Además, se incluyeron otros objetivos que en su desarrollo incluían cuestiones de género, como el de la erradicación de la pobreza extrema y el hambre.

En paralelo, las mujeres y la perspectiva de género también se abrían paso en la agenda internacional sobre paz y seguridad, con la aprobación, también en 2000, de la resolución 1325 sobre las mujeres, la paz y la seguridad por el Consejo de Seguridad de la ONU. La aprobación de esta resolución representa el inicio de lo que posteriormente se ha denominado la agenda sobre mujeres, paz y seguridad. Por primera vez el Consejo de Seguridad de la ONU era escenario de un debate sobre el impacto de los conflictos armados en las mujeres y las niñas y el papel

que las mujeres juegan en la construcción de la paz a nivel local e internacional. Tras la aprobación de la resolución 1325 se han aprobado seis resoluciones desarrollando y complementando a esta primera. También en esta ocasión el movimiento de mujeres jugó un papel fundamental, cuando varias organizaciones de mujeres encabezadas por la Women's International League for Peace and Freedom (WILPF) promovieron que el Consejo de Seguridad de Naciones Unidas se posicionara sobre el derecho de las mujeres a participar activamente en la construcción de la paz, al tiempo que se reconocían los impactos específicos de género de los conflictos armados y la violencia.

Así pues, podemos afirmar que estamos en un momento en que hay herramientas a nivel internacional para impulsar los avances en materia de igualdad y derechos de las mujeres, pero también son cada vez más numerosas las voces que advierten del riesgo real de retroceso en los compromisos ya adquiridos por los gobiernos en cuanto a esos derechos. Una muestra de esta situación es lo que viene sucediendo en los últimos años en la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, órgano internacional intergubernamental cuyo cometido es la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, y donde se lleva a cabo una revisión de la implementación de la Plataforma de Acción de Beijing. Las organizaciones de mujeres han denunciado como, cada vez más, el enfoque de derechos está ausente de las declaraciones de este organismo, y como cuestiones de enorme relevancia como los derechos sexuales y reproductivos, los derechos de las personas LGTBI o el gravísimo impacto de la crisis financiera internacional sobre las mujeres, no son recogidas con suficiente fuerza y con un lenguaje contundente en un alejamiento cada vez más evidente de los compromisos recogidos en la Plataforma de Acción.

2015 es un año de revisión de muchos compromisos internacionales con impactos directos en la agenda internacional de igualdad de género y derechos de las mujeres. Algunas de las iniciativas más importantes

se refieren a los ODM y la resolución 1325 del Consejo de Seguridad de la ONU sobre las mujeres, la paz y la seguridad.

Este proceso de revisión ha implicado la evaluación de la implementación de los ODM, de la Plataforma de Acción de Beijing y de la resolución 1325; y en segundo lugar la mejora de su implementación, en algunos casos con la aprobación de nuevos instrumentos, como los nuevos objetivos de desarrollo sostenible (ODS) que sustituyen a los ODM.

Las organizaciones de mujeres han reclamado que esta nueva agenda para el desarrollo incluya en mayor medida la equidad de género –la integración en los ODM fue muy débil–, y que además se produzca una mayor integración de la agenda sobre mujeres, paz y seguridad, argumentando que la paz y la seguridad son condiciones necesarias e imprescindibles para el desarrollo ya que este no se puede conseguir sin la igualdad de género.

Las propuestas oficiales para esta nueva agenda de desarrollo, aprobadas en septiembre de 2015, contemplan la creación de un objetivo en sí mismo sobre igualdad entre los géneros, el empoderamiento de la mujer y los derechos humanos de mujeres y niñas, de carácter mucho más ambicioso que lo que se incluía en los ODM. Las nuevas propuestas contemplan que para lograr la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas se debe eliminar la discriminación y todas las formas de violencia contra estas, además de producirse la erradicación de prácticas nocivas como el matrimonio infantil, reconocer el derecho de las mujeres a la posesión de tierras y garantizar la participación igual y efectiva en la vida política, económica y pública. Además, se incluye el acceso universal a la salud, el respeto a los derechos sexuales y reproductivos y la reducción en la mortalidad materna.

También se hace una referencia explícita al trabajo no remunerado del cuidado y el trabajo doméstico. A pesar de las reticencias de muchos estados, algunas propuestas de las organizaciones de mujeres finalmente

han conseguido penetrar en los documentos oficiales, de acuerdo con todos los compromisos internacionales que hasta el momento se han gestado para promover la equidad de género. En paralelo, también se puede considerar un avance positivo el que se contemple como objetivo promover o garantizar sociedades pacíficas, inclusivas y estables.

Sin embargo, las organizaciones de la sociedad civil y específicamente las organizaciones de mujeres, han apuntado también a las carencias de las propuestas y la necesidad de que sean mucho más ambiciosas: no se pone en cuestión de forma sustantiva el actual modelo económico neoliberal y las políticas macroeconómicas que se encuentran detrás de buena parte de las profundas desigualdades, la pobreza –incluyendo su feminización y su transferencia intergeneracional–, así como de la perpetuación de algunos conflictos armados. No se aborda el grave impacto de la crisis financiera y económica ni las nefastas consecuencias que las políticas de austeridad están teniendo sobre el bienestar de la población mundial, y en particular sobre las mujeres. Además, se hace hincapié en el papel de los actores privados en el desarrollo, sin aludir a su responsabilidad directa en las difíciles e injustas condiciones de vida de buena parte de la población mundial.

En cuanto a la inclusión de la paz y la seguridad en la agenda sobre desarrollo, hay algunas carencias importantes desde una perspectiva de género, ya que se habrían dejado fuera aspectos cruciales como el desarme y la desmilitarización, así como indicadores para medir el impacto de la violencia más sensibles al género. Por ejemplo, se propone medir la consecución del objetivo de sociedades pacíficas a partir de las muertes violentas, dejando fuera otros impactos que afectan más específicamente a las mujeres, como la violencia sexual o el desplazamiento forzado de población. En paralelo, existe el riesgo añadido de aprobación de documentos ambiciosos con objetivos exhaustivos que tengan una buena acogida por la sociedad civil, pero que posteriormente no sean implementados por los gobiernos.

Para la revisión de la resolución 1325 se está elaborando un estudio global sobre su implementación coordinado por Radhika Cooma-

raswamy, antigua relatora especial sobre la violencia contra las mujeres y que cuenta con el asesoramiento de un grupo de personas expertas de la sociedad civil, las Naciones Unidas y otros ámbitos. Además, se llevará a cabo una revisión de alto nivel para evaluar los avances y los retos pendientes 15 años después de la puesta en marcha de la agenda sobre mujeres, paz y seguridad.

En paralelo, las organizaciones de mujeres están presentando numerosas recomendaciones, enfatizando la necesidad de que el debate se centre en cómo fortalecer la participación de las mujeres en todos los ámbitos de construcción de la paz y traducir los compromisos adquiridos en acción política y no en la elaboración de nuevos instrumentos.

En las últimas décadas el movimiento feminista internacional ha conseguido hacerse un lugar importante en la agenda política internacional penetrando en múltiples ámbitos de acción que van desde la salud y el desarrollo, a la paz y la seguridad, pasando por la economía y la educación. El movimiento de mujeres ha logrado impulsar una agenda de derechos poniendo de manifiesto que la plena ciudadanía de las mujeres solo se conseguirá desde la acción política decidida y llena de propuestas que ponga en el centro de la agenda la autonomía y la condición de sujetos políticos de las mujeres. El camino recorrido en las últimas décadas ha estado lleno de obstáculos, pero también de aprendizajes que nos han permitido desarrollar esta *curiosidad feminista*[12] de la que habla Cynthia Enloe y que nos mueve a tomarnos las vidas de las mujeres en serio y a cuestionar las dinámicas patriarcales que pueden derivar en la pérdida de derechos y la exclusión de las mujeres. La fortaleza adquirida por el movimiento feminista en las últimas décadas y su capacidad para articular propuestas, deberían servir para apuntalar una agenda internacional de exigencia a los estados para que mantengan los compromisos adquiridos para conseguir la igualdad plena y sustantiva.

[12] Enloe, C. (2004). *The Curious Feminist. Searching for Women in a New Age of Empire*, University of California Press.

EL ROL DE LAS REDES Y LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PROMOCIÓN DEL GÉNERO Y LA SALUD

Sabine Kasivika Kahindo, Gabriel Colibri Paluku Kavunga y Marie-Dolorose Masika Kafany

Acción de sensibilización en Centro Hospitalario de FEPSI

EL ROL DE LAS REDES Y LAS BUENAS PRÁCTICAS PARA LA PROMOCIÓN DEL GÉNERO Y LA SALUD

Sabine Kasivika Kahindo
Directora de IMF/FAEF en Butembo/Kibu Norte y consultora en género

Gabriel Colibri Paluku Kavunga
Profesor adjunto (ASS2) en el Departamento de Estudios de Género en la Universidad Oficial de Ruwenzori en Butembo/Kivu Norte

Marie-Dolorose Masika Kafanya
Secretaria ejecutiva de la ONG FEPSI en Butembo/Kivu Norte

Introducción

La unión hace la fuerza, y la unión de uniones conlleva una mayor eficacia. Podríamos decir que, en el ámbito internacional, las mujeres se han apoderado de este pensamiento creando movimientos internacionales y nacionales de mujeres. Es esta toma de conciencia la que ha supuesto una punta de lanza para el ejercicio de una presión sobre la comunidad internacional y los estados que, finalmente, han previsto disposiciones relativas respecto de los Derechos Humanos en los instrumentos jurídicos internacionales y nacionales.

De entre los derechos más fundamentales, este artículo profundiza sobre la igualdad entre géneros y salud. Es por ello, y con el fin de aumentar su eficacia, que las mujeres, empezando a escala local, han creado asociaciones con la intención de trabajar en red con socias externas y con la comunidad en general, pero también con los hombres a fin de que el problema de la discriminación de la mujer no se convierta a la larga en un problema de discriminación del hombre, sino que podamos resolver de manera conjunta la cuestión del género. Es desde esta perspectiva que presentamos este artículo sobre el papel de las redes y las buenas prácticas para la promoción del género y la salud.

---

[13] Institution de Micro-Finance.
[14] Fonds d'Appui à l'Entreprenariat Féminin.

Son muchos los trabajos que se han publicado sobre salud y género. Hemos querido ser pragmáticos y centrarnos en las actividades de las redes de mujeres en la República Democrática del Congo (RDC); concretamente en la provincia de Kivu Norte.

Y para centrar bien el tema de estudio, nos hacemos la siguiente pregunta: "¿Por qué las asociaciones de mujeres han de trabajar en red con entidades externas?". Podríamos decir que para ser más eficientes, ya que a escala local los recursos son escasos. Este artículo quiere mostrar la extrema necesidad del trabajo en red, sin olvidar la comunidad en conjunto y los hombres en particular. Se llegará a partir de los resultados obtenidos con el análisis documental o de entrevistas de las redes de mujeres del Kivu Norte, en el periodo comprendido entre los años 2000 y 2013.

Panorámica de las redes de mujeres en Kivu Norte

A través de este artículo, queremos mostrar que la existencia de redes de mujeres y su trabajo en sinergia con socios exteriores, es una realidad viva del Kivu Norte tal y como muestran los datos de SAFDF y LOFEPACO en la tabla siguiente.

Tabla 1: Panorámica de las redes de mujeres

	Red de mujeres	Fecha de creación	Objetivo global
I	SAFDF: Solidarité des Associations des Femmes pour les Droits de la Femme et de l'Enfant	2003	Crear un espacio de intercambio sobre los derechos de las mujeres y los niños
II	LOFEPACO: Ligue des Organisations des Femmes Paysannes du Congo	2000	Promover y defender los intereses de las mujeres campesinas

Fuente: Archivos de SAFDF y LOFEPACO consultadas el mes de mayo de 2015.

De la lectura de la tabla 1, se puede decir que hay dos grandes redes operando: la SAFDF y la LOFEPACO. Estas redes tienen, al mismo tiempo, otros miembros dentro de su estructura: por la SAFDF: ADDF[15], FEPSI[16], etc.; por la LOFEPACO: SYDIP[17], IFED[18], etc. Para informar a nuestros lectores de la necesidad de las mujeres de unirse y de trabajar en red con los socios, con la comunidad y con los hombres, y teniendo en cuenta los temas que tratamos aquí –la salud y el género–, encontramos útil analizar más profundamente los datos que se refieren a la ONG FEPSI.

El caso de la asociación FEPSI: buenas prácticas en red

Presentación y análisis de datos

La información que exponemos a continuación muestra los resultados de las actividades de la asociación: buenas prácticas, procesos y actividades de éxito a partir del trabajo en red y la colaboración con otras entidades.

a. *Creación de la estructura FEPSI*

FEPSI se creó en Butembo el 9 de julio de 2000 como una organización de mujeres con vocación sanitaria. A partir de la historia de FEPSI, que no detallaremos aquí, apuntaremos algunos elementos clave de la asociación. Por un lado, el espíritu de asociación y la inteligencia práctica que han mostrado las fundadoras, que supieron aprovechar la existencia de víctimas de violencia sexual como una oportunidad para establecer una estructura que trabaja en este ámbito apoyándose en sus propios medios. Por otra parte, el coraje, la determinación y la apertura han per-

[15] Association de Défense des Droits de la Femme.
[16] Femmes Engagées pour la Promotion de la Santé Intégrale.
[17] Syndicat de Défense de Intérêts Paysans.
[18] Initiatives Femmes, Enfants et Developpment.

mitido que la estructura de FEPSI haya ido creciendo con el apoyo de socios externos.

b. *La construcción del Centro Hospitalario FEPSI (CH/FEPSI)*

Actualmente cuenta con 65 camas y un servicio de 24 horas. En un primer momento, el centro recibió el apoyo económico y un aprovisionamiento de medicamentos de la MONUSCO (Misión de Naciones Unidas en el Congo) y de la OMS (Organización Mundial de la Salud) en el año 2005. Este apoyo permitió la adquisición de la parcela y los primero trabajos de construcción. En 2006, el apoyo de Farmamundi permitió financiar la construcción de la mayor parte del actual centro, que finalizará con el apoyo de WHH[19]/Allemande. Así, se muestra claramente que la construcción de este centro hospitalario es el fruto de la colaboración entre FEPSI y entidades colaboradoras externas.

c. *Servicios sanitarios*

La atención sanitaria es gratuita en el CH/FEPSI para las personas más vulnerables: prioritariamente para las víctimas de violencia sexual, las personas que viven con VIH/sida y población desplazada por guerras o catástrofes naturales. Sin embargo, otros tipos de pacientes son atendidos en el centro, por un lado, para evitar la estigmatización de las personas vulnerables y, por el otro, para conseguir una cierta autofinanciación a partir del cobro de servicios.

Desde el año 2008, FEPSI trabaja en colaboración con las estructuras sanitarias de ocho zonas de salud de los territorios de Beni y Lubero, mediante la colaboración con la plataforma SAFDF, Farmamundi y WHH. En la siguiente tabla se puede observar una visión general de la atención sanitaria al CH/FEPSI desde 2003 hasta 2013.

[19] Welt Hunger Hilfe.

Tabla 2: Evolución de la atención sanitaria al CH/FEPSI

Año	VVS[20]			PVV[23]	Desplazados	Enfermedades ordinarias
	CN[21]	CA[22]	TOTAL			
2003	40	14	54	3	240	418
2004	111	94	205	5	198	133
2005	225	195	420	32	144	76
2006	300	320	670	24	164	464
2007	426	467	893	52	17	1.473
2008	519	475	994	85	191	2.493
2009	444	651	1.095	116	225	2.487
2010	275	389	664	234	84	2.886
2011	216	367	583	248	60	4.135
2012	277	581	858	235	0	2.486
2013	663	373	1.036	335	0	2.006

Fuente: Archivos del Secretariado Ejecutivo de la ONG FEPSI consultadas el mes de mayo de 2015.

d. *Sensibilización*

En un primer momento, las sesiones de sensibilización las hacían dinamizadoras de FEPSI y las consejeras de los lugares de intervención. Actualmente, las sesiones se realizan con la participación activa de siete sectores diferentes: religioso, medios de comunicación, salud, educación, jurídico, político-administrativo y militar (policía y

[20] Víctimas de Violencia Sexual.
[21] Casos Nuevos.
[22] Casos Antiguos.
[23] Personas que viven con VIH/SIDA.

ejército), haciéndolas más efectivas. Los principales temas abordados son:

- Violencias sexuales basadas en el género
- VIH/sida
- Salud sexual y reproductiva
- Género y desarrollo

e. *Asistencia psicológica*

FEPSI dispone de una sala de escucha y de un equipo de enfermeras-consejeras, bajo la orientación de un psicólogo, para atender a las víctimas o clientes que son escuchados y asistidos con técnicas de destraumatización, a través del trabajo en grupo.

f. *Asistencia jurídica*

FEPSI trabaja con la ONG local FJDF[24] para las necesidades de acompañamiento judicial. FEPSI ha instalado un gabinete jurídico en el recinto del hospital para informar a las víctimas sobre la posibilidad de apoyo y orientación legal en caso de que así lo soliciten. FJDF apoya este servicio con la presencia permanente de una abogada.

g. *Formación*

FEPSI organiza, al menos una vez por semana, formaciones para su personal sobre los casos complicados tratados en el centro hospitalario. Anualmente se organizan acciones de formación de refuerzo de los conocimientos y los nuevos protocolos sobre la atención a las VVS y las personas que viven con el VIH/sida, tanto para su propio personal como para otros prestadores de servicios sanitarios de la zona. A partir del año 2013, también se organizan sesiones con los líderes comunitarios de los siete sectores citados anteriormente para la articulación de una

[24] Femmes Juristes pour les Droits de la Femme.

estrategia coherente y eficaz de lucha contra la violencia sexual y otras violaciones de derechos humanos basadas en el género. Mediante este tipo de actividades nos damos cuenta de la colaboración de FEPSI con la comunidad.

h. *Asistencia socioeconómica*

FEPSI actúa en la reinserción y reintegración social de las víctimas de violencia sexual. Hasta el año 2013, FEPSI, a fin de contribuir a la reinserción económica y social de las VVS, ofrecía sesiones de formación para la captación de recursos mediante la explotación de ganadería caprina. Actualmente, se ofrece formación sobre la gestión de actividades generadoras de recursos sobre todo enfocadas al pequeño comercio. Si en 2010 se habían formado 20 mujeres, en el año 2013 la cifra fue de 200. Este apoyo es importante en tanto que la salud está condicionada por los medios económicos de que se disponga.

El análisis de todas estas acciones, y tantas otras no citadas expresamente en este artículo, nos lleva a señalar que el apoyo de socios externos es una necesidad, por lo que queremos presentar a título ilustrativo algunos de estos socios y los proyectos que apoyan en la tabla siguiente:

Tabla 3: Socios y proyectos de FEPSI

	Socios	Proyectos	Facilitador
01	Farmacéuticos Mundi (España)	1. Construcción del centro hospitalario/FEPSI 2. Suministro de medicamentos y materiales de cuidado 3. Implantación de centros de detección voluntaria (CDV) 4. Etc.	
02	CMC (Holanda)	5. Sensibilización sobre género y gobernanza	GADHOP
03	Boado	6. Formación y reinserción de VVS	

Fuente: Archivos del Secretariado Ejecutivo de FEPSI consultados en mayo de 2015.

FEPSI y la promoción del género

Como asociación de mujeres, FEPSI aboga por el enfoque de género favoreciendo la equidad entre hombres y mujeres en todos los niveles y en todos los ámbitos en que trabaja. Así, su personal está compuesto en un 50 % por hombres y por mujeres en su otro 50 % (48 hombres y 52 mujeres). Además, para consolidar el respeto del género en los órganos dirigentes y la toma de decisiones, el comité de expertos está también formado por hombres y mujeres.

Breve discusión de los resultados

Los grupos y las redes de mujeres funcionan como un sistema. Sus recursos son internos y externos. Estos recursos (humanos, materiales, financieros o morales) son el *input* del sistema mientras que las acciones realizadas forman el *output*. Para impregnarnos de estos elementos, en el contexto de este artículo, la técnica documental y la entrevista individual han sido herramientas muy valiosas.

En nuestra investigación nos han llamado la atención dos grandes redes de mujeres, SAFDF y LOFEPACO, a pesar de que en la región del Kivu Norte existen otras organizaciones de mujeres. Por otro lado, para encajar bien en las áreas que cubren este artículo –salud y género–, tuvimos que limitar nuestro campo de estudio centrándonos en las actividades dentro de la estructura de FEPSI.

Al final de la investigación, se constata que, desde su creación, la organización no gubernamental FEPSI trabaja con socios. Por una parte, con las organizaciones locales (SAFDF, CACUDEKI[25], ADDF, FJDF...) y la comunidad a través de actores del ámbito de la salud, de la educación, etc. Por otro lado, con organizaciones nacionales y extranjeras. Esta forma de trabajo ha hecho que FEPSI sea muy eficaz en el logro de los resultados deseados en un buen número de sus proyectos.

Esto confirma nuestra hipótesis inicial de que las mujeres incorporadas en grupos de mujeres y redes trabajan de manera más efectiva. Sin embargo, hay razones que nos pueden hacer pensar que de esta manera se mantiene un espíritu de dependencia de la ONG FEPSI o disminuye su iniciativa. Este temor, obviamente, desaparece sabiendo que la mayoría de los proyectos de FEPSI se diseñan a partir de la propia experiencia y están apoyados por el resto de los socios.

Conclusión

Al final de este artículo podemos confirmar, sin temor a equivocarnos, que las buenas prácticas constituyen una garantía para la prosperidad de cualquier iniciativa, por pequeña que sea.

De hecho, en Kivu Norte, todas las asociaciones de mujeres comenzaron siendo de pequeña envergadura, pero con el tiempo, las plataformas o las redes de mujeres que se han creado como resultado del espíritu

[25] Centre d'Animation pour la Culture et le Développement de Kirumba.

de apertura, han animado a las mujeres miembros de las asociaciones originales a configurar nuevas asociaciones. Las mujeres, con este espíritu, han entendido que su participación en la solución de los problemas que afectan a la sociedad congoleña, caracterizada por las guerras y los conflictos armados, pasa por su agrupación para poder llevar a cabo acciones concretas.

Con todo, los resultados de nuestra investigación muestran que la eficiencia de la mayoría de los proyectos desarrollados por la ONG FEPSI son consecuencia de su política de apertura: tanto en la forma de operar, como en la gestión. Así, es a partir de que las mujeres se reúnen para pensar y para trabajar con socios externos y con la comunidad –sin olvidar la participación o la contribución de los hombres para las cuestiones de género–, como la ONG FEPSI obtiene sus resultados.

No es ilógico, pues, presentar tanto en el mundo filantrópico como en el científico el modelo de FEPSI como fuente posible de inspiración. Por otra parte, como reconocimiento de todos sus éxitos, FEPSI fue premiada con el trofeo Mujer Coraje 2014 por la Embajada de Estados Unidos en Kinshasa el 2 de abril de ese año.

LA MEDICALIZACIÓN DE LAS MUJERES

Ana Ara y Bea Huber

Madre e hijo
Colectivo de Mujeres de Matagalpa

LA MEDICALIZACIÓN DE LAS MUJERES

Ana Ara y Bea Huber
Colectivo de Mujeres de Matagalpa

Dueñas de nuestros cuerpos y protagonistas de nuestras vidas

"Me llamo Juana, tengo 75 años, acabo de darme cuenta de que soy dependiente de los medicamentos y de los médicos. Mi vida era ir de médicos, hacerme pruebas y tomar pastillas, confiada en que me resolverían mis dolores y malestares. Llegué a tomar ocho medicamentos diferentes para el dolor, terapia de reemplazo hormonal, para la presión, para dormir, para el intestino, protector gástrico, para la depresión y calcio. Me asusté cuando me di cuenta de que quizás los medicamentos me tenían con tanta tensión y que era extraña para mí misma, no podía sentir emociones, era como si estuviera bloqueada, no podía hacer nada sin tener cerca las pastillas.

Cuando me despertaba lo primero que hacía era preparar la batería de medicamentos, y cuando me acostaba lo último que hacía era tomarme las pastillas. Además, cada vez que iba al médico le decía que me parecía que las pastillas no me hacían efecto y le pedía que me recetara algo más fuerte. Fui a un taller sobre la salud de las mujeres y allí tomé conciencia de mi situación y de cómo me refugiaba en la enfermedad y en la dependencia de los médicos y de los medicamentos.

Ahora estoy intentando escucharme más a mí misma y dejar tanta pastilla. Me siento mejor, me doy cuenta de que no lo necesitaba. Me está costando, pero lo voy consiguiendo".

(Testigo de mujer atendida por el
Colectivo de Mujeres de Matagalpa)

¿Por qué ocurre esto? ¿Qué hizo que Juana llegara a esta situación? ¿Solo le pasa a ella o hemos oído historias similares? ¿Qué actitud tenemos en relación a nuestro cuerpo y en nuestras decisiones? ¿Qué pasa con el modelo de atención que genera tantas dependencias?

¿Qué es medicalizar?

Medicalizar es dar a las personas medicamentos o hacer muchas intervenciones de salud sin que sean necesarias. Además en las mujeres, "*cuando fenómenos de la vida como la menstruación, el embarazo, el parto, la menopausia o la vejez se dejan de ver como etapas en que el cuerpo puede reaccionar con sus propios recursos, y pasan a ser vistas como problemas médicos*"[26].

¿Por qué se medicaliza tanto la vida de las mujeres?

La visión patriarcal de la medicina

Históricamente desde que la medicina se vio como un campo de conocimiento dentro de la estructura patriarcal –diseñada, practicada, estudiada por los hombres, con los hombres y legitimada por los hombres–, ha servido a los intereses de los hombres, por una parte, y excluido la participación de las mujeres, por otra.

Esta forma de entender la medicina desprecia y desvaloriza el conocimiento práctico de generaciones de matronas, "*remeieres*"[*], mujeres cuidadoras y conocedoras de "remedios y de cuidados caseros".

---

[26] Valls-Llobet, C. (2005). "La salud de las mujeres: de la invisibilidad a la medicalización". *Mujeres y Salud*, n.º 15. Consultado en: http://mys.matriz.net/mys15/15_24.htm (20-10-2015).

(*) Original en catalán. Persona que, sin ser médico, conoce muchos remedios y se dedica a aplicarlos.

La visión del cuerpo de la mujer y de la sexualidad

Se designan estándares de "normalidad": el cuerpo normal es un cuerpo masculino y este ha sido el parámetro. La ginecología, al estudiar el cuerpo de la mujer bajo la mirada del cuerpo masculino, fue diciendo lo que era "normalidad" y lo que no, resultando prácticamente en una valoración del cuerpo de las mujeres y sus procesos como anormales y, por tanto, patológicos.

Los prejuicios sobre la sexualidad de la mujer ponían barreras a la atención de lo que se considera sus "males propios" (lo que hoy llamaríamos *salud sexual y reproductiva*) y originó una serie de procedimientos que fragmentaron el cuerpo de la mujer. Las mujeres consideradas objetos, excluidas y desconocedoras de sus propios cuerpos, se encuentran en manos del personal de salud, quien decide cuál es el mejor funcionamiento de estos cuerpos.

Se medicalizan las vidas anulando la capacidad de las mujeres para conocer y asumir responsabilidad sobre sus cuerpos[27]. Es, pues, comprensible que las mujeres vayan a consulta: han aprendido que ser mujer implica permitir que otros decidan sobre ella y sobre su cuerpo.

La ciencia médica, la investigación y la industria farmacéutica

Otro aspecto de la medicalización es la ciencia médica y la investigación que se encuentra bajo presión de la industria farmacéutica, que influye tanto en las líneas de investigación como en la prescripción del personal médico.

A continuación detallamos algunas ideas:

La mayor parte de la investigación está financiada por la industria y algunas de las personas investigadoras pueden tener conflictos de intereses.

[27] Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona, Nuevas Ediciones de Bolsillo.

Se investigan fármacos para población sana o medicamentos para supuestas enfermedades que en realidad son etapas de la vida, por ejemplo el envejecimiento.

Se realizan ensayos cortos para prescripciones largas. Las personas tomarán, pues, el medicamento durante meses o años, mientras que en los estudios de corta duración no se miden posibles efectos nocivos para la salud.

Las personas que participan en el estudio del medicamento son diferentes de la población que los utilizará. Son pocos los estudios que se realizan teniendo en cuenta a hombres y mujeres (muchos se hacen con población masculina), pero a la hora de presentar los resultados no se especifica.

La industria farmacéutica suele responder a intereses económicos y no tanto a intereses de salud pública. Algunas de las propagandas de las farmacéuticas son engañosas, ocultan efectos no deseados o promueven resultados aunque no haya evidencias suficientes de que realmente sirvan.

La industria química, de la que la farmacéutica y la cosmética son ramas, genera confusión en los conceptos de salud y belleza. La mujer, como portadora de la belleza, es vista, por tanto, como un gran negocio. ¿Cuántos productos se ofrecen para mantenerse joven, para que desaparezcan las arrugas, para eliminar cansancios, por estar jovial y deseosa, etc.?

Otro capítulo a estudiar sería el análisis de las consecuencias para la salud de la exposición a organoclorados y organofosforados, utilizados en la agroindustria, la alimentación, la limpieza, la desinfección, etc., donde, en las mujeres por la mayor proporción de tejido graso, aumenta su acumulación y sus efectos nocivos para la salud.

¿Cómo se atiende y qué se atiende?[28]

La formación del personal de salud está basada en esta forma de entender la salud y la enfermedad. Actualmente cuesta que se incorporen en las investigaciones, en los diagnósticos y tratamientos las diferencias biológicas, sociales, étnicas, culturales y de sexos como determinantes de diversidad de funcionamiento, de la forma de expresar la enfermedad y de las respuestas a los tratamientos. Además del modelo de atención, está el tiempo real que tiene el personal de salud para atender y las herramientas con las que cuentan para dar respuesta y satisfacer la demanda de lo que desea la población.

Orientar pruebas y exámenes complementarios y dar una receta es más rápido para el personal de salud y más satisfactorio para las personas atendidas, que dedicar tiempo y recursos a la prevención y promoción de la salud, explicando cómo puede sentirse mejor, más saludable y más feliz cambiando conductas de vida, de relaciones, de alimentación, de ejercicio, de tiempo libre, etc.

El personal de salud se queja de que son las personas las que presionan para que les receten y les hagan pruebas; las personas atendidas dicen que es el personal de salud quienes recetan y les piden que se realicen pruebas. Es un círculo vicioso que hay que romper, y en este caso le corresponde al sistema de salud y al personal de salud iniciar este cambio. *"Estamos invisibilizando los problemas de salud de las mujeres, cometiendo errores en el diagnóstico, realizando exploraciones que no conducen a un fin eficaz, y recomendando tratamientos que*

[28] Ara, A., y Marchand, B. (2010). *Buscando remedio*. AIS-Nicaragua. Dirección General de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, Gobierno de Nicaragua; Grossman, D. *Métodos médicos para el aborto en el primer trimestre: comentario de la BSR* (última revisión: 3 de septiembre de 2004). *La Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS.* Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Gobierno de Canarias. *Sanidad presenta una campaña de sensibilización sobre el consumo abusivo de fármacos tranquilizantes.* Consultado en: http://www3.gobiernodecanarias.org/ (20-10-2015).

pueden hacer enfermar o acelerar las enfermedades que pretendíamos tratar"[29].

Algunos ejemplos de discriminación y medicalización de la vida de las mujeres

"Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva libres de coacción, discriminación y violencia"[30].

"Tranquilízate, mujer". A lo largo de la vida y cada vez a una edad más temprana es probable que una mujer reciba ansiolíticos o antidepresivos en la consulta médica. Esto hace que la prevalencia de ansiedad y depresión sea un 50 % más alta en mujeres que en los hombres. De cada diez personas que toman psicofármacos 8,5 son mujeres y 1,5 son hombres[31].

Los problemas de las mujeres siguen encubiertos: interpretados como psicosomáticos o psicológicos, invisibles para la medicina que tiende a recetar psicofármacos antes de una exploración y, como consecuencia, invisibles para las mujeres que dudan de sus propios síntomas y de su salud mental.

La violencia. El acoso sexual en el trabajo, los abusos sexuales en la infancia, así como la violencia psicológica, física, sexual y económica en las relaciones interpersonales, suponen causas ocultas a la hora de enfermar y son difíciles de identificar si no hay sensibilidad para detectarlas.

---

29 Valls-Llobet, C. (2005). "La salud de las mujeres: de la invisibilidad en la medicalización". *Mujeres y Salud*, n.º 15. Consultado en: http://mys.matriz.net/mys15/15_24.htm (20-10- 2015).

30 Ruiz Salguero, M. T., *et al.* (2005). *Anticoncepción y salud sexual y reproductiva en España: Crónica de una r(evolución)*. Madrid, CSIC.

31 Valls-Llobet, C. (2006). *Mujeres invisibles*. Barcelona, Nuevas Ediciones de Bolsillo.

Utilizar un ansiolítico en estos casos puede suponer dejar a las personas sin los recursos físicos y mentales para defenderse. La mayoría de personas diagnosticadas de fibromialgia son tratadas con varios antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos a la vez, y en ocasiones acompañados de parches de morfina. Empieza a ser frecuente que esta prescripción se haga con la presencia de cualquier dolor generalizado aunque no cumpla los criterios diagnósticos de la fibromialgia.

Medicalización y etapas de la vida

La menstruación: el desconocimiento de las causas que producen alteraciones del ciclo ha hecho creer a mujeres y profesionales que lo mejor para eliminar las molestias de la menstruación es eliminarla.

El uso de métodos anticonceptivos sin comunicar los efectos secundarios.

El parto normal: inducir las contracciones con medicamentos y agotar el parto; mantener a la mujer acostada sin que se pueda mover; anestesia (epidural) de rutina; corte de la vulva sistemático para el nacimiento (episiotomía); cesáreas que no son necesarias; separación del bebé del contacto con la madre, etc.

La menopausia: a principios de los 90 se presentaron los primeros trabajos para tratar la sequedad vaginal y los sofocos con THS (tratamiento hormonal sustitutivo), basados en estudios de corta duración (tres o seis meses) hechos en mujeres sanas, al tiempo que se afirmaba que podría servir para prevenir los infartos de miocardio y la arteriosclerosis si se administraba durante diez o quince años. El uso prolongado ha traído problemas serios en la salud de las mujeres e incluso puede precipitar su muerte.

Prevenir el cáncer de cuello de útero: en lugar de hacer a todas las mujeres al menos una citología (de las mujeres que mueren de cáncer de cuello de útero, un 80 % no se habían hecho nunca una citología), se ha

optado por la vacuna cuando sabemos que la citología es una medida altamente efectiva e inocua.

El virus del papiloma humano (VPH) es fácil de transmitir y también fácil de eliminar ya que el sistema inmunitario lo elimina en el 90 % de los casos. El 10 % que no remite, evoluciona hacia un cáncer a un ritmo lento que la citología puede detectar y controlar cuando entra en fase de lesión precancerosa. La vacuna, sin embargo, es menos segura, ya que solo ataca a algunas de las cepas del virus (16 y 18), y habrá que esperar veinte o treinta años para saber si reduce el cáncer de manera total ya que se teme que otras cepas ocupen el lugar dejado por las eliminadas. Además, se está viendo que tiene efectos adversos graves. Así, teniendo en cuenta que la vacuna es cara, las personas vacunadas son niñas sanas, la poca prevalencia del cáncer de cuello de útero y que la citología es un buen diagnóstico, la pregunta es: ¿Por qué no se invierte el dinero en un programa para garantizar las citologías para todas las mujeres?

El derecho a decidir y el derecho al aborto: hemos visto que la medicina no tiene muchos miramientos a la hora de exponer a las mujeres a tratamientos, muchas veces inseguros o innecesarios. Sin embargo, un medicamento, como el misopostrol, utilizado entre otras indicaciones para la interrupción del embarazo en las primeras semanas de gestación de manera segura y eficiente, no es accesible. Se utiliza no solo porque el procedimiento es sencillo y seguro, que bien aplicado no tiene complicaciones ni peligros para la salud de la mujer, sino porque ha demostrado su eficacia y cuenta con el aval de la Organización Mundial de la Salud y de todas las bibliografías que aconsejan el aborto con pastillas. Sin embargo, hay restricciones y dificultades para su uso.

La pobreza es la principal causa de enfermedad en el mundo: Las mujeres son las más pobres. La falta de autonomía y de posibilidades de negociación por injusticias de género y tener mayor desconocimiento de su cuerpo, les hace ser más manipulables y engañadas a la vez que

generan más dependencia del sistema de salud: por ejemplo, creer que el uso de vitaminas soluciona la falta de comida o ser sometidas a la esterilización de forma masiva sin saber muy bien qué intervención viven.

¿Qué hacer para una vida más autónoma y saludable?

- Asumir el protagonismo de nuestras vidas, informarnos, escucharnos y aprender a buscar soluciones.
- Aprender a conocernos, para saber si lo que nos pasa es normal o no, tanto físicamente como mental o emocionalmente.
- Organizarnos, participar en grupos según nuestros intereses donde podamos hablar y comentar lo que nos pasa, cómo nos sentimos y aprender conjuntamente.
- Saber qué quiero para mí, qué me hace sentir bien, qué debo hacer para conseguirlo, independientemente de la edad, tener planes de vida.
- Asumir y aceptar de manera positiva los cambios físicos, emocionales y propios de cada edad.
- Pensar cómo nos posicionamos en esta vida y en el consumo al que nos empuja esta sociedad, por qué consumimos lo que consumimos y qué nos aporta para hacernos sentir mejor.
- Preguntar e informarnos sobre el diagnóstico, los exámenes, los medicamentos, para qué sirven y cuáles pueden ser las consecuencias a corto y largo plazo.

¿Qué podemos hacer como personal de salud?

- Impulsar procesos para cambiar la mirada androcéntrica en relación al cuerpo y las emociones de la mujer.
- Autovigilarnos para no transmitir estereotipos y prácticas discriminatorias.
- Incluir la variable de género en los programas de formación.

- Promover e impulsar estudios de investigación que incluyan a mujeres, y las relaciones biológicas, sociales y culturales que influyen en su estado de salud.
- Promover en los centros de salud grupos de autoapoyo para que la gente pueda descargar sus preocupaciones y malestares y aprenda a mejorar de forma autónoma y en grupo.
- Compartir información en salud para que las personas sepan prevenir y promover su buen estado de salud de forma autónoma sin dependencia del sistema y de los medicamentos.
- Promover el asociacionismo de las personas en su entorno inmediato.
- Apoyar el aprendizaje de habilidades para cuidar emocionalmente y para establecer relaciones sociales.
- Reconocer el derecho a decidir de las mujeres, garantizando la equidad y accesibilidad a servicios sanitarios evitando actitudes discriminatorias.
- Tener una práctica de uso adecuado de medicamentos, pruebas e intervenciones de salud, autónoma e informada.

MASCULINIDAD Y SALUD MENTAL: EL GÉNERO COMO CONDICIONANTE

Xavier Cela Bertrán

Obra del pintor Josep Puig (2012)

MASCULINIDAD Y SALUD MENTAL: EL GÉNERO COMO CONDICIONANTE

Xavier Cela Bertrán
Educador de la Asociación Candela para la Investigación y la Acción Comunitaria y miembro del Centro de Investigación en Antropología Médica (MARC) de la Universidad Rovira i Virgili

Introducción: género y salud desde las ciencias sociales

Durante las últimas décadas la palabra *género* ha adquirido una presencia creciente en el ámbito de la salud. Desde los años 80, en España en general y en Cataluña en concreto, se han multiplicado el número de investigaciones y de publicaciones en torno a la salud de las mujeres y relativas a las diferencias existentes entre la salud de los hombres y la de las mujeres. Este hecho es el resultado de un proceso de visibilización y de puesta en valor de las aportaciones realizadas por las diferentes corrientes de pensamiento y organizaciones feministas[32]. Basado en años de experiencia en el campo de la salud mental juvenil –a través de la Asociación Candela y la Cooperativa Aixec–, en el presente artículo plantearemos algunas pinceladas sobre las posibilidades y limitaciones de la incorporación de la perspectiva de género en un ámbito como el de la salud mental.

Ante todo, me gustaría realizar algunas consideraciones de carácter más general respecto a las nociones de género y salud, importantes para comprender la magnitud de su vinculación desde un punto de vista social. En primer lugar, el uso del concepto *género* a la hora de analizar los procesos de salud / enfermedad / atención[33], se ha visto condi-

[32] Las mismas corrientes feministas son las responsables de la aparición de la idea de *mainstreaming* de género durante los años 90, entendida como la incorporación, de manera transversal e integral, del género para la construcción de modelos de análisis e intervención más complejas.

[33] A partir de ahora escribiremos s / m / a para hacer referencia a salud / enfermedad / atención.

cionado por cierta confusión en la definición y aplicación del término. Destacamos aquí tres de los aspectos importantes a aclarar:

Sexo no es género: sin detenernos a definir el concepto género de manera meticulosa, no podemos olvidar que hablar de género quiere decir incluir la dimensión social y cultural, es decir, que no estamos haciendo referencia a la dimensión biológica de las personas, sino a la manera en que hombres y mujeres aprenden a construir su subjetividad bajo los parámetros (normativos) de la masculinidad y la feminidad hegemónica[34] en un determinado momento histórico y según las normas culturales del sitio donde viven[35]. Todavía actualmente, hay muchos estudios que emplean sexo y género como sinónimos. Sería el caso de aquellos que usan el término género aunque traten análisis cuantitativos que se limitan a desglosar los resultados en función del sexo[36]. Este hecho tiene que ver, en ocasiones, con una aplicación del término *género* sin un conocimiento previo de la teoría feminista que la ha originado.

Género no es mujer: la gran mayoría de estudios del ámbito del género y la salud se centran en el estudio de la mujer. Esto en sí no es un problema y de hecho se puede entender como una apuesta política de visibilización del sujeto "mujer", de respuesta al patriarcado y al androcentrismo presente en nuestra sociedad, pero se puede derivar

---

[34] Durante este artículo hablaremos de modelos hegemónicos y de hegemonía para hacer referencia a la masculinidad o feminidad predominante en una sociedad como la nuestra. Aunque sabemos que existen múltiples maneras de vivir la masculinidad y la feminidad que cuestionan este modelo, siguen existiendo un conjunto de ideas dominantes asociadas en masculinidad y feminidad que condicionan nuestras vidas. En este caso es importante entender la hegemonía tal y como lo hace Antonio Gramsci; es decir, como una forma de dominación basada en una cierta colaboración o aceptación de este orden jerárquico para parte de las personas oprimidas.

[35] Rohlfs, E., *et al.*, (2005). "El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública". En: Esteban, M. L.; Comelles, J. M., y Díez Mintegui, C. (Eds.). *Antropología, género, salud y atención* (pp. 33-48). Barcelona, Ed. Bellaterra.

[36] Ídem.

una posible confusión: la equiparación de género y mujer, es decir, la omisión o invisibilización de que el género puede explicar muchos fenómenos que no tienen que ver solo con las mujeres.

Salud-Mujer no es salud sexual y reproductiva: en la misma línea, gran parte de los estudios realizados sobre la salud de las mujeres se centran en la salud sexual y reproductiva de las mismas. Esta tendencia esencialista sigue dando una visión sesgada de la realidad basada en la división sexual del trabajo donde la feminidad y el sujeto mujer queda, de nuevo, asociado a la dimensión reproductiva y se refuerza la idea de que existe solo una manera de ser mujer: la vinculada a la maternidad. Desde nuestro punto de vista, el hecho de que pocos estudios hablen de la construcción de la masculinidad o de la dimensión relacional entre masculinidad y feminidad a la hora de hablar de género y salud perpetúa un cierto inmovilismo. En otras palabras, podemos decir que se problematiza poco el género masculino y de rebote eso hace que todo el peso recaiga sobre la mujer o las mujeres, responsabilizando a ellas y desresponsabilizándolos a ellos.

En segundo lugar, tal y como hemos dicho, hablar de género y salud implica incluir las dimensiones sociales y culturales en el ámbito de la salud. ¿Cuánto de fácil o difícil resulta este ejercicio teniendo en cuenta la manera actual de entender lo que conocemos como salud? Desde las ciencias sociales y su creciente dedicación en este campo, se han encontrado ciertas dificultades que son consideraciones importantes a tener en cuenta a la hora de referirnos a la noción de salud desde la perspectiva de género. Nos centraremos aquí en dos de ellas.

Centralidad de la dimensión biológica: durante el siglo XIX, se consolida lo que se denomina *modelo médico hegemónico*[37] y que no es más que el sistema biomédico que domina e impera en el ámbito de la salud

[37] Menéndez, E. L. (1984). "El modelo médico hegemónico: transacciones y alternativas hacia una fundamentación teórica del modelo de autocuidados en salud". *Archivo de Etnografía de Cataluña*, n.º 3 (pp. 85-119).

en el mundo globalizado. La manera de entender este modelo establece que todo proceso de s / m / a viene determinado por una etiología de la patología basada en criterios biológicos[38]. Es decir, que la dimensión biológica se situó en el centro del modelo médico relegando el resto de factores a un segundo plano.

En el ámbito de la salud mental se establece un orden de importancia claro que es el siguiente: biología / psicología / sociedad / cultura. Según este, el género queda relegado a un papel muy secundario como factor explicativo de la salud o de la enfermedad. También es importante darse cuenta de que el hecho de enfatizar la dimensión biológica va muy relacionado con una concepción individualizada de la salud/enfermedad. Son el individuo y su cuerpo los que enferman, y es en el marco de la individualidad que se plantea el tratamiento y la posible cura. En otros modelos médicos esto no es así. Lo que queremos aquí remarcar es que si la salud comienza y termina en el individuo se hace más difícil incorporar las desigualdades y la perspectiva de género –que es algo estructural y relacional– en la manera de entender los procesos de s / m / a.

Universalismo, etnocentrismo y androcentrismo: el modelo biomédico es un modelo que nace de los centros de poder o en países centrales –en términos médicos– y pretende ser exportado a todas partes. Aunque en la práctica, tal y como ha demostrado vastamente la antropología, se establecen relaciones de influencia mutua entre este y otros modelos de atención, el modelo biomédico parte del no reconocimiento del hecho cultural como factor determinante de los procesos de s / m / a; y a la hora de considerar como el género influye en estos procesos, opera de la misma manera. Bajo una lógica androcéntrica, el conocimiento médico se masculiniza y se coloca en el centro y lo femenino se singulariza y por lo tanto se ubica en la periferia.

---

[38] Martínez Hernáez, A. (1996). "Antropología de la salud. Una aproximación genealógica". En: Prat, J., y Martínez Hernáez, A. (eds.). *Ensayos de antropología cultural* (pp. 369-381). Barcelona, Ariel Antropología.

Se han descrito dos grandes tipos de sesgos en términos de género dentro de la práctica médica[39]: en el primer grupo encontramos la presunción médica, por la que biológicamente los tratamientos funcionarán de la misma manera en hombres y mujeres. En el segundo, la asunción médica de ciertas diferencias en la manera de concebir la enfermedad por parte de hombres y mujeres, lo que genera desigualdades en el ámbito de la atención. En este segundo grupo, destaca por ejemplo la diferencia en cuanto al modo en que las "quejas" son evaluadas por parte de los y las profesionales de la salud. Las quejas de los hombres suelen ser evaluadas como más serias, mientras que hay una tendencia a buscar componentes psicosomáticos en las quejas de las mujeres[40]. Esto provoca que ciertas patologías tarden más en ser detectadas en mujeres.

Juventud, trastorno mental y masculinidad hegemónica

Después de años de trabajo de campo en el ámbito de la salud mental juvenil en diferentes recursos y centros hospitalarios y extrahospitalarios, hemos y estamos observando las potencialidades de analizar los procesos de s / m / a[41] desde una perspectiva de género. En este artículo queremos mostrar, en concreto, el potencial de trabajar a partir de la idea de *masculinidad hegemónica* (MH) para entender mejor y dar explicación a los procesos de s / m / a en los casos de trastorno mental.

---

39 Ruiz, M. T., y Verbrugge, L. M. (1997). "A two way view of gender bias in medicine". *J. Epidemiol Community Health*, n.º 51 (pp. 106-109).

40 Rohlfs, E., *et al.*, (2005). "El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública". En: Esteban, M. L.; Comelles, J. M., y Díez Mintegui, C. (Eds.). *Antropología, género, salud y atención* (pp. 33-48). Barcelona, Ed. Bellaterra.

41 Hablamos de procesos de salud / enfermedad / atención basados en la idea de E. L. Menéndez de "procesos de salud / enfermedad / atención" (MENÉNDEZ, E. L. (1990), *Antropología médica. Orientaciones, desigualdad y transacciones*, México, CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata, n.º 179) porque nos parece una noción más amplia y acertada que la idea de enfermedad a secas. Esta nos permite ampliar la idea de enfermedad incluyendo la salud –como construcción cultural– y las formas de atención en los procesos que aquí analizamos y nos acerca al fenómeno estudiado en su complejidad.

A lo largo de la historia de nuestra sociedad, determinados atributos asociados a la masculinidad han mantenido un alto grado de estabilidad y continuidad hasta el día de hoy, sobreponiéndose o sobreviviendo a una serie de transformaciones importantes a nivel social y cultural en términos de género. Aunque han aparecido ideas o pautas de masculinidad alternativas, existe una manera de ser hombre que sigue situándose por encima de todo lo demás, y en la mayoría de casos es esta la única legitimada socialmente. Este modelo es el que llamamos modelo de masculinidad hegemónica (MMH), y es el resultado histórico de una organización social basada en una cultura de dominación y jerarquización de los hombres hacia las mujeres; y en menor grado de los hombres hacia los propios hombres. Esta segunda idea es clave para entender lo que aquí planteamos.

Según Bonino (2002), esta masculinidad hegemónica se construye a partir de cuatro ideologías: la ideología patriarcal, el individualismo de la modernidad, la exclusión y subordinación de la alteridad y la heterosexualidad y homofobia. La propuesta del autor resulta útil para ver cómo la masculinidad hegemónica podría estar condicionando la salud mental de los jóvenes que han sido socializados como chicos en una sociedad como la nuestra. Repasemos una a una.

La ideología patriarcal defiende que el sujeto hombre domina el mundo a partir de su condición de padre y marido. El dominio sobre los hijos/as y la mujer dentro de la familia se extrapola al conjunto de la sociedad. En términos reales y simbólicos, la idea de paternidad aparece muy vinculada a la noción de razón o racionalidad. El padre es el que sabe, el que manda y el que decide lo importante. El ideal de masculinidad hegemónico se construye a partir del dominio y/o control de la verdad. Si esto lo aplicamos al sistema médico podemos entender como este está jerarquizado a partir de una idea igualmente androcéntrica y de dominio. Entendemos la analogía a partir de situar el conocimiento (bio) médico dentro de la esfera masculina y las tareas reproductivas,

de cuidado y acompañamiento de la enfermedad (o trastorno) dentro la esfera femenina. No es necesario profundizar demasiado para ver de qué manera se masculiniza el saber médico y se feminizan las tareas de cuidado. Seguimos pensando en el médico como hombre y en la enfermera o cuidadora como mujer, aunque en la realidad muchas veces no es así.

Lo que resulta interesante en nuestro caso es como el hecho de vincular masculinidad y razón excluye o deja fuera de la MH aquellos hombres que por definición –consenso social– carecen de razón y de capacidad de razonar. El loco o la persona con un trastorno de tipo psiquiátrico ha representado y encarna todavía hoy la sinrazón. Por lo tanto, nos encontramos con que la vinculación entre modelo de masculinidad y razón se hace inhabitable en las personas que han sido diagnosticadas y etiquetadas como trastornadas. Cuando mantengo conversaciones con los hombres y jóvenes que forman parte de los recursos hospitalarios y extrahospitalarios de la ciudad, muchos de ellos presentan una autoestima baja y poca confianza en su capacidad de decidir, actuar, opinar y reflexionar. Este hecho se deriva del estigma asociado a la salud mental y de los procesos de exclusión que viven, pero también, si lo analizamos en clave de género, podemos observar cómo se articulan con la idea de masculinidad. El "yo eso no lo sé" recurrente ante el profesional o ante la persona no diagnosticada, responde a una cierta feminización[42] que sitúa a estos hombres en una situación de masculinidad subalterna o marginal. Construyen su identidad a partir de la carencia de ciertos atributos asociados a la masculinidad. En este caso la MH se construye a partir del que lo sabe todo o bien es capaz de hacer ver que lo sabe todo. Y el loco o el enfermo mental es justamente aquel que, socialmente, representa el no-saber.

[42] Cuando hablamos de feminización, hablamos de como cualquier cuestionamiento de la MH se ve desde esta perspectiva como una renuncia a la masculinidad o un fracaso de la misma. En un orden patriarcal y jerárquico este fracaso se asocia a feminidad o a la homosexualidad (como veremos más adelante).

Según el modelo de masculinidad hegemónica, un hombre ideal es aquel preocupado solo por la propia individualidad, autosuficiente, capaz de sobrevivir independientemente y sin pedir ayuda. Esta segunda ideología encaja perfectamente y de hecho se incrusta en los valores económico-protestantes y en la noción de sujeto moderno de "hacerse a uno mismo". Este punto es fundamental para entender la relación entre masculinidad y salud (mental).

Por un lado, nos encontramos con la imposibilidad de que la mayoría de chicos y hombres diagnosticados encuentre trabajo y, por tanto, de poder llevar a cabo la función de proveedor que socialmente les ha sido asignada. Además, muchos de ellos se encuentran con una falta de recursos suficientes para ser independientes económicamente. En la mayoría de casos, la única salida es la aceptación –de mejor o peor grado– de las ayudas sociales y familiares o de la red de trabajo especial. Estas dificultades de alcanzar la autosuficiencia pueden venir en parte explicadas por el estigma asociado el diagnóstico psiquiátrico, los efectos de la medicación, los itinerarios de exclusión –y la pérdida de capacidades asociada a los mismos– y las dinámicas centrífugas de nuestro sistema laboral en relación a la diferencia.

Por otra parte y más allá de los medios económicos y de subsistencia, el modelo de masculinidad opera en una segunda dirección en los procesos de salud / trastorno / atención (s / t / a)[43]. Muchos de los hombres diagnosticados con un trastorno mental, de la misma manera que las personas con otro tipo de diversidad funcional, en la mayoría de oca-

[43] Aquí el autor presenta una versión adaptada de los procesos de salud / enfermedad / atención, la que mencionábamos anteriormente. Hablaremos más bien de trastorno y no de enfermedad. Este cambio nos permite poner el foco en el diagnóstico psiquiátrico como acto médico o punto de inflexión que define muchos de los procesos estudiados y desvincularlo de una idea más relacionada con una patología de origen biológico. Estamos hablando de itinerarios donde el diagnóstico psiquiátrico es el nexo que une el sujeto hombre joven diagnosticado al que queremos hacer referencia en este artículo.

siones se ven obligados a redefinir la noción de autosuficiencia. Asumir cierta dependencia de otras personas y de recursos específicos –de forma continua o discontinua– o reconocer la propia vulnerabilidad pone en cuestión la MH, y por tanto, nos permite redefinir la relación entre masculinidad y dependencia. Ahora bien, no podemos olvidar las consecuencias sociales que puede tener el hecho de cuestionar o incumplir un modelo hegemónico.

Finalmente, cabe apuntar que este esquema no solo lo podemos aplicar a las personas con un diagnóstico psiquiátrico, sino también a cualquier persona socializada como hombre que en un momento dado se ve con la necesidad de reconocer una necesidad, intrínsecamente humana, de dependencia respecto de otras personas. Solo queremos apuntar en este punto otro elemento que condiciona de manera diferenciada a hombres y mujeres durante los procesos de s / m / a: según el MMH, para un hombre, reconocer la dependencia o simplemente la falta de autosuficiencia completa es un fracaso.

La tercera ideología, *la exclusión y subordinación de la alteridad*, se refiere a que la MH se construye a partir de una reafirmación pública y constante de atributos basados en la negación de lo que no es de hombres. Los hombres no son mujeres y la masculinidad necesita ser demostrada a partir de este principio. Este hecho tiene efectos directos en términos de salud, enfermedad y mortalidad. La socialización masculina basada en la asunción del riesgo como principio básico y la negación del principio de vulnerabilidad conlleva en los hombres niveles de autocuidado menores y una autopercepción de la salud distorsionada[44]. En términos epidemiológicos, se da una detección de los problemas de salud más tardía y una esperanza de vida más baja que la de las mujeres.

[44] Ledesma, B. M. (2005). "Siniestralidad vial y masculinidad". En: Esteban, M. L.; Comelles, J. M., y Díez Mintegui, C. (eds.). *Antropología, género, salud y atención* (pp. 33-48). Barcelona, Ed. Bellaterra.

En el ámbito de la salud mental, la ideología de la exclusión y subordinación de la alteridad conecta con dos hechos destacados. En primer lugar, las estadísticas hablan de una prevalencia bastante diferenciada entre chicos y chicas adolescentes en función del tipo de diagnóstico. Por poner un ejemplo, el informe sobre salud en Barcelona del 2012[45] ilustra diferencias importantes entre hombres y mujeres en cuanto a los llamados trastornos de conducta, donde los chicos presentan un porcentaje bastante más alto (entre un 20 y un 22 %) que las chicas (entre un 14 y un 16 %). Esta relación se invierte en el caso de los trastornos de tipo emocional (21,4 % de las chicas frente a un 7 % de los chicos). Esta diferencia en cuanto a la prevalencia de determinados trastornos es indicativo de la importancia que puede tener un análisis sociocultural y de género de los procesos de s / t / a. De entrada consideramos que la MH, vinculada a demostración de la masculinidad a través del riesgo y de la vulneración de las normas de tipo social y las transgresiones, explicaría parte de estas diferencias. Esto nos permitiría también explicar el porqué de una autopercepción diferenciada de los problemas de tipo emocional.

En segundo lugar, la reafirmación constante de lo que es masculino y lo que no lo es, va de la mano de la necesidad de generar y sancionar masculinidades marginales –o fracasadas– para reafirmar el propio modelo. En este caso el chico con diagnóstico se presenta como esta anti imagen perfecta. La timidez, el aislamiento o la falta de habilidades sociales en un determinado momento, establecen la diferencia entre masculinidad y masculinidad marginada. Es lo que los propios chicos jóvenes me explican de manera clara cuando diferencian quiénes son los "popus" (populares) y quiénes son los "freakys" (extraños y más introvertidos con pocas habilidades sociales). Aunque nos estamos

[45] Informe: *La salud en Barcelona 2012*. (2014). Consorcio Sanitario de Barcelona. Agencia de Salud Pública. Consultado en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/Informe_Salut_2012.pdf (20-10-2015).

refiriendo a dos categorías ambiguas, estas nos permiten ilustrar este mundo dicotómico entre éxito y fracaso de la masculinidad a partir de las propias palabras utilizadas por los chicos jóvenes. Los "popus" representarían la MH, el éxito social reconocido por todos los iguales. El "freaky" representaría aquí el fracaso de la MH o la masculinidad marginada[46] también reconocida por todo el grupo de iguales.

Por último, la cuarta ideología es la heterosexualidad y homofobia. La propia idea de masculinidad se basa en la heterosexualidad. El hombre, según el MMH, debe ser heterosexual o se verá relegado a una condición de no-hombre o de menos-hombre. Ser heterosexual, tener relaciones afectivo-sexuales y/o tener una pareja heterosexual son elementos básicos para formar parte de la norma, hecho de especial relevancia en contextos donde muchos de los chicos se encuentran alejados del modelo. Los efectos de la medicación, el estigma asociado al trastorno mental –que dificulta las relaciones con otras personas– o las dinámicas de exclusión y aislamiento son algunos de los factores que establecen, en muchas ocasiones, esta relación de círculo vicioso entre procesos de s / t / a y más dificultad de tener relaciones de tipo sexo-afectivas.

Hablando y estando con los chicos vemos como la sexualidad o las relaciones afectivo-sexuales son temas tan importantes como tabúes. Esta contradicción entre la importancia que tiene a nivel social y el grado de tabú no es algo exclusivo del ámbito de la salud mental, sino que más bien podríamos extrapolar a toda la sociedad. Pero en este caso, al tabú social generalizado se le suma la idea de que la sexualidad está hecha para las personas "sanas y normales". Este hecho lo hemos podido observar varias veces cuando hemos planteado hacer alguna charla-taller sobre sexualidad. El hecho ha generado siempre mucho revuelo y mucha expectativa entre los chicos jóvenes pero muy poca

[46] Connel, R. W. (1997). *La organización social de la masculinidad*. Ediciones de las mujeres n.º 24 (pp. 31-47).

participación: como si no fuera un tipo de actividad dirigida a ellos. La vinculación entre MH y heterosexualidad efectiva (no solo el deseo, sino el hecho de tener relaciones sexuales) opera aquí en dos direcciones. Si no demuestras tu heterosexualidad porque no te gustan las mujeres o porque no mantienes relaciones con personas del sexo contrario, tu masculinidad puede quedar en entredicho por la presión social –explícita o implícita– que ello supone.

Por otra parte, los chicos que tienen relaciones sexo-afectivas y se consideran sexualmente activos aumentan la percepción de normalidad, en un ámbito donde esta es algo muy apreciado si tenemos en cuenta la dinámica excluyente del diagnóstico y el paso por las instituciones de tipo psiquiátrico.

A modo de conclusiones

Hasta aquí hemos querido dar algunas pinceladas sobre las posibilidades que plantea analizar los procesos de s / m / a haciendo referencia a los jóvenes con diagnóstico de trastorno, desde las ciencias sociales, y a partir de aplicar la perspectiva de género. Como apuntábamos en el inicio, estudiar el género como construcción social y cultural y ver los efectos que tiene sobre la idea de salud y enfermedad, puede aportar luz a la hora de entender determinadas realidades. Si además partimos de la idea de que género también incluye la construcción social de la masculinidad y la su dimensión relacional (desigualdades de género, heteronormatividad, dominación), podemos entender la salud en su complejidad.

Para demostrar esto hemos apuntado algunas ideas que pueden ilustrar como el análisis de género nos permite comprender parte de las dinámicas que se dan en el ámbito de la salud mental. Las masculinidades marginales y aquellas que no están valoradas socialmente pueden cuestionar el modelo y plantear otras maneras posibles de ser hombre,

y esto es algo necesario. Pero no debemos perder de vista los efectos y consecuencias que puede tener salirse de la norma, en este caso representada por la masculinidad hegemónica. Por lo tanto, hay que entender la exclusión que puede conllevar el diagnóstico psiquiátrico a través de analizar las diferencias con las que esta se manifiesta entre hombres y mujeres con un trastorno.

Es a partir de analizar esta relación entre género y salud como podemos entender los efectos del sistema sexo-género sobre las personas socializadas como chicos y sus procesos de s / t / a. Reconocer las consecuencias que tiene la masculinidad hegemónica sobre las mujeres, pero también sobre los propios hombres –especialmente los que no cumplen el modelo– y para todas las personas que no encajan en el modelo, puede ser el principio de un cuestionamiento de las dinámicas excluyentes y patriarcales, y de sus efectos sobre la salud en general, y la salud mental en particular.

FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFOQUE DE GÉNERO: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

María Casilda Velasco Juez

Sesión de formación

FORMACIÓN EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA CON ENFOQUE DE GÉNERO: UNA ASIGNATURA PENDIENTE

María Casilda Velasco Juez
Matrona. Medicus Mundi Andalucía

Introducción

En las últimas Conferencias Internacionales de Población y Mujer, se puso de manifiesto la necesidad de cuidar la salud sexual y reproductiva de las mujeres y no solo de su salud materna. En este sentido se hace necesario responder a los derechos de todas las mujeres en relación con sus derechos sexuales y reproductivos que han sido olvidados, en muchos casos, a favor de los aspectos relacionados con la salud materna[47].

La situación de la salud en África subsahariana y en especial la de las mujeres es muy precaria, por eso hay una demanda cada vez mayor para mejorar los niveles de salud de la población. Los diferentes ministerios de salud, de acuerdo con las recomendaciones internacionales, establecen entre sus prioridades la mejora de la salud reproductiva. Una estrategia fundamental para conseguir estos objetivos es la formación de los profesionales sanitarios encargados de la salud de las mujeres, de manera que los profesionales que en ello se ocupan deberían de profundizar en el conocimiento de nuevos avances, las nuevas políticas de salud reproductiva en el ámbito nacional e internacional y las nuevas necesidades de las mujeres[48].

---

[47] The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank. (2011). *Rapport sur le développement dans le monde 2012. Égalité des genres et développement.* Consultado en: http://siteresources.worldbank.org/INTWDR2012/ Resources / 7781051299699968583 / 77862101315936231894 / Overview-French. pdf (20-10-2015).

[48] UNFPA, ICM y OMS. (2014). *L'état de la pratique de sage-femme dans le monde 2014. Sur la voie de l'universalité Le droit de la femme à la santé.* Consultado en: http://wcaro.unfpa.org/webdav/site/wcaro/users/wcaroadmin/public/SoWMy2014_complete-french.pdf (20-10-2015).

En este artículo abordaremos el programa de formación que hemos impartido desde Medicus Mundi Andalucía (MMA) y la Universidad Internacional de Andalucía (UNIA) sobre género y salud. Con este programa de formación pretendíamos contribuir a la actualización de conocimientos y destrezas necesarias que permitieran a los/las profesionales de la salud (comadronas y médicos/as) dar una respuesta integral a las necesidades y demandas de salud de las mujeres, y prestar una atención de calidad en los diferentes ámbitos de actuación profesional. Pretendimos también que la formación, basada en un enfoque de género, favoreciera la promoción de un modelo de atención perinatal que priorizara el protagonismo, los derechos y las mejores prácticas en la asistencia a las mujeres y los recién nacidos.

En este programa de formación se abordaban desde aspectos conceptuales e introductorios (derechos sexuales y reproductivos, el enfoque de género, la violencia de género), hasta aspectos metodológicos (demografía, metodología de investigación, educación para la salud), sexualidad, planificación familiar, principales problemas de salud de las mujeres, atención en el embarazo, parto puerperio y recién nacido, etc.

Esta formación otorga el título de Experto Universitario en Salud Sexual y Reproductiva (SSR), según lo establecido en la normativa sobre estudios de postgrado y formación complementaria, que conducen a la obtención de títulos propios y diplomas de la Universidad Internacional de Andalucía (UNIA). Para la obtención de este título es necesaria la asistencia a la totalidad de las actividades docentes programadas, obtener una calificación positiva de cada uno de los módulos, la realización de un trabajo de campo (proyecto de investigación) y obtener una calificación positiva en la memoria y presentación del proyecto de investigación.

¿A quiénes van dirigidas estas formaciones?

Estos programas de formación están dirigidos a profesionales de los sistemas de salud pública de los diferentes países que participan, ajustándose el perfil a los contenidos de los cursos.

En Marruecos se realizaron dos formaciones de Experto en Salud Sexual y Reproductiva, dirigidas a profesionales del sistema público de salud que trabajaban en los programas de salud de las mujeres. Participaron enfermeros/as, comadronas y médicos/as generalistas.

En Senegal hemos llevado a cabo hasta ahora tres formaciones, en las que participaron profesionales de salud de varios países de África del Oeste además de Senegal, Guinea, Guinea Bissau, Mauritania, Burkina Faso, Mali y Níger. Esta formación se impartió con contenidos similares a la de Marruecos, y en este caso las personas participantes fueron comadronas, médicos/as generalistas y ginecólogos/as.

En Túnez, un país donde el sistema público de salud desde hace muchos años se ocupa de la salud de las mujeres y llega a casi todos los rincones del país, las necesidades eran diferentes. Los contenidos de los dos cursos realizados contemplaban la salud sexual y reproductiva y violencia de género. Se trabajó sobre todo el tema de violencia sobre la mujer con un enfoque de género y de derechos, además de darles a conocer el modelo que se había puesto en marcha en España[49]. En esta formación participan profesionales con perfiles muy diferentes tales como médicos/as y psicólogos/as en su mayoría, pero también sociólogos/as, economistas, periodistas, etc.

En cada una de estas formaciones participaron entre 25 y 30 profesionales de los diferentes servicios públicos de salud y otros organismos.

---

[49] USAID (2008). *Lutte contre la violence basée sur le género dans les programmes de santé de la USAID: Un guide pour las responsables de programmes du Secteur de la santé.* Washington D. C., USAID. Consultado en: http://www.igwg.org/igwg_media/gbvguide08_french.pdf (20-10-2015).

Las formaciones fueron realizadas con la colaboración de la Universidad Internacional de Andalucía y de la organización no gubernamental Medicus Mundi Andalucía, así como diferentes socios o contrapartes locales.

En Marruecos se realizó con la colaboración de las delegaciones de salud dependientes del Ministerio de Salud; en Senegal, la contraparte fue el Instituto de Santé et Développement, organismo dependiente de la Facultad de Medicina de Dakar; y en Túnez, nuestro socio fue Office Nationale de la Santé et la Population, organismo autónomo dependiente del Ministerio de Salud. En todos los casos para la participación de los profesionales tuvimos que contar con los acuerdos de los respectivos ministerios de salud. Las formaciones también contaron con la financiación de la Agencia Española de Cooperación Internacional o de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional.

Contenidos de los cursos

La formación otorga el título de Experto Universitario en Salud Sexual y Reproductiva. Se desarrolla a lo largo de 5 semanas consecutivas y se imparten 35 créditos ECTS (Sistema Europeo de Transferencia de Créditos): 30 créditos presenciales, repartidos en 7 módulos, y 5 créditos de trabajo de campo o investigación. Unos meses después de la parte presencial, se realiza y presenta el trabajo de investigación.

En las formaciones de Marruecos y Senegal se da mucha importancia a los módulos introductorios sobre los conceptos de derecho a la salud y los derechos en salud sexual y reproductiva, así como al enfoque de género en la salud sexual y reproductiva. Estos conceptos son la base a lo largo de toda la formación, así, cuando se abordan los diferentes temas de salud sexual y reproductiva (embarazo, parto, puerperio y la atención al bebé, prácticas contraceptivas y enfermedades de transmisión sexual, VIH, salud sexual y reproductiva en jóvenes y adolescentes, violencia de género, etc.), se

mantiene de forma transversal ese enfoque que debe estar siempre presente[50].

La formación incluye un módulo específico sobre investigación en salud sexual y reproductiva para ayudar y facilitar el trabajo de campo. Aunque los/las participantes son seleccionados entre los y las profesionales de salud de las diferentes administraciones con larga experiencia de trabajo con mujeres, este nuevo enfoque no siempre les resulta fácil de comprender y poner en práctica.

En las formaciones de Túnez, se abordó el tema de la violencia de forma exhaustiva: la conceptualización y los diferentes modelos, la situación actual en el mundo y específicamente en el Magreb, la legislación nacional y internacional, así como la relación de la violencia de género con la salud y, específicamente, con la salud sexual y reproductiva. Se abordan también las posibilidades de prevención y de sensibilización y el modelo de lucha contra la violencia implantado en España. Había también un módulo específico sobre investigación en salud sexual y reproductiva y violencia de género.

En todas las formaciones, de manera prioritaria, se abordaba la salud sexual y reproductiva y la violencia contra las mujeres y las prácticas nocivas, siempre desde el enfoque de derechos de las mujeres y del derecho a la salud con un enfoque de género.

Todas las formaciones finalizaban con una investigación o protocolo de investigación relacionado con los contenidos de los cursos y realizadas dentro del entorno de trabajo de cada participante. El objetivo era que se pusieran en práctica parte de los conocimientos adquiridos para mejorar su práctica profesional.

---

[50] OMS. *Qu'entendons-nous par "sexe" et par "genre"?* Consultado en: http://www.who.int/gender/whatisgender/fr/ (20-10-2015).

Metodología

La metodología es aquella utilizada en la formación de adultos: participativa y activa, basada en discusiones, juegos de rol, prácticas, talleres, seminarios, trabajos de grupo, tutorías individuales y en grupo, así como actividades a través de la plataforma de docencia virtual de la UNIA (www.unia.es). Hemos utilizado pocas clases teórico-magistrales, las llamadas tradicionales. Al inicio de las formaciones encontramos dificultades para utilizar esos tipos de metodología, pero con el tiempo fue bien aceptada y altamente valorada. A lo largo de las diferentes formaciones se ha procurado utilizar documentos, indicadores y ejemplos de los países donde hemos trabajado y nunca, en la medida de lo posible, documentos y datos de nuestro país o de países occidentales. Creemos que esto ha dado credibilidad a nuestra formación y ha sido muy apreciada por los/las participantes.

Trabajo final de la formación

El trabajo de campo o protocolo de investigación fue realizado por todas las personas participantes (214), excepto dos. En estos trabajos abordaban investigaciones relacionadas con el trabajo profesional cotidiano que podrían mejorar su práctica clínica. Para la mayoría del alumnado era la primera vez que hacían una investigación y la primera vez que abordaban temas relacionados con su trabajo y, sobre todo, desde el enfoque de género y de derechos de las mujeres.

Los temas han sido siempre relacionados con la salud sexual y reproductiva y la violencia de género. Algunos ejemplos: en cuanto a la violencia de género, los/las médicos generalistas han elaborado protocolos de actuación para abordar los casos de violencia durante el embarazo o la violencia sexual en hospitales universitarios. En cuanto a la salud sexual y reproductiva, se han abordado temas muy controvertidos como los partos a domicilio, las mujeres que no van a consulta durante el embarazo o las mujeres que practican la planificación familiar.

Perfil de las personas participantes

Todas las personas que han participado en estas formaciones trabajaban en servicios públicos de salud de los diferentes países. Junto con las contrapartes de los diferentes países, hemos elaborado criterios de selección, dando prioridad a la participación de mujeres.

En los cursos de salud sexual y reproductiva en Marruecos y Senegal, el 70 % fueron mujeres y más de la mitad (51 %) fueron comadronas. De los 59 médicos/as que participaron, 7 fueron ginecólogos/as, el resto médicos generalistas. En las formaciones de Túnez en salud sexual y reproductiva y violencia de género, el 72 % fueron mujeres. La mayor participación fue de médicos/as (32 %), seguidos de psicólogos/as (28 %) y comadronas (17 %). En esta formación participaron otros profesionales: sociólogos/as (5), periodistas (3), economistas (2), farmacéutico (1) e ingeniera (1).

Evaluación de las formaciones

Todas las personas participantes finalizaron la formación y solo dos no presentaron su trabajo de final de formación y no obtuvieron el título de experto.

La evaluación se realizó a lo largo de toda la formación y fue de tres tipos:

- Contenidos teóricos. Se hizo un examen tipo test al finalizar cada módulo teórico. En esta evaluación se presentaron diferencias entre el alumnado, que siempre obtuvo una evaluación positiva por encima de 5 puntos sobre 10. La media de todos los cursos ha sido superior a 7.
- Trabajo de campo. Se valoró tanto la memoria como la presentación del mismo. La calificación promedio fue de 8 sobre 10.
- Asistencia. Era necesaria la asistencia de al menos el 80 % de las clases presenciales. La calificación promedio fue de 9,6 sobre 10.

Conclusiones

Con este proyecto se han formado 161 profesionales como expertos en salud sexual y reproductiva y 53 en salud sexual y reproductiva y violencia de género: 214 personas en total. La mayoría del personal profesional formado han sido comadronas, contribuyendo de esta manera a mejorar la salud de las mujeres y los niños y niñas a través de la prestación de cuidados de calidad en más de 10 países.

Los trabajos de campo desarrollados han supuesto el estudio de situaciones, de problemas y de la realidad de los servicios de salud sexual y reproductiva, lo que ha ayudado a la puesta en marcha de mejoras en los servicios de los diferentes países. A través de estos trabajos de investigación se ha estudiado por primera vez la situación de la violencia de género en Túnez y en diferentes países desde ámbitos y aspectos diferentes como: violencia sexual, económica, física, psicológica, en jóvenes, durante el embarazo y en mujeres solicitantes de interrupción voluntaria del embarazo.

VASHALI, EL FUTURO DE LA INDIA TIENE NOMBRE DE MUJER

José Mansilla

Fotografía realizada por Katherin Wermke

Where women are Honored, gods reside there.

Proverbio indio

VASHALI, EL FUTURO DE LA INDIA TIENE NOMBRE DE MUJER

José Mansilla
Responsable del Departamento de Proyectos
Sonrisas de Bombay

Introducción

Según el último informe publicado por el Banco Mundial en el año 2014[51], de los aproximadamente 1.267 millones de personas que viven en la India, un 28,1 % son menores de catorce años y, de estas, unos 175 millones son niñas. Una de estas niñas podría ser Vashali.

Vashali se levanta cada mañana, muy temprano, y durante todo el día no hace otra cosa que cocinar, limpiar, dar de comer a la familia, cuidar niños, llevarlos al colegio, recogerlos, volver a cocinar, limpiar, dar de comer a la familia, cuidar a los niños. Sin un solo segundo para ella, para leer, pasear o trabajar fuera de casa. Dicho así parecería una situación bastante frecuente hasta hace poco, e incluso hoy en día, en las familias más tradicionales de nuestro propio país.

Sin embargo, la cosa cambia si añadimos que estos niños no son suyos, ni la casa, ni la comida, sino que son sus hermanos y hermanas. La casa es de su padre y su abuela paterna, y la comida es lo que procuran su padre y hermanos con su trabajo. Vashali tiene diez años y ni un minuto libre. Aunque quisiera leer no podría porque no sabe, como tampoco puede pasear –¿Dónde ir?–, ni en un futuro tener un trabajo digno y bien remunerado, ya que no posee conocimientos más allá de los muy

[51] Véase datos del Banco Mundial. Consultado en: http://datos.bancomundial.org/pais/india (Banco Mundial) (20-10-2015).

importantes –aunque poco valorados–, que ha adquirido en el desarrollo de las tareas del hogar y el cuidado de la familia, durante toda su vida.

Vashali no existe. Se trata de un símbolo que representa a millones de niñas que viven en la India. Podría ser una de las chicas que habitan los "*slums*"*de Bombay; la hija de unos campesinos sin tierra de Andhra Pradesh; o incluso formar parte de algunas de las nuevas familias de clase media que pueblan las tecnológicas Bangalore o Hyderabad. Podría ser *"brahmí"*, miembro de la más alta casta del sistema de estratificación social tradicional de la India, o "*dalit*", intocable, de tan baja situación que ni tan siquiera formaría parte de ninguna casta. Podría ser hindú, musulmana, budista o cristiana. Indudablemente, realizar generalizaciones sobre la situación de la infancia en femenino en un país tan poblado y amplio, un subcontinente, es, cuando menos, arriesgado. Sin embargo, en este artículo intentaré dar algunas pinceladas sobre su realidad.

Una estructura familiar particular

El papel desempeñado actualmente por las niñas en la India no puede ser entendido sin tener en cuenta la estructura patriarcal clásica de la organización social y familiar del país. Esta estructura determina una distribución de roles, tareas y poder desigual entre hombres y mujeres, con una total preeminencia de los primeros sobre las segundas. La descendencia es fijada por vía patrilineal, es decir, son los hombres los portadores del apellido familiar, pasando la figura femenina a disfrutar de escasa consideración a la hora del reparto de derechos y propiedades que la familia pudiera tener. Las nuevas parejas, una vez constituidas, construyen su hogar en casa de los padres del marido. A esto se denomina "*patrilocalidad*" y es un factor altamente relevante, ya que la mujer pasa a depender completamente de su familia política en cuyo seno ocupará un lugar subordinado.

*Los "*slums*" son barriadas de chabolas que han proliferado en distintas ciudades de la India, como consecuencia de los procesos migratorios de las zonas rurales a las urbanas. (N. E.)

La mujer ideal en la India patriarcal es aquella que da a su marido un hijo varón. El círculo vicioso del patriarcado necesita la mujer para reproducirse a la vez que intenta prescindir de ella lo antes posible. Desprovistas de derechos y de posibilidades, las niñas no tienen otro futuro que el de casarse rápidamente. Solo así dejarán de representar una carga para unas familias que han de alimentar, educar y vestir a un miembro que, más adelante, no repercutirá esa inversión. No olvidemos que aproximadamente unos 400 millones de personas viven en la India con menos de 1,25 dólares diarios[52], un país con una renta per cápita de 1.570 dólares[53] que no cuenta con sistemas de seguridad social institucionalizados fuertes, por lo que, en muchas ocasiones, la única forma de sobrevivir es mediante el apoyo que se encuentra en el seno de las familias.

Una sociedad que da tanta importancia a los hijos sobre las hijas manifiesta otros efectos perversos, como los abortos selectivos –se estima que más de 600.000 mujeres al año interrumpen su embarazo una vez han tenido conocimiento del sexo de su futuro hijo–, o las más altas tasas de mortalidad infantil –hasta un 40 %– entre las niñas[54].

Vashali, nuestra niña-símbolo, si llega a nacer, será portadora de los apellidos paternos, aunque esto no significará nada a la hora de continuar el linaje familiar. No heredará las tierras ancestrales en caso de ser hija de agricultores de la árida Meseta del Decán, o la pequeña tienda familiar de comestibles en caso de habitar en los suburbios de Calcuta. No contará con derechos de primogenitura, mantendrá un papel secundario en los asuntos públicos, sean estos políticos o religiosos, y tendrá

---

52 Naciones Unidas (2014). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2014.* Nueva York, Naciones Unidas. Consultado en: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg-report-2014-spanish.pdf (20-10-2015).

53 Véase datos del Banco Mundial. Consultado en: http://datos.bancomundial.org/pais/india (20-10-2015).

54 Díaz Mora, T. (2013). "Desigualdades de género en India, un problema por resolver". *El Rotativo.* Consultado en: http://medios.uchceu.es/elrotativo/2013/02/07/desigualdadesde-genero-en-india-un-problema-por-resolver/ (20-10-2015).

pocas posibilidades de desarrollar un trabajo ajeno a los tradicionalmente relacionados con los cuidados.

Sin embargo, conviene señalar que la India tiene una Constitución ampliamente progresista que, en su artículo 15, no solo adjudica al Estado el papel de lucha contra la discriminación por razones de religión, raza, casta, sexo o lugar de nacimiento, sino que, además, abre la puerta para elaborar leyes concretas que garanticen el acceso a sus derechos a las mujeres y niños (artículo 15.3)[55].

Así pues, la mayoría de las situaciones anteriormente reseñadas se dan al margen de la ley, lo que desgraciadamente pasa frecuentemente en aquellos sectores de la sociedad donde la tradición juega un papel fundamental, y/o en aquellos lugares en los que, por circunstancias geográficas o políticas, la acción del Estado se ve reducida, tales como el mundo rural donde habita el 68 % de la población[56].

Una nueva ley educativa

Otro de los aspectos donde se manifiesta esta singular por desigual inequidad de género es en la educación. Según datos del World Economic Forum (WEF) para el año 2014, el Índice de Desigualdad de Género (IDG)[57] calculado por esta institución situaba la India en el puesto 114 de un total de 142 países, lugar en el que se ha mantenido durante los últimos siete años.

Este mismo organismo da datos muy relevantes referentes a la participación de la mujer en la fuerza de trabajo. Así, solo un 30 % de la población femenina tiene un trabajo remunerado frente a un 84 % de la masculina, mientras que los ingresos anuales que obtiene este

[55] Véase la Constitución India en: http: //india.gov.in/my-government/constitution-india/constitution-india-full-text (20-10-2015).

[56] Véase datos del Banco Mundial. Consultado en: http://datos.bancomundial.org/pais/india (20-10-2015).

[57] World Economic Forum (2014). *The Global Gender Gap Report 2014*. World Economic Forum. Consultado en: http://reports.weforum.org/global-gender-gap-report-2014/ (20-10-2015).

importante sector de la población suponen solo un 25 % del correspondiente a los hombres: unos 1.980 dólares para las mujeres y 8.807 dólares para los hombres.

Es imposible no relacionar esta desigual situación en cuanto a ingresos y participación en el mercado de trabajo con el acceso de la mujer a la educación o más bien con la falta de su acceso. Solo el 51 % de las mujeres sabe leer y escribir, frente a un 75 % de los hombres. Afortunadamente, esta situación está empezando a cambiar. El último informe publicado por Naciones Unidas (ONU) sobre el grado de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)[58] muestra, a finales de 2012, una tasa neta de matriculación en enseñanza primaria del 94 % cuando el año 2000 era del 80 % y, en 1990, del 75 %. Sin embargo, aunque no muy acentuadas, si lo desglosamos por sexo, vemos que la diferencia en las tasas de matriculación entre niños y niñas puede ser de hasta tres puntos.

Según una encuesta realizada por la ONU el año 2014[59], además del sexo, la pobreza y el lugar de residencia fueron algunos de los factores responsables de esta disparidad. Un análisis elaborado entre 2006 y 2012 en varios países empobrecidos reveló que los niños del 20 % de los hogares más pobres, y en edad de ir a la escuela primaria, tenían una probabilidad tres veces menor de asistir que aquellos del 20 % de los hogares más ricos, al tiempo que los niños que viven en zonas rurales tienen la mitad de posibilidades de asistir a la escuela que los de las zonas urbanas. Por otra parte, en los hogares más pobres, las niñas tenían mayor probabilidad que los niños de ser excluidas de la educación).

No podemos olvidar que no fue hasta el año 2009 que la India empezó a contar con una ley que garantiza a los niños y niñas el derecho a acceder a una educación pública y obligatoria. La Right of Children to Free and Compulsory Education Act, además de estipular las normas y reglamentos relativos al número de profesores y su formación necesa-

58 Naciones Unidas (2014)., *op. cit.*
59 *Ídem.*

ria, diseña los planes de estudio y obliga a los gobiernos y autoridades locales a proporcionar colegios de modo que ningún niño o niña quede sin escolarizar. La ambiciosa ley ha llegado al punto de establecer un rígido cronograma de capacitación para más de un millón de nuevos docentes durante los cinco años siguientes a su aprobación.

A pesar de la fuerte apuesta realizada, todavía hay un gran camino por recorrer. Según un censo de 2011[60], aproximadamente 4,35 millones de niños y niñas de entre 5 y 14 años no asisten a la escuela porque ejercen como mano de obra infantil. Con los altos niveles de pobreza antes señalados, no es de extrañar que muchas familias no tengan más remedio que enviar a sus hijos e hijas a trabajar si quieren sobrevivir.

De esta manera, en vez de asistir como otros niños y niñas a la escuela, Vashali podría estar limpiando como asistenta en alguna de las elegantes casas de Delhi, recogiendo y cortando piedra en las canteras de arenisca de Gujarat, o trabajando en un restaurante, horno de ladrillos o telar de los que dan fama a las milenarias alfombras indias, porque no fue hasta 2012 que la India prohibió el trabajo infantil, haciendo ilegal el trabajo de todos los niños y niñas menores de catorce años en sintonía con la ley de educación obligatoria.

La alimentación como la otra cara de la moneda de la educación

Los datos de la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) muestran que en el año 2014 en la India, el 15,2 % de los niños y niñas menores de 3 años mostraba problemas de desnutrición[61].

---

60 Neeta Lal. (2015). *A pesar de las leyes, el trabajo infantil perdura en India*. Inter Press Service. Consultado en: http://www.ipsnoticias.net/2015/02/a-pesar-de-las-leyesel- trabajo-infantil-perdura-en-india/ (20-10-2015).

61 Ver los datos de Food and Agriculture Organisation, FAO. Consultado en: http://faostat3. fao.org/browse/D/FS/E (20-10-2015).

Si los ODM habían fijado para el año 2015 que la proporción máxima de niños y niñas menores de 5 años cuyo peso debía estar por debajo de lo normal no podía exceder del 25 %, los informes de la ONU del año 2012 señalaban que el nivel alcanzado en la India (Asia Meridional) era del 30 %, añadiendo que, en los restantes tres años, sería muy difícil conseguir el objetivo establecido.

Sin embargo, aunque útiles, si algo tienen los grandes índices macro es que resultan insuficientes para reflejar la complejidad que tiene intervenir en cuestiones vinculadas a la seguridad alimentaria y sus múltiples aspectos. Así, hay países en los que, incluso con mejoras notables en la nutrición o donde la población ha incrementado notablemente su acceso a los alimentos, los datos siguen mostrando, persistentemente, que los niños y niñas continúan pesando por debajo del normal y subsisten retrasos en el crecimiento. Y esto es así porque hay una relación directa y estrecha entre salud y nutrición, de manera que la alta incidencia de ciertas enfermedades olvidadas, o tratables en Occidente (diarreas, malaria, tuberculosis o VIH/sida) no permite mejoras sustanciales en otros aspectos. Por tanto, además de políticas dirigidas a mejorar el acceso de la población a los alimentos, también son necesarias otras medidas destinadas a garantizar buenas condiciones de vida, por ejemplo, de higiene urbana, suministro y evacuación de aguas o educación. Esta última, la educación, mantiene una relación directa con la nutrición y la alimentación en general. Muchas organizaciones no gubernamentales (ONG), administraciones públicas y agencias internacionales así lo han entendido.

Los niños y niñas que acuden a la escuela no obtendrán unos resultados adecuados si no están, en primera instancia, bien alimentados. Y no estarán bien alimentados si no reciben, tanto ellos como sus familias, una mínima formación en cuanto al fomento, el conocimiento y las características de los alimentos. Es por ello que muchas instituciones y organismos llevan tiempo implementando proyectos que unen educación y alimentación. De esta forma, los niños y niñas, cuando van a la escuela, reciben un plato de comida que ha sido elaborado siguiendo recetas adecuadas y nutritivas para su edad.

Las familias ahorran algo del presupuesto familiar destinado a su alimentación, saben que sus hijos comerán correctamente y, además, promueven su educación. Es una relación "*win - win*".

Pero esto no queda aquí, ya que suelen ser las mismas escuelas las que forman y capacitan a las familias para que sean competentes en la elaboración de comidas caseras sencillas y alimenticias basadas en productos locales accesibles. Esta relación alumnos-escuela-familia puede garantizar mejoras notables en los programas de seguridad alimentaria.

De esta forma, Vashali, viviendo en las desérticas tierras del Rajastán, al norte de la India, podrá disfrutar de un nutritivo plato de daal-baat, con base de trigo y lentejas; o de un calórico y nutritivo plato de arroz con curry y legumbres, si vive en Sivakasi, al sur de Tamil Nadu. El retraso en el crecimiento puede reflejar más detalladamente el peso de los efectos acumulativos de una nutrición insuficiente y de una salud precaria en los niños menores de 2 años. Según datos de la ONU de 2012[62], el retraso en el crecimiento fue una problemática más frecuente que el peso inferior al normal, y afectó a 1 de cada 4 niños en todo el mundo. Y si bien se han logrado notables progresos en la lucha contra este retraso, reduciéndose en más de 15 puntos desde 1990 a 2012, aunque se estima que 162 millones de niños y niñas menores de 5 años siguen corriendo el riesgo de tener un menor desarrollo cognitivo y físico asociado con esta forma crónica de nutrición insuficiente.

Para finalizar, cabe señalar que existen medidas sencillas de aplicar que permiten reducir el retraso en el crecimiento y otras consecuencias de esta insuficiencia, como el fomento de la nutrición materna, lo que una cierta modernidad malentendida ha ido desplazando durante las últimas décadas de la vida cotidiana de muchas familias.

---

[62] Naciones Unidas (2014)., *op.cit.*

A modo de conclusión

En el año 2012, la ONU creó el Equipo de Tareas. Su principal misión es apoyar la preparación de una Agenda de Desarrollo post 2015. En su primer informe, "*El futuro que queremos para todos*"[63], presentado en junio de 2015, ya se señalaban algunas recomendaciones basadas en un enfoque amplio de políticas de carácter integrado, considerando aspectos tales como el desarrollo económico y social, pero sin olvidar cuestiones como la paz y la seguridad, y la sostenibilidad ambiental.

En este informe se resalta que, en algunos países empobrecidos de Asia, como la India, aunque se ha logrado reducir la brecha existente en cuanto a la calidad de vida de sus habitantes, las desigualdades en ingresos y riqueza se han incrementado durante las últimas tres décadas. De esta forma, se presentan diferencias notables en el acceso a la tierra y otros medios productivos, a una alimentación adecuada y nutritiva, en el agua potable –sobre todo en medios urbanos altamente degradados y en zonas rurales–, a servicios sanitarios adecuados, o a una educación básica apropiada.

Esto ha llevado a que los niños y niñas de las familias con menos recursos no hayan tenido buenos resultados en su escolarización y mantengan altas tasas de mortalidad y retraso en el crecimiento, siendo este de dos a cuatro veces mayor que en las familias de sectores de población con mayores ingresos.

Así, Vashali y otras niñas como ella tienen un largo camino por recorrer si quieren vivir una vida digna, llena de oportunidades que les permitan conseguir su completo potencial como personas, así como la posibilidad de contribuir al desarrollo de sus familias y de su comunidad. De esta forma, tal vez un día, el futuro de la India tenga realmente nombre de mujer.

---

[63] Naciones Unidas (2012). *El futuro que queremos para todos*. Nueva York, Naciones Unidas. Consultado en: http://www.un.org/en/development/desa/policy/untaskteam undf / unttreport_sp.pdf (20-10-2015).