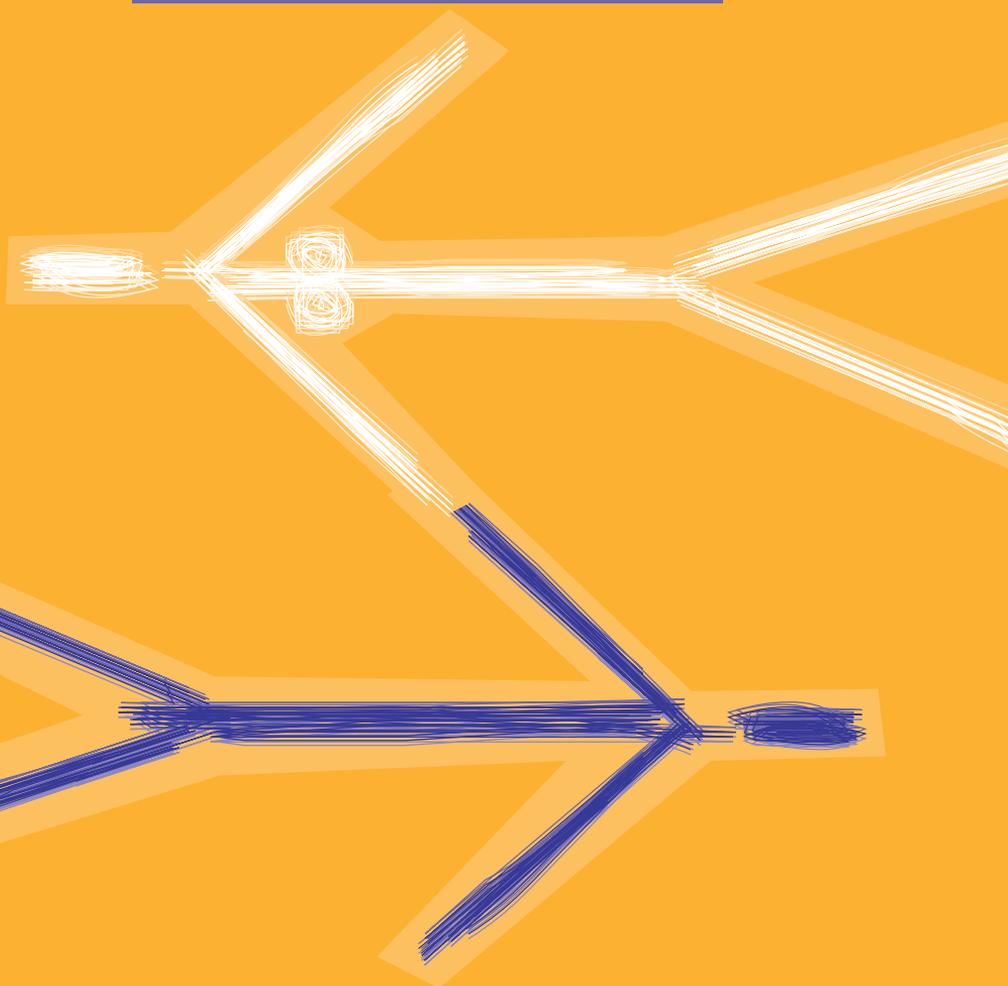

S A L U D

Y

Guía práctica
para profesionales
de la cooperación

G É N E R O



Diana Sojo ■ Beatriz Sierra ■ Irene López
(Coordinadoras)

S A L U D

Y

Guía práctica
para profesionales
de la cooperación

G É N E R O

Diana Sojo ■ Beatriz Sierra ■ Irene López
(Coordinadoras)



© Médicos del Mundo
c/ Andrés Mellado 31 Bajo
28015 Madrid (España)
Teléfono: 91 543 60 33
Fax: 91 543 79 23
Correo electrónico: mdmesp@ctv.es
www.medicosdelmundo.org

Primera edición: abril de 2002

ISBN: 84-932175-8-1
Depósito legal: M-9.128-2002

Realización editorial: Paso de Zebra
www.pasodezebra.com

Impresión: Imprenta Cruces
c/Electricidad 28
28918 Leganés (Madrid)

Índice

Prólogo	11
Introducción	15

PARTE PRIMERA. ANTES DE NADA

Capítulo I

Si voy a trabajar en un proyecto de salud: ¿por qué necesito pensar en género?	21
Irene López y Diana Sojo	

1. ¿En qué somos diferentes los hombres y las mujeres? Sexo y género.	21
2. Salud, sexo y género: cómo influyen las diferencias de sexo y género en la salud.	28
3. La perspectiva de género en el desarrollo y la cooperación en salud: evolución e implicaciones.	34
4. Dinámicas.	41
Bibliografía.	42

PARTE SEGUNDA. ANTES DE IRNOS

Capítulo II

La legitimidad del enfoque de género y salud en la cooperación internacional	45
Irene López	

1. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994).	47
2. La revisión de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: El Cairo+5.	51
3. La Unión Europea.	53
4. El Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE.	54
5. De los principios a la práctica.	56
6. Principios de buena práctica: el establecimiento de un marco común de actuación.	57
Bibliografía y recursos en internet.	59

Capítulo III

Temas clave de intervención en salud con enfoque de género: la salud sexual y reproductiva. 61

August Burns

1. ¿Qué tiene que ver el género con los servicios de salud? 61
 2. Género y salud sexual y reproductiva. 63
 3. Género y planificación familiar. 67
 4. Género y aborto inseguro. 68
 5. Género y las infecciones de transmisión sexual, incluido VIH. . . 72
 6. Género y violencia. 75
 7. ¿Qué puedes hacer para que las cuestiones de género no a-
fecten los programas de salud de manera negativa? 90
- Bibliografía y recursos en internet. 91

Capítulo IV

Identidad de género, comunicación y diferencias culturales 93

A. ¿Qué nos vamos a encontrar en el terreno? 93
Coto Talens

1. Aprender a observar, aprender a escuchar. 94
 2. La palabra. 101
 3. La escucha. 102
- Bibliografía. 106

B. Hablando los hombres con los hombres (y de los hombres). . . 107
Guillermo González
Bibliografía. 111

PARTE TERCERA. YA EN EL TERRENO

Capítulo V

El proyecto o programa. 115

Ion Gorriti y Asun Buil

1. ¿Qué es un proyecto de cooperación? 115
 2. Tipos de proyectos: de emergencia y de desarrollo. 118
 3. Género en los proyectos de cooperación. 121
 4. Tipos de proyectos en relación con la dimensión de género. . . 127
- Bibliografía. 130

Capítulo VI	
Análisis de género en proyectos o programas de salud: una propuesta metodológica.	131
Beatriz Sierra	

1. ¿Qué es el análisis de género?	131
2. Pasos para realizar un análisis de género.	132
Bibliografía.	142

Capítulo VII	
Análisis de género y gestión del ciclo de un proyecto.	143
Beatriz Sierra	

1. Proyecto de atención y promoción de la salud en el sistema de salud de San Juan. (Área geográfica de América del Sur).	143
2. Análisis de género en el proyecto.	145
3. Integración del análisis de género en el ciclo de un proyecto.	156
4. A modo de conclusión.	164
Bibliografía.	165

Capítulo VIII	
La oficina que nos acoge.	167
Paula Cirujano	

1. El tipo de organización en la que estoy y la contraparte.	167
2. La financiación para nuestro trabajo.	171
Bibliografía.	175

Capítulo IX	
Experiencias de nuestro trabajo en el terreno.	177
August Burns	

PARTE CUARTA. VOLVEMOS

Capítulo X	
A. Nuestra organización.	183
Clara Murguialday y Norma Vázquez	

1. Las ONGD son instituciones “generizadas”.	183
--	-----

2. ¿Qué implica integrar la perspectiva de género en la vida de una organización?	185
3. Capacitación de género.	192
Bibliografía.	194

B. El trabajo de los hombres: apuntes para la reflexión. . .	195
Guillermo González	

Capítulo XI

Reflexiones finales sobre la experiencia.	199
Irene López	

Glosario.	207
Siglas.	210
Bibliografía general.	211
Recursos en internet	215

Prólogo

En los inicios de un nuevo siglo, los seres humanos, gracias a los avances del conocimiento y la tecnología, estamos controlando las afecciones que frenan la vida de nuestro organismo o lo hipotecan con discapacidades, siendo las enfermedades degenerativas las que marcan el bienestar y el límite de nuestra existencia. Pero el verdadero avance en materia de salud se produjo durante el siglo pasado con la llamada revolución sanitaria que dio lugar a una disminución de la natalidad, una menor mortalidad materno-infantil y un aumento de la esperanza de vida. Este punto de inflexión en la historia de la humanidad en lo referente a la salud, tiene su origen en mejoras evidentes de factores condicionantes, como el acceso de la población al agua potable y al saneamiento básico, la educación para la salud, la mejora de los cuidados materno-infantiles, la extensión mundial de las vacunaciones y el control de las enfermedades infecciosas. Sin embargo, estos avances se han producido de forma desigual alcanzando a los países avanzados, pero sin beneficiar a las zonas del planeta de bajo desarrollo. Conocido es que los determinantes socio-económicos influyen de manera notable en la salud. El progreso social está en el origen de una buena salud, y tomándolo por pasiva, el bajo desarrollo humano, es decir la pobreza, incide de forma decisiva en la falta de salud. Las desigualdades de género condicionan de manera determinante una mayor carga de pobreza para la mujer, que soporta, como consecuencia, unas mayores tasas de morbimortalidad. Asimismo, la dimensión de género determina actitudes masculinas no saludables y contribuye a mantener la subordinación de las mujeres en las relaciones de género.

En este contexto, la respuesta de la sociedad civil a través de las ONG es la intervención en el desarrollo de las sociedades pobres. Las organizaciones como Médicos del Mundo, que lo hacemos en el sector salud, centramos nuestras actuaciones en programas de mayor impacto para reducir la carga excesiva de morbimortalidad que pesa sobre las regiones de más bajo desarrollo humano, y buscamos promover una mejor calidad de vida mediante el desa-

rollo de las capacidades y el empoderamiento. En esas zonas, la expansión demográfica con unos recursos naturales cada vez más esquilados, las muertes y discapacidades perinatales, las ligadas a la maternidad y a los comportamientos sexuales poco saludables, todos ellos aspectos de la salud ligados a la integración social equitativa de las mujeres, continúan siendo un grave problema de salud pública. El análisis de esta situación conduce a centrar las acciones en los servicios básicos de salud, destacando como prioritarias las intervenciones en salud sexual y reproductiva, mediante la puesta en marcha de programas de salud maternofetal, salud infantil, salud reproductiva, planificación familiar, prevención de ITS y promoción del empoderamiento y la igualdad de la mujer. Todo ello complementado con actuaciones en otros sectores, como la educación, el mercado laboral, el ámbito jurídico y la participación en la vida política. De esta forma, se contribuye al desarrollo equitativo de mujeres y hombres como aspecto básico de justicia social.

Tener los objetivos claros en cooperación facilita el aprovechamiento de los limitados recursos disponibles para una intervención eficiente. En ese sentido, esta guía rigurosa y didáctica no sólo desarrolla herramientas conceptuales de análisis de género, sino que además tiene un enfoque práctico que la hace más importante para nuestra organización. Se trata así de que sea una herramienta en manos de todas las personas implicadas en proyectos, desde el diseño hasta la ejecución y evaluación, y desde el cooperante hasta la estructura de proyectos. En este sentido, el hecho de que seamos una mujer y un hombre de la Junta Directiva quienes escribimos este prólogo sirve para reforzar uno de los criterios más señalados en esta guía: los hombres y las mujeres deben de ser copartícipes relacionados con su capacidad reproductiva. Para terminar, hay que mencionar que, siguiendo con nuestra forma habitual de trabajo, esta guía es una realidad gracias a aportaciones del voluntariado, la estructura operativa y personas expertas que aportan sus conocimientos. Gracias a todas y todos. Por nuestra parte deseamos y esperamos que signifique una motivación para llevar a cabo intervenciones de mayor calidad que, en última instancia, repercutan en una vida más saludable de quienes se ven afectados por situaciones de precariedad.

Ricardo Angora
Presidente de Médicos del Mundo

Nina Parrón
Vocal de Género de la Junta Directiva de Médicos del Mundo

Introducción

La guía que presentamos a continuación constituye un material de apoyo y reflexión sobre género para cooperantes y profesionales del ámbito de la salud que desempeñan su trabajo en países en desarrollo. Su propósito es ayudar al personal técnico durante todo su recorrido (desde el país de origen, durante el trabajo de terreno y hasta su regreso) a enfocar la dimensión de género e integrarla en su trabajo, de modo que se promueva una mayor equidad de género en las intervenciones de salud de la cooperación para el desarrollo. A ello responde la estructura de la guía: “Antes de nada”, “Antes de irnos”, “Ya en el terreno” y “Volvemos”. Esperamos responder, una vez finalizado ese proceso, muchas de las inquietudes, dudas y preguntas concretas sobre género que se pueda plantear el personal técnico durante su participación en una experiencia de cooperación sanitaria.

>15

La escasez de materiales de género en castellano, aplicados al ámbito de la salud y de la salud sexual y reproductiva, es una laguna importante de nuestro sistema de cooperación, y especialmente sentida por las ONGD. Este material contribuye a solventarla de forma práctica y reflexiva: aporta conceptos y preguntas, pautas para el abordaje de género en temas clave de intervención en salud (servicios de salud, salud reproductiva, planificación familiar, infecciones de transmisión sexual, violencia, etc.), herramientas de análisis de género de los proyectos y ejemplos, pautas para reflexionar sobre las diferencias culturales, sobre nuestra propia identidad de género y la de las organizaciones en que trabajamos, así como informaciones y recursos para “ir más lejos”.

Si bien la guía está orientada sobre todo hacia la acción, apoya también el proceso de reflexión de los propios cooperantes acerca de la dimensión de género. También nos ha parecido muy importante reforzar los contenidos relativos a las relaciones de género y la masculinidad. Hasta ahora se detecta una escasa consideración de la identidad masculina como determinante del desarrollo. Resulta obvio que un planteamiento de equidad de género en salud, y en salud sexual y reproductiva en especial, requiere prestar una mayor atención a los hombres. La guía ha tenido muy en cuenta esta necesidad.

¿A quién va dirigida esta guía? En general, pretendemos reforzar el trabajo de género del personal que se desplaza al terreno para participar de algún modo en proyectos de cooperación sanitaria. Hemos visualizado, en primer lugar, a los cooperantes en sus distintas modalidades, si bien sobre todo respondemos a dos niveles diferentes de trabajo: el de los gestores de programas y proyectos, que asumen una función más administrativa y de coordinación o seguimiento desde una oficina; y el de los profesionales de la salud, que van a participar directamente en la atención sanitaria de hombres y mujeres de una comunidad concreta. Las preguntas e inquietudes serán diferentes en los dos casos. Las hemos abordado desde diferentes ámbitos.

La guía puede leerse de forma secuencial, buscando identificar el momento del proceso en que nos encontremos (antes, durante o después), pero también es posible buscar respuestas sobre dudas concretas sobre género y salud que se susciten: temáticas, metodológicas, informativas, etc. Cada capítulo, por su contenido, puede considerarse también como una unidad independiente, en la que se incluyen conceptos y respuestas, ejemplos y recursos o ejercicios prácticos. Además, hemos querido que el enfoque de los temas planteados estuviera muy ligado a la experiencia personal e institucional de la cooperación sanitaria. Para esto se ha constituido un equipo amplio y multidisciplinar que ha desarrollado su trabajo muy ligado a la dinámica de cooperación de la propia organización patrocinadora. Se ha contado con la opinión de cooperantes y especialistas, y con sus experiencias, con quienes realizamos consultas y grupos de trabajo y discusión desde el comienzo del proyecto. La identificación de los temas, objetivos, contenidos y metodología que se siguió ha sido el resultado del trabajo del equipo de redacción que se fundamentó en dichas experiencias. La idea que nos ha inspirado, en definitiva, ha sido la de producir un material útil que respondiera a necesidades e inquietudes del personal de cooperación sanitaria, muy conectado con su proceso de desplazamiento cultural, anclado en la realidad de la cooperación.

El Comité de Redacción ha estado conformado por: August Burns, Irene López, Isabella Rohlf (CAPS), Beatriz Sierra y Diana Sojo (MDM). De Médicos del Mundo queremos mencionar especialmente la participación del Grupo de Género formado en el momento de la elaboración de la guía por: Héctor Alonso, Mariso Baeza, Asun Buil, Ion Gorriti, Ágata Juanicorena, Luz Martínez-Ten, Nina Parrón, Pilar Ramón y Beatriz Sagrado. Además, Cristina de Sierra y Ángel Muñoz nos aportaron sus valiosas experiencias desde el terreno, y Pedro Campo su experiencia como técnico de proyectos.

Esta guía tampoco habría sido posible sin el apoyo del Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva, de Mercedes Mas de Xaxas, Vicepresidenta de *Advocacy Internacional de Population Action International* y de Joe Spiedel de la Fundación Hewlett. También el Instituto de la Mujer ha apoyado este proyecto. Por otro lado, queremos agradecer a otras organizaciones que han participado en el desarrollo de una encuesta sobre

el perfil, formación y sensibilidad de cooperantes españoles en “salud y género”: Acción contra el Hambre, ACSUR Las Segovias, Cruz Roja Española, Médicos Mundi, Médicos sin Fronteras y Solidaridad Internacional. Concretamente, Pilar Ramón y Miriam Cabrera de Médicos del Mundo trabajaron en el envío, recepción y elaboración del material que se publicará el próximo año. A todos aquellos cooperantes que, de forma directa o indirecta, con sus testimonios han aportado elementos para que esta guía cobrara realidad. Finalmente, también a Enric Royo de la Fundación CIDOB, por su colaboración en la revisión bibliográfica; a Mercedes Solís por su colaboración en las tareas de secretaría del Comité de Redacción; a Alicia Mele por su paciencia y apoyo en las tareas de corrección y edición de textos; y a todos nuestros amigos y amigas sin cuyo aporte no hubiera sido posible esta guía.

Madrid, diciembre de 2001

Las autoras y los autores

Asun Buil es licenciada en Derecho Económico. Trabaja como técnica de proyectos en Médicos del Mundo y forma parte del Grupo de Género de esta organización.

August Burns es matrona y máster en Salud Pública y en Salud Reproductiva. Ha desarrollado una larga trayectoria de trabajo en el terreno con organizaciones de mujeres, y es coautora del manual *Donde no hay doctor para mujeres, un manual para la salud de la mujer*.

Paula Cirujano es socióloga y máster en Género y Desarrollo. Trabaja como investigadora de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

Guillermo González es médico y máster en Sexualidad Humana.

Ion Gorriti es licenciado en Derecho. Trabaja como técnico de proyectos en Médicos del Mundo y forma parte del Grupo de Género de esta organización.

Irene López es licenciada en Derecho Internacional. Trabaja como investigadora y consultora en Género y Desarrollo.

Clara Murguialday es licenciada en Economía. Tiene una amplia experiencia de trabajo en temas de género en Centroamérica. Trabaja como consultora y docente en este ámbito, y colabora con la Coordinadora de ONGD del País Vasco.

Beatriz Sierra es economista y máster en Género y Desarrollo. Trabaja como consultora especializada en esta área.

Diana Sojo es ginecóloga y desarrolla su trabajo en el área de salud reproductiva y planificación familiar desde 1981. Colabora con Médicos del Mundo desde 1993 como técnica en salud reproductiva y planificación familiar, y actualmente coordina el Grupo de Género de esta ONG.

Coto Talens es licenciada en Psicología por la Universidad de Valencia. Tiene en su haber una larga experiencia en temas de desarrollo y violencia, desde la perspectiva de género.

Norma Vázquez es psicóloga, mexicana de origen y residente en Bilbao. Combina la atención terapéutica a mujeres con la asesoría a grupos, así como la docencia sobre violencia de género, derechos sexuales y reproductivos, y la metodología de trabajo con mujeres.

Parte primera **Antes de nada**

Capítulo 1

Si voy a trabajar en un proyecto de salud: ¿por qué necesito pensar en género?

Género tiene que ver con la vida de las personas, de niños y niñas, de hombres y mujeres, con su derecho al desarrollo, con su derecho a tener una vida digna y saludable.

Género es una propuesta que se integra en un modo concreto de entender la salud y el desarrollo: aquél que tiene en el centro a las personas y no a las cosas.

Los proyectos que no integran género pierden en eficacia e impacto. No consiguen llegar a quienes más lo necesitan e incluso, a veces, generan efectos no esperados o no deseados sobre la vida de las personas, hombres o mujeres, y en las relaciones entre ellas.

Género está en contra de la discriminación de las personas sobre la base de su sexo o a cualquier otro motivo: raza, etnia, origen social, orientación sexual, religión, etc.

>21

1. ¿En qué somos diferentes los hombres y las mujeres? Sexo y género

El sexo forma parte de la biología humana: nacemos varones o mujeres. Los hombres fecundan y las mujeres conciben, dan a luz y amamantan al pequeño ser humano. A partir de aquí y sobre esta diferencia biológica y fisiológica hemos construido toda una serie de valores, actitudes, normas y comportamientos que conforman nuestra identidad como hombres y mujeres, nuestra **identidad de género**. Preguntarnos por ello puede resultarnos incómodo, pues implica cuestionarnos sobre cómo nos vemos a nosotros mismos, cómo vemos nuestras relaciones personales y sociales, nuestra cultura y nuestras tradiciones. **El género surge como una propuesta que intenta explicar desde una perspectiva nueva las diferencias entre los hombres y las mujeres, y las relaciones entre ambos.**

Históricamente, se consideró, como algo natural, que las mujeres eran inferiores y los hombres superiores, un hecho biológico inmutable que explicaba y justificaba las discriminaciones y desigualdades que afectaban a las mujeres por el hecho de serlo. Se consideró que las mujeres no tenían capacidades para desarrollar determinadas tareas y profesiones, y se las veía como seres dependientes, incapaces de ser autónomas, de decidir y, por tanto, de ser sujetos de derechos y de participar en los asuntos públicos. Las mujeres, por ejemplo, han estado excluidas históricamente de la salud pública y del desarrollo de las ciencias médicas. También se han asignado características fisioló-

gicas y psicológicas basadas en estereotipos y prejuicios sobre las mujeres y los hombres, y sobre sus papeles en la sociedad y la familia (por ejemplo: “las mujeres soportan más el dolor”, “los hombres son más fuertes físicamente”, “las mujeres son más emotivas, los hombres más racionales”). Frente a ello, **el género surge como una propuesta alternativa que comprende las desigualdades entre hombres y mujeres como una construcción social y cultural y, por lo tanto, susceptible de cambios y de transformación.** Estas desigualdades de género, como veremos a lo largo de este capítulo, y al igual que otras desigualdades sociales, tienen una influencia determinante en la salud de las personas. Por eso es tan importante tenerlas en cuenta.

■ Sexo

Se refiere a la diferencia biológica y fisiológica entre mujeres y hombres. Hay algunas actividades en las que están comprometidos los hombres y las mujeres, que son las mismas en todo el mundo y que no han cambiado a lo largo de la historia porque están basadas en esa diferencia definida biológicamente. Un ejemplo puede ser dar a luz. Sin embargo, si comprendemos la complejidad de la organización que llamamos sociedad, el sexo es un concepto muy limitado. Es importante entender y considerar los roles que derivan de la distinción biológica, pero esta diferencia es completamente insuficiente para explicar los roles que varían de un contexto a otro.

■ Género

Hace referencia a los roles, responsabilidades y oportunidades asignados al hecho de ser hombre y ser mujer; a las relaciones socioculturales entre mujeres y hombres, y niñas y niños. Estos atributos, oportunidades y relaciones están socialmente construidos y se aprenden a través del proceso de socialización. Son específicos de cada cultura y cambian a lo largo del tiempo, entre otras razones, como resultado de la acción política. En todas las sociedades hay diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres respecto a las actividades que realizan, en el acceso y control de los recursos, así como en las oportunidades para tomar decisiones. Todo ello influye de forma determinante en el proceso de salud y enfermedad de hombres y mujeres de forma diferenciada. Por ejemplo, socialmente se crean, mantienen o potencian exposiciones diferenciadas que aumentan o disminuyen los riesgos para la salud (¿por qué los hombres tienen más accidentes de coche?, ¿por qué las mujeres son más propensas a padecer depresiones?).

■ **Aprendemos a ser hombre o mujer**

Las características asignadas al sexo son aprendidas. Cada persona al nacer empieza un recorrido para aprenderlo. Cada criatura que nace se tiene que hacer mujer u hombre, a través del proceso de socialización, es decir, en la familia, en la escuela, en los distintos grupos e instituciones donde nos educamos y formamos. Se nos enseña a comportarnos como un niño o como una niña. Se nos recompensa si lo hacemos y se nos reprueba si nos desviamos de la norma: “los niños no lloran”, “las niñas no se suben a los árboles”.

■ **El género forma parte de nuestra identidad individual y social**

Lo que es ser hombre o ser mujer forma parte de nuestra identidad, de nuestra subjetividad y de la concepción que tenemos del mundo. Las características que se nos asignan por nuestro sexo tienen una gran fuerza porque las aprendemos al principio de la vida, son componentes que se integran en nuestro propio ser, conformando lo que somos y lo que las demás personas esperan que realicemos. La vida cotidiana está estructurada sobre las normas de género. Nuestra identidad de género tiene claras repercusiones sobre cómo experimentamos la salud y la enfermedad, los roles que asumimos respecto de ella, y cómo nos trata el sistema de salud (¿por qué los hombres van menos al médico?, ¿por qué las mujeres se ocupan más de los familiares enfermos?).

>23

■ **El género no está desligado de otros atributos de la identidad: raza, clase social, edad, orientación sexual, etc.**

Poner el acento en la dimensión de género de las personas no significa, en absoluto, dejar de lado otros aspectos fundamentales de la identidad como la raza, la edad, la clase social, la religión o la orientación sexual. Todos estas dimensiones tienen repercusiones sobre la salud de las personas y sobre sus oportunidades de acceso a los servicios de salud. Cuando pensamos en género, debemos hacerlo no aislándolo de estos atributos, porque en la realidad se encuentran entreteljidos e interrelacionados. Dentro del grupo genérico “mujeres” y “hombres” encontramos realidades de vida muy diferentes: mujeres y hombres, campesinos y urbanos, negros y blancos, homosexuales y heterosexuales, pobres y afortunados, jóvenes y mayores, y toda la gama intermedia de posibilidades. El género modifica los otros atributos de la identidad personal y social. Hombres y mujeres pueden compartir situaciones de pobreza, de discriminación racial, social, etc., pero la forma en que experimentan estos problemas y las oportunidades para enfrentarlos, incluida la salud, son diferentes en función de su género.

La feminización de la pobreza.

Las recesiones económicas afectan en general los sistemas de salud de los países y, por supuesto, sus consecuencias son más negativas sobre los grupos de población más pobres. Sin embargo, pueden afectar de forma diferente a hombres y mujeres de la misma clase social. Si bien los hombres tendrán dificultades para desempeñar un trabajo y conseguir ingresos, las mujeres encontrarán mayores dificultades para ello puesto que en gran medida las normas sociales las discriminan en el acceso al empleo, el valor que asignan a su trabajo, el acceso a otros recursos económicos (crédito, tierra, tecnología, etc.) y la necesidad de compatibilizar sus actividades generadoras de ingresos con el cuidado de los hijos y de otras personas dependientes. Por otro lado, en muchos países en desarrollo existe un amplio porcentaje de familias monoparentales, cuya cabeza de familia es una mujer, que ha de hacer frente sola al mantenimiento de sus hijos. Estas dificultades explican el fenómeno que se ha denominado como feminización de la pobreza que, a su vez, incrementa la vulnerabilidad de las mujeres respecto a su salud física y mental.

>24

■ El género es cambiante y específico de cada cultura

■ Cambia de generación en generación

Por ejemplo, en nuestro contexto cultural es muy clara la diferencia de roles de género asumidos por hombres y mujeres a lo largo del siglo xx. El acceso masivo de las mujeres al mercado de trabajo es una característica determinante de las nuevas relaciones de género en nuestras sociedades contemporáneas.

■ Cambia de un contexto regional a otro

Dentro de un mismo país encontramos diferencias entre el mundo urbano y rural, por ejemplo; de una comunidad a otra. Como veíamos en el concepto de género, éste es específico de cada cultura. Por eso conviene que tengamos mucho cuidado con nuestras ideas preconcebidas sobre género y sobre salud, pues estas ideas que forman parte de nuestra cultura, pueden ser muy diferentes en los países o comunidades en donde desarrollemos proyectos de cooperación.

■ Cambia a lo largo del tiempo

Es posible que una persona a lo largo de su vida modifique su visión de género y la forma de actuar, simplemente al vivir, porque cambia la persona, cambia la sociedad y con ella pueden transformarse valores, normas y maneras de juzgar los hechos. ¿No ha sido así en nuestra propia experiencia de vida?

■ Cambia como resultado de las políticas

El género y las relaciones de género se ven afectados por las políticas públicas. Estas pueden contribuir a mantener o pronunciar las desigualdades o a promover un desarrollo económico y social más justo, y equitativo en términos de géneros. Las políticas sanitarias no están al margen de estos efectos. Algunas pueden generar efectos negativos, muchas veces no previstos, sobre las oportunidades de acceso de determinados colectivos (porque no se da prioridad a aspectos específicos de su salud o porque aunque se identifiquen, no se promueven los medios adecuados para que puedan acceder a ellos). Las políticas sanitarias pueden verse afectadas, además, por otras políticas macro que, como el ajuste estructural, han contribuido a agravar las desigualdades entre los géneros.

>25

Un caso extremo: el régimen de los talibán en Afganistán.

Las mujeres gozaban de una relativa libertad para trabajar, para vestir, conducir o aparecer en público hasta 1996. Actualmente la situación de las mujeres en Afganistán está en un punto en el cual el término "violación de los derechos humanos" se ha convertido en un eufemismo. Los maridos tienen en sus manos el derecho a la vida o a la muerte de sus parientes femeninos, especialmente la de sus esposas, pero una muchedumbre enfurecida tiene tanto derecho como ellos a apedrearlas o apalearlas, a menudo hasta la muerte, por exponer un centímetro de su piel u "ofenderles". La rapidez con que se realizó esta transición es la principal razón de los impresionantes niveles de depresión y suicidio. Las mujeres que eran educadoras o doctoras, o las que gozaban sencillamente de las libertades más elementales, están ahora severamente restringidas y son tratadas como seres infrahumanos en nombre del fundamentalismo islámico. No se trata ni de tradición ni de "cultura", sino de alienación, y es una situación extrema incluso para aquellas culturas donde el fundamentalismo es la regla. Cualquier persona tiene derecho a una existencia digna, incluso las mujeres que viven en países musulmanes.

Políticas desfavorables.

Cualquier política puede tener efectos desfavorables que afecten la igualdad, cuando no se tienen en cuenta las realidades de hombres y mujeres. Por ejemplo, políticas de lucha contra la pobreza que excluyan a las mujeres viudas o solas. Las políticas de ajuste han tenido efectos devastadores sobre las condiciones de vida de las poblaciones afectadas. Sin embargo, la retirada de los servicios sociales ha hecho recaer mayores responsabilidades en las mujeres, quienes tradicionalmente se ocupaban de la alimentación, la salud y la educación de los miembros de sus familias.

■ El género hace referencia a los hombres y las mujeres y a las relaciones de género

Género no es igual a mujer. El género se refiere a la forma en que nuestra cultura o nuestra sociedad nos sitúa según seamos hombres o mujeres. El análisis de género no se basa en el estudio de la mujer, sino en el análisis de las normas, derechos, obligaciones y relaciones que sitúan a hombres y mujeres de forma distinta en la sociedad. Cuando pensamos en la realidad de una

>26 persona, hombre o mujer, lo primero que nos representamos es el entorno en el que viven: su pueblo o ciudad, su pareja, sus hijos, su trabajo, sus intereses y la forma en que emplean su tiempo libre. Todos estos aspectos de su vida están organizados a través de un conjunto de relaciones sociales que determinan la forma en que se hacen las cosas, las actividades necesarias para realizarlas, las personas concretas que deben realizar esas actividades, los recursos que pueden manejar estas personas para llevar a cabo dichas actividades y el control que pueden tener sobre las mismas. Dentro de ese conjunto de relaciones sociales existen normas o relaciones específicas asignadas a las personas por el hecho de ser hombres o mujeres, que llamamos relaciones de género. Las relaciones de género son susceptibles de cambio y evolución. Si las circunstancias económicas, sociales o políticas se modifican, ya sea por cambios en las condiciones de mercado regionales o globales, o por cambios en el contexto político, los derechos y responsabilidades que delimitan los ámbitos de actuación de hombres y mujeres se redefinen de acuerdo con esos cambios.

Hay circunstancias como la guerra o la migración que han dejado a las mujeres con la responsabilidad total de sus hogares. Las costumbres se han tenido, entonces, que modificar para permitirles contar con los medios para mantener a sus familias. Han tenido que realizar tareas productivas que antes realizaban los hombres y responsabilizarse de los resultados. Las normas han tenido que modificarse y han permitido a las mujeres tomar un papel preponderante en la vida pública.

■ Las relaciones de género son relaciones de poder

Las relaciones de género son relaciones de poder que sitúan al conjunto de las mujeres en una posición de desigualdad respecto a los varones, es decir, de subordinación. Estas relaciones se expresan tanto individual como colectivamente, tanto en el ámbito privado del hogar como en el de las instituciones políticas. Así, por ejemplo, las mujeres en el ámbito del hogar pueden no tener acceso y control independiente sobre recursos económicos o ser objeto de violencia doméstica. Pueden no tener acceso y control sobre medios anticonceptivos o sobre su propio cuerpo. En las instituciones políticas, incluidas las de salud, sus intereses y visiones suelen estar poco representados, o bien pueden tener problemas para hacer oír su voz. Los hombres, sin embargo, en principio, por el hecho de nacer varones, están legitimados para generar y controlar sus propios recursos, tener una vida independiente y no ocuparse de las tareas del hogar, tienen el derecho y el poder de representarse, de actuar y hablar en nombre propio.

Por ello, la posición de las mujeres en las relaciones de género se define como subordinada. Ello no significa que todas las mujeres concretas estén sometidas a cada hombre concreto, sino que la organización social de las relaciones de género sitúa al conjunto de las mujeres en una posición de inferioridad respecto del conjunto de los varones ¹. Los varones también pueden experimentar la opresión de género. Son objeto de dominio y viven en su persona o en sus colectivos la opresión de género por no ser hombres como establecen los cánones sociales (homosexuales, hombres sin pareja, hombres que no son padres, que padecen el SIDA, que son monógamos en un orden conyugal polígamo, etc.).

>27

■ Género y empoderamiento

Precisamente porque las relaciones de género son relaciones de poder, se ha identificado en el centro de los obstáculos para avanzar hacia relaciones de género más equitativas, la falta de poder de las mujeres. De ahí la propuesta del “empoderamiento”. Más allá de las condiciones concretas de vida de los colectivos discriminados, esta propuesta pone el acento en la propia capacidad para generar cambios, en el fortalecimiento de su posición económica, política y social, de modo que puedan influir en la realidad que les toca vivir. De nada sirve un incremento de servicios de salud si siguen existiendo obstáculos de otro orden, como los culturales, que impiden que las mujeres o los hombres accedan a ellos. Por ejemplo, el acoso sexual en el trabajo crea un entorno hostil e intimidatorio que tiene graves consecuencias sobre la salud de las trabajadoras. ¿Por qué tantas mujeres lo toleran? La precariedad laboral, que-

¹ Lagarde (1996).

afecta en mayor medida a las trabajadoras, sitúa a éstas en una posición de falta de poder que explica tal sometimiento. En muchas culturas, incluida la nuestra, en ocasiones el cuerpo y la sexualidad de las mujeres no les pertenecen.

Es decir, las decisiones sobre éstos son tomadas por otras personas. La falta de poder para decidir sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales, para utilizar métodos anticonceptivos, para vestirse más cómodamente o, incluso, para ir al médico o ginecólogo suele tener consecuencias graves sobre su salud sexual y reproductiva, que escapan al propio sistema o servicios de salud considerados aisladamente. La importancia del empoderamiento, sobre todo con relación a la salud sexual y reproductiva, se puso claramente de manifiesto después de la Conferencia de El Cairo de 1994 sobre Población y Desarrollo (CIPD) ². No será posible mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres si no se tienen en cuenta, en primer lugar, las limitaciones que vienen dadas por su posición de desventaja en las relaciones de poder y si no se promueven cambios en este sentido. El empoderamiento implica promover cambios en la posición de las mujeres dentro de la sociedad, de forma que tomen conciencia sobre cómo las relaciones de poder operan en sus vidas, y ganen la confianza y fuerza necesaria para cambiar las desigualdades que les afectan, es decir, que sean capaces de optar y decidir sobre sus propias vidas. Para que las mujeres ganen en autonomía e influencia es muy importante que puedan participar en todos los procesos que les afectan, incluidos los procesos de salud y enfermedad, y la forma en que se enfocan y atienden.

2. Salud, sexo y género: cómo influyen las diferencias de sexo y género en la salud

“La salud es un hábito psicosomático al servicio de la vida y de la libertad de la persona; consiste, por tanto, en la capacidad física para realizar con la mínima molestia, y si fuese posible con gozo, los proyectos vitales del sujeto en cuestión”.

Lain Entralgo, *Antropología médica para clínicos*, 1984

■ El género considera la salud como algo mucho más amplio que la ausencia de enfermedad

La OMS define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente como la ausencia de enfermedades o dolencias.

² Véase en el capítulo II, el apartado relativo a la Conferencia de El Cairo.

cias. Esta definición refuerza lo positivo en el estado de salud, así como la decisiva influencia de los factores sociales y ambientales en la misma. Sin embargo, el modelo sanitario tradicional, en el que estamos formados la mayoría de los profesionales del sector salud, está orientado a las enfermedades y, dentro de éstas, a las más graves y que más inciden en la mortalidad. Como consecuencia de este enfoque y de las dificultades operativas que representa la medición del bienestar, los indicadores utilizados para medir el estado de salud han limitado el conocimiento de muchos problemas de salud no fatales, que afectan a hombres y mujeres. Los indicadores de mortalidad sólo recogen los episodios extremadamente graves que han llevado a la muerte a quienes han sufrido ese trastorno, pero estas cifras no son indicativas de las personas afectadas por el mismo, ni de las secuelas que dejan en las personas que sobreviven. Como veremos a continuación, la perspectiva centrada en la enfermedad obvia aspectos clave de la salud de hombres y mujeres, y contribuye a mantener mitos y falsas creencias como por ejemplo que las mujeres gozan de mejor salud que los hombres.

■ ¿Cómo influyen las diferencias de sexo y género en la salud y enfermedad de mujeres y hombres?

>29

Resulta evidente que hombres y mujeres tienen una biología y fisiología diferenciadas, y que éstas influyen sobre los patrones de salud y enfermedad de hombres y mujeres. Ahora bien, éstas no son las únicas diferencias que explican la existencia de patrones distintos, a pesar de que es así como lo han venido entendiendo tradicionalmente las ciencias médicas. Como hemos visto al tratar el concepto de género, existen diferencias que se construyen en el ámbito social y cultural, y que son clave para entender de forma completa cuál es el origen de esos patrones de salud y enfermedad diferenciados. Hay diferencias biológicas y fisiológicas de cada sexo que condicionan la existencia de algunas enfermedades o trastornos que sólo pueden sufrir los hombres o las mujeres. Por ejemplo: el cáncer de cuello uterino y el cáncer de próstata (enfermedades del aparato reproductivo femenino y masculino). Sin embargo, la mayoría de los trastornos, disfunciones y enfermedades pueden afectar a hombres y mujeres. Dentro de éstos, algunos presentarán distinta prevalencia en los distintos sexos (afectarán con más frecuencia a uno de ellos) o tendrán características y evoluciones diferentes según cursen en hombres o mujeres. Es importante resaltar también que es muy reciente el interés e investigación de las diferencias biológicas definidas por el sexo, y de cómo influyen en la salud, enfermedad, sintomatología y respuesta a tratamiento de hombres y mujeres. Por ejemplo, en el infarto de miocardio, el alto porcentaje de infartos asintomáticos en las mujeres. Debemos comprender que las diferencias sexuales y de género no pueden considerarse aisladamente. Hoy sabemos con

certeza que la diferencia de los perfiles de salud y enfermedad de hombres y mujeres están relacionados (salvo para los trastornos o enfermedades exclusivas de cada sexo) con la interacción entre los determinantes biológicos y las construcciones sociales diferenciadas de cada género (femenino y masculino).

■ Veamos cómo influyen las diferencias biológicas y fisiológicas

■ Esperanza de vida

Existen evidencias de una ventaja biológica del sexo femenino, que explicaría la mayor expectativa de vida de las mujeres en las mismas circunstancias socioeconómicas en casi todos los países. Esta mayor longevidad es diferente dependiendo de las distintas culturas y entornos y no parece que haya existido siempre. En determinadas situaciones de pobreza extrema, incluso se invierte. Se tiene constancia de ello en los EE UU desde finales del siglo XIX y tiene relación con la expectativa de vida de toda la población. A mayor expectativa de vida, mayor diferencia (mayor ventaja de la mujer en términos de años de vida). Por lo tanto, parece que esta diferencia está relacionada con el desarrollo y con los cambios sociales que han disminuido los riesgos reproductivos de la mujer, fundamentalmente vinculados con la mortalidad materna.

■ Mortalidad

En prácticamente todas las sociedades existe una mortalidad para todas las edades mayor en los hombres que en las mujeres. Esto es especialmente llamativo en el período perinatal, durante el cual la mortalidad de los niños es superior al de las niñas. El mecanismo que lo explique no se conoce totalmente, pero parece claro que está vinculado a diferencias cromosómicas y a que la maduración pulmonar es más lenta en los niños. Sin embargo, en algunas sociedades la influencia de un trato diferenciado sobre bebés de distintos sexos puede revertir este fenómeno. Por ejemplo, en China, la política de control de la natalidad que sólo permite tener un hijo ha provocado un incremento alarmante del número de abortos de fetos femeninos y muertes de niñas, hasta el punto de que en algunas regiones el porcentaje de población femenina ha disminuido hasta un 80% respecto de la masculina.

■ Morbilidad

Si bien, en general, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida y una mortalidad menor que los varones, éstas experimentan una mayor morbilidad en casi todas las etapas de la vida, con una mayor incidencia de trastor-

nos agudos y crónicos (no fatales) y mayores tasas de incapacidad a corto y largo plazo. La desventaja de las mujeres con relación a su estado general de salud persiste aun excluyendo los problemas reproductivos. ¿Cómo explicamos esto? Parece que la clave puede encontrarse en las diferencias de género.

■ Veamos cómo pueden influir las diferencias de género

La mayor morbilidad de las mujeres no está relacionada con las diferencias biológicas y fisiológicas sino más bien con el acceso a cuidados, utilización y financiación de servicios, y es consecuencia de las diferencias en la consideración de los roles sociales de hombres y mujeres y de su diferente valoración. En todas las sociedades, hombres y mujeres tienen un desigual acceso y control a todo tipo de recursos tanto personales, sociales como sanitarios. Los estereotipos de género también condicionan las tareas asignadas en función del sexo que, a su vez, van a generar riesgos o protección diferenciados con relación a la salud para hombres y mujeres. Por lo tanto, los aspectos de género pueden explicar diferencias en los perfiles de salud y enfermedad entre hombres y mujeres a todos los niveles.

■ En el ámbito individual

>31

- a) Exponiendo o protegiendo de forma diferente a mujeres y hombres en las distintas etapas de la vida. Ejemplos de esto en la juventud son:
 - > La sorprendente prevalencia de desórdenes alimentarios en mujeres jóvenes en culturas en que la belleza física (asociada a la delgadez extrema) constituye un valor central en la identificación femenina.
 - > Los accidentes de tráfico y muertes violentas de hombres jóvenes en culturas en las que los modelos de masculinidad se relacionan con la capacidad de asumir riesgos, con el uso de armas, la práctica de deportes violentos, etc.
- b) Condicionando las capacidades y recursos personales y económicos de forma diferenciada. Ejemplos de esto son:
 - > La virginidad, pasividad, fidelidad son atributos socialmente valorados y considerados normales o inherentes a la sexualidad femenina. Estos valores dificultan un diálogo abierto sobre sexualidad, y la provisión y acceso a la educación afectivo sexual, lo que tiene una clara relación con el riesgo de exponerse a relaciones sexuales no planificadas, o no consensuadas, al restar capacidad de decidir y negociar la utilización de métodos anticonceptivos.
 - > La construcción de la sexualidad masculina se basa en valores opuestos y estimula el inicio precoz de las relaciones sexuales, las múltiples parejas sexuales, y la falta de compromiso de los hombres

con un posible proceso reproductivo y con sus consecuencias, como por ejemplo los embarazos no planificados.

El análisis de género en estos ejemplos nos permite ver las distintas limitaciones que experimentan hombres y mujeres para desarrollar una sexualidad placentera, libre y responsable. Sin embargo, debemos recordar que el análisis de género no excluye las diferencias biológicas, que referidas a los ejemplos anteriores van a plantear riesgos para la salud como consecuencia del sexo no protegido, mucho más importantes para las mujeres que para los hombres, como veremos en el capítulo III.

■ En el ámbito social

La asignación por sexo de tareas, responsabilidades o roles diferenciados, asignan a las mujeres el trabajo reproductivo (cuidado y manutención del hogar y de sus miembros, incluyendo el embarazo y cuidado de los niños, adultos y ancianos, la preparación de alimentos, la recolección de agua y fuentes de energía, las compras, la administración de la casa y el cuidado de la salud), lo que tiene relación con el lugar que la mayoría de éstas ocupan en la sociedad y a su vez con muchos de sus problemas de salud. La desvalorización de las tareas reproductivas, mayoritariamente desempeñadas por mujeres (remuneradas o no) contribuye a la falta de autoestima de algunas mujeres. Aquellas que acceden al ámbito del trabajo productivo (la producción de bienes y servicios destinados a la venta y al consumo), generalmente lo hacen en peores condiciones, con menores salarios y menores posibilidades de promoción. La doble jornada (productiva y reproductiva) desempeñada por muchas mujeres también tiene consecuencias para la salud. Ejemplos de esto son:

- > La mayor prevalencia de depresión en mujeres tiene menos que ver con los factores hormonales que con su dedicación a las tareas reproductivas, la sobrecarga que conlleva el desarrollar además tareas productivas, y la escasa valoración familiar y social del trabajo femenino en general.
- > La mayor prevalencia de accidentes laborales en hombres está en relación con su mayor exposición al trabajo productivo en actividades que entrañan riesgos físicos.

Por su parte los hombres se excluyen del trabajo reproductivo y se concentran casi exclusivamente en el ámbito público o del trabajo productivo, lo que empobrece sus relaciones afectivas con el resto de los miembros del hogar, y puede generar problemas para su equilibrio físico y psicológico.

■ En el ámbito institucional

Puesto que forman parte de un sistema social y cultural determinado, las

instituciones sanitarias y sus profesionales también reproducen y refuerzan los modelos sexistas (el sexismo es el hecho de formular hipótesis injustificadas sobre las capacidades, los objetivos y los roles sociales de una persona sobre la única base de sus diferencias sexuales) de forma involuntaria o inconsciente. Ello se refleja en, por ejemplo:

- > La escasa presencia de mujeres en puestos de toma de decisiones en las organizaciones sanitarias, así como las diferencias en las carreras profesionales, salarios y beneficios de hombres y mujeres.
- > El retraso de los profesionales de la salud en reconocer la violencia contra las mujeres como un problema de salud pública, a pesar de su alta prevalencia en la mayoría de los países del mundo.
- > La baja prioridad asignada a la investigación sobre patologías y tratamientos de trastornos que afectan primariamente o exclusivamente a las mujeres.
- > Los escasos recursos destinados a reducir la mortalidad materna en los países en vías de desarrollo.
- > La exclusión de los hombres de los servicios de salud reproductiva.
- > La conducta discriminatoria de la investigación médica y farmacológica que ha excluido a las mujeres de estudios clínicos en patologías que afectan a ambos sexos. Como consecuencia, las conclusiones derivadas de estos estudios se basan en información que puede no ser válida o bien cuya aplicación puede constituir un riesgo para la salud de las mujeres.

>33

Está claro que existe un desequilibrio de género dentro de la mayoría de las organizaciones sanitarias, tanto públicas como privadas. Los hombres ocupan los puestos de mayor reconocimiento en el ámbito médico y de gestión, a pesar de que la mayoría del trabajo lo realizan las mujeres. Además, las mujeres no se suelen beneficiar por igual de la formación, ya que sus responsabilidades reproductivas les dificultan prolongar la jornada. Las desigualdades entre el personal sanitario (hombres y mujeres) contribuyen a mantener las iniquidades en la provisión de servicios.

■ ¿Qué otros aspectos sociales influyen en la iniquidad en salud potenciando la de género?

La raza y la clase social (medidas como nivel de ingresos, condiciones de vida, educación u ocupación) son junto con el género los mayores condicionantes sociales en salud. Existen múltiples investigaciones que muestran cómo los sistemas de salud resultan discriminatorios para distintos colectivos en función de atributos sociales

como la raza, el género y la clase social. Estas divisiones sociales constituyen todas una expresión de relaciones sociales no biológicas que expresan relaciones de poder y diferentes oportunidades para las personas en prácticamente todas las sociedades.

■ Resumiendo

Los aspectos de género en la salud influyen de forma diferenciada y desigual en hombres y mujeres condicionando diferentes:

- > Necesidades.
- > Riesgos.
- > Percepción de la salud.
- > Evolución de la enfermedad.
- > Tipo y volumen de la demanda al sistema de salud.
- > Grado de acceso a recursos básicos de salud.
- > Control de recursos de salud en el ámbito familiar, comunitario e institucional.

>34 Resulta imprescindible que estas diferencias se tengan en cuenta para planificar los servicios de salud, si queremos que sean eficaces para abordar los problemas de salud y enfermedad de los diversos grupos de población. Si no apreciamos las implicaciones de los roles y relaciones de género, los trabajadores de salud vamos a fracasar en el tratamiento de ciertos grupos e individuos, y la planificación de la salud será inadecuada para servir a toda la población. Las diferencias y desigualdades en el campo de la salud se manifiestan, no sólo por la forma en que la salud y la enfermedad se distribuye entre la población, sino también en la forma en que se promueve la salud, se previene y controla la enfermedad, se cuida a los pacientes; se manifiesta, además, en los modelos adoptados para estructurar los sistemas de salud y seguridad social. En realidad, aunque se trate de diferencias biológicas específicas de uno u otro sexo y parezca que no tienen connotaciones de género, hay que preguntarse cómo y cuándo son tratadas por el sistema de salud, y cómo son tratadas por la sociedad las personas que presentan los síntomas de enfermedad.

3. La perspectiva de género en el desarrollo y la cooperación en salud: evolución e implicaciones.

■ **¿Cómo se llegó a esta propuesta? De “mujeres en el desarrollo” (MED) a “género en el desarrollo” (GED)**

En la evolución de las políticas de cooperación para el desarrollo encon-

tramos cambios importantes en la percepción de los problemas de las mujeres. La propuesta MED surgió en los años setenta, con la clara intención de prestar más atención a las mujeres como beneficiarias de los programas de cooperación. Esta propuesta pretendía una reconsideración del papel de las mujeres en la cooperación internacional: no como meros receptores pasivos de programas de bienestar y sí como contribuyentes activos al desarrollo económico. La propuesta MED defiende la idea de que las mujeres tienen un papel productivo (remunerado o no) en la sociedad mucho mayor del que las acciones de cooperación al desarrollo estaban contemplando. Por ello, es importante no sólo visualizar estas actividades productivas de las mujeres, sino asignar a estas actividades mayores recursos de la cooperación. De esta manera, los resultados redundarían en una mejora de las condiciones económicas y productivas de los países en desarrollo en general y, por tanto, de sus habitantes. Los proyectos de la propuesta MED (aún vigente en ciertas organizaciones) se suelen dirigir exclusivamente a las mujeres como beneficiarias, a través de acciones que pretenden mejorar sus actividades generadoras de ingresos. A finales de los setenta, se comenzó a cuestionar la eficacia de un enfoque que se centra en las mujeres de forma aislada. Las experiencias de los proyectos mostraban que estas acciones no conseguían modificar ciertas barreras (no necesariamente económicas) que las mujeres experimentan en la sociedad y que obstaculizaban el aumento de un mayor control sobre sus vidas. En este contexto fue gradualmente surgiendo el nuevo enfoque GED, que actualmente goza de amplia legitimidad internacional.

>35

Es difícil que las mujeres puedan ejercer sus actividades económicas de manera eficiente si en su cultura existen normas que impiden que sean vistas en público en determinados lugares, o a determinadas horas. También es difícil para las mujeres realizar sus actividades generadoras de ingresos si no pueden compartir las tareas domésticas.

■ ¿Qué es la perspectiva GED?

La perspectiva GED pretende incorporar el contexto global en el que se desarrollan las vidas de hombres y mujeres. La problemática central de este enfoque no es la integración de las mujeres en el desarrollo por sí misma, sino las estructuras sociales, los procesos y las relaciones que dan lugar a una posición de desventaja de las mujeres en una sociedad determinada. El problema de las desigualdades entre hombres y mujeres en este enfoque va más allá de la reasignación de recursos económicos: requiere de una redistribución del poder en las relaciones sociales y, concretamente, en las relaciones de género. Esta redistribución puede llegar a generar procesos de conflicto y oposición. La perspectiva GED no ignora estos procesos, más bien pretende hacerlos visibles e incorporarlos al diálogo de manera que puedan ser constructivos para todas las partes involucradas.

Se trata, en última instancia, de influir en la producción de cambios sociales hacia la consecución de una mayor equidad entre los géneros; y este objetivo se justifica no sólo por razones éticas, sino también como estrategia para mejorar la eficacia de las acciones de desarrollo, y para alcanzar otros objetivos de desarrollo como la erradicación de la pobreza y el desarrollo sostenible. Esta perspectiva, (si bien fue aceptada con dificultad en sus inicios por su componente político, ideológico y transformador) ha ido incrementando su aceptación entre las organizaciones internacionales de cooperación. De la reflexión de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres ha surgido en este enfoque la idea de la necesidad de que en este proceso hacia una mayor equidad es necesario que las mujeres vayan adquiriendo un mayor poder de negociación, un mayor control sobre sus vidas. De aquí surge la idea del empoderamiento de las mujeres, al que nos referíamos en el epígrafe anterior, como una estrategia fundamental de la perspectiva de GED. Este empoderamiento, que no puede ser dado sino que debe ser autogenerado, requiere que la planificación de acciones de desarrollo desde esta perspectiva se realice “desde abajo”, a través de metodologías participativas y con organizaciones locales de mujeres.

■ ¿Qué implica la perspectiva de género en salud?

>36

Esta evolución ha tenido una clara expresión en la concepción de los proyectos de salud. El enfoque con el que se han aplicado la mayoría de los programas de salud dirigidos a mujeres (mujer, salud y desarrollo), ha generado claros beneficios en términos de acceso y control sobre medios para regular su fertilidad, prevenir determinados problemas de salud y ganar en conocimiento, lo que ha permitido controlar y disminuir muchos riesgos para su salud. Sin embargo, del análisis de resultados, se desprende que los avances científicos y tecnológicos en el campo de la salud no han ayudado a superar la subordinación, ni le han dado posibilidad de desarrollar sus capacidades y ejercer el control de sus vidas y cuerpos. Esto ha llevado del modelo mujer-salud al de género-salud que persigue actuaciones transformadoras con relación al lugar que ocupan las mujeres en la sociedad, tal como se refleja en el cuadro siguiente.

La perspectiva de género no es sólo una herramienta utilizada en el estudio de los procesos de salud-enfermedad de hombres y mujeres que viene a sumarse a otros factores de influencia ya consolidados como clase social, nivel de ingresos, área de residencia, etnia, etc. El enfoque de género persigue reducir las desigualdades en el acceso y utilización de los recursos sanitarios, y también fortalecer la autoestima de las mujeres para permitirles tomar decisiones sobre su vida, cuerpo y sexualidad. De acuerdo con el enfoque del empoderamiento, los proyectos de desarrollo y salud que deseen satisfacer necesidades básicas, deben incluir objetivos y acciones que fortalezcan la posición de las mujeres en el ámbito político y en las organizaciones, de forma que

	MED en salud	GED en salud
Perspectiva	<ul style="list-style-type: none"> - Considera los riesgos de salud de las mujeres como el problema. Se centra en la enfermedad. - Enfoca los roles de las mujeres como educadoras y como responsables de los cuidados de salud de los hijos, los miembros de la familia y la comunidad como un todo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Considera la salud como una forma de satisfacer necesidades básicas. - Ve las relaciones de subordinación y la división sexual del trabajo como factores causantes de la desigualdad entre los sexos en el ejercicio de los derechos de salud.
Enfoque	<ul style="list-style-type: none"> - Los programas y los servicios de salud consideran a las mujeres como un grupo aislado. - Se pone especial énfasis en la salud materna y en las funciones reproductivas de las mujeres, tanto biológicas como sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - El análisis de las desigualdades en el acceso y control de los recursos y beneficios de los servicios de salud - Busca fortalecer la capacidad de las mujeres para demandar servicios y ampliar sus alternativas de promoción de su salud.
Problema	<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiente cobertura y calidad de los servicios de salud para mujeres. - Insuficiente conocimiento de la salud por las mujeres que las capacite para ejercer sus roles como cuidadoras de los niños, la familia y la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Programas de salud y servicios que perpetúan la subordinación en las relaciones de género y los estereotipos sexistas, y que no reconocen las diferencias construidas socialmente y la posición desventajosa de las mujeres para controlar su salud.
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar la salud de las mujeres como una inversión en capital humano. - Asegurar la salud de su prole. - Facilitar su integración en el mercado de trabajo. - Incrementar su eficiencia y productividad en sus roles reproductivos y productivos, tanto biológicos como sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reducir las desigualdades en el acceso y control de los recursos y beneficios de los servicios de salud. - Desarrollar opciones y autonomía para las mujeres en orden a capacitarlas para tomar decisiones en relación con sus vidas, sus cuerpos, y su sexualidad.
Solución	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar a las mujeres en los programas de salud ya existentes. - Mejorar su nivel de conocimiento y promover sus hábitos de salud como cuidadoras y educadoras. 	<ul style="list-style-type: none"> - El avance de las mujeres como personas con derechos de salud. - Adquisición de conocimientos e información sobre su salud. - Valoración social y económica de su función reproductiva.
Estrategias	<ul style="list-style-type: none"> - Extender la cobertura y mejorar la calidad de los servicios de salud para las mujeres. - Proveer educación en salud y fomentar la participación de las mujeres en la comunidad para mejorar la salud de los niños y la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Empoderar a las mujeres para promover, proteger y cuidar su salud. - Encontrar mecanismos de diálogo y negociación entre las instituciones de salud y los grupos de mujeres. - Establecer programas de salud y servicios con un enfoque de género.

puedan tomar parte en las decisiones que afectan a su vida, haciéndolo desde una posición de equidad con los hombres. Al mismo tiempo, para construir relaciones equitativas en el sector salud, es imprescindible referirse a las relaciones de género e incluir a los hombres. Las mujeres cada vez más están demandando una respuesta organizada y sistemática de los programas de salud para que se consideren no sólo las diferencias entre hombres y mujeres, sino también las diferencias de género, las formas en que los sexos se relacionan y la manera en que lo hacen con el sistema de salud.

■ ¿Por qué es importante en tu trabajo la perspectiva de género?

En el epígrafe anterior reflexionábamos sobre la importancia de considerar la dimensión de género en el trabajo de salud. En el mismo sentido, pero desde una perspectiva más amplia, se ha constatado que en la cooperación para el desarrollo la perspectiva de género garantiza que tanto mujeres como hombres tengan las mismas oportunidades de participar en el desarrollo, de influir y beneficiarse de él. La perspectiva de género te permite comprender mejor la realidad de mujeres y hombres, de las niñas y los niños cuyas vidas van a ser impactadas por los proyectos de cooperación. Si estás participando en actividades que pueden cambiar el contexto y contenido de la vida de las personas, es tu responsabilidad asegurarte que esas actividades están basadas en las circunstancias reales de la vida, limitaciones y necesidades de las mujeres y hombres cuyas vidas pueden verse afectadas.

La perspectiva de género examina los impactos del desarrollo tanto en mujeres como en hombres, y se utiliza como una estrategia para orientar las políticas y acciones hacia la igualdad. En el ámbito de la salud, es especialmente importante comprender las causas que explican las diferencias y desigualdades entre hombres y mujeres, pues ello va a determinar efectivamente el éxito o fracaso de los programas de salud. Además de los aspectos éticos y los valores de no-discriminación que deben inspirar el trabajo de los profesionales de la salud y la cooperación, existen múltiples argumentos prácticos que explican la importancia de integrar la perspectiva de género en nuestro trabajo de cooperación para asegurarnos de su eficacia³.

■ ¿Qué significa equidad e igualdad entre mujeres y hombres?

La equidad entre mujeres y hombres implica el hecho de ser justo con ambos. Para asegurar esta equidad, muchas veces hay que adoptar medidas

³ Véase Family Health International (s.f).

que compensen las desventajas históricas y sociales que han impedido a las mujeres y a los hombres disfrutar de la igualdad de oportunidades. La equidad conduce a la igualdad. La igualdad entre hombres y mujeres significa que éstos tengan el mismo estatuto y opten a las mismas condiciones para realizar plenamente sus derechos humanos, así como las mismas condiciones para contribuir al desarrollo nacional, político, económico, social y cultural y beneficiarse de los resultados. La igualdad es, por tanto, la igual valoración por la sociedad de las similitudes y de las diferencias entre las mujeres y los hombres, y de los roles diferentes asumidos por éstos.

■ La igualdad entre hombres y mujeres se refiere a la igualdad de derechos, responsabilidades y oportunidades de los hombres y las mujeres, de los niños y las niñas.

■ La igualdad no es un tema de mujeres, sino que debe comprometer tanto a hombres como a mujeres. La igualdad no significa que hombres y mujeres tengan que convertirse en lo mismo sino que sus derechos, sus responsabilidades y oportunidades no dependan de si han nacido varones o mujeres.

■ La igualdad de género incluye aspectos cuantitativos y cualitativos. Los cuantitativos se refieren a la igual distribución de mujeres y hombres en todas las áreas de la sociedad. Los cualitativos se refieren a la necesidad de otorgar igual peso al conocimiento, experiencia y valores de hombres y mujeres como un medio de enriquecer y dirigir todas las áreas del desarrollo social.

>39

En el ámbito de la salud la igualdad implica: igual valoración de la salud de hombres y mujeres, corresponsabilidad en derechos sexuales y reproductivos, igualdad en la definición de la salud, el acceso y control de los servicios de salud, igualdad en la atención a la salud de las mujeres independientemente de su ciclo reproductivo, entre otros.

■ **¿Por qué las estrategias de género se centran en las mujeres?**

Las organizaciones de desarrollo han adoptado políticas y estrategias de género y ejecutan proyectos para mujeres precisamente porque la igualdad de género no existe. Mientras que las mujeres, en mayor medida que los hombres, sean las que están generalmente excluidas o en desventaja en relación con los recursos o toma de decisiones sociales y económicas, los esfuerzos para identificar y corregir los desequilibrios tendrán que centrarse en las situaciones de las mujeres. Sin embargo, cada vez se reconoce más que las estrategias deben enfocarse tanto en los hombres como en las mujeres, y en las relaciones entre ambos, a fin de conseguir un cambio real y sostenible.

■ ¿Es que los hombres no tienen género?

El género a menudo es ignorado como un aspecto de la identidad social de los hombres. Ello se debe a la tendencia a considerar los atributos y características masculinos como la norma, siendo los de las mujeres variaciones de la norma. Pero las vidas y actividades tanto de los hombres como de las mujeres están fuertemente influidas por el género. Las normas y prácticas culturales sobre “masculinidad” y las expectativas sobre los hombres como líderes, maridos, hijos y amantes (en otras palabras, su género) son importantes para modificar las demandas sobre los hombres y su conducta.

Existe un nivel muy escaso de recursos dedicado a la investigación en nuevas tecnologías anticonceptivas masculinas. El peso de la anticoncepción, sus efectos indeseables y colaterales recaen en las mujeres en la gran mayoría de los países. (En Latinoamérica, las mujeres son las responsables del 80% de las parejas que usan anticonceptivos.)

■ ¿Qué tienen los hombres que ganar con las propuestas de género?

Los hombres también soportan costes específicos como resultado de las relaciones de género predominantes y la división del trabajo entre mujeres y hombres. Aunque las formas modernas de guerra tienen tremendos costes para las mujeres, niños y ancianos, es, en primer lugar, de los hombres de quienes se espera que lleven las armas y defiendan su nación o comunidad. Los hombres enfrentan exigencias de concentrarse en el empleo remunerado, lo que puede limitar su habilidad para mantener relaciones estrechas con sus hijos. Los hombres se encuentran desvalorizados a sus propios ojos cuando fracasan en responder a las expectativas como protectores o proveedores, incluso cuando las circunstancias sociales y económicas hacen imposible realizarlas. El exceso de mortalidad masculina causado por accidentes y violencia está asociado con estereotipos y actitudes como la agresividad, la falta de miedo, el arrojo y el excesivo consumo de alcohol. Promover nuevas y revisadas imágenes y expectativas sobre los hombres es un importante aspecto para crear una sociedad más equitativa que otorgue dignidad humana tanto a mujeres como a hombres.

Los deberes de un padre (actuales y esperados) varían mucho en el mundo. La contribución de los padres al cuidado directo de sus hijos, particularmente cuando los niños son muy pequeños, es crítica. Sin embargo, un informe de investigación realizado en 186 sociedades encontró que los padres tienen “relaciones regulares y fuertes” con sus hijos durante la infancia en sólo un 2% de esas sociedades.

■ ¿Cuál es el papel de los hombres en la equidad de género?

Aunque son las mujeres las que han realizado los principales esfuerzos para revertir las desigualdades de género, conseguir la igualdad de género implica cambios tanto por parte de los hombres como de las mujeres. Las relaciones igualitarias necesitan basarse en una redefinición de los derechos y responsabilidades de mujeres y hombres en todas las esferas, incluidas la familia, el lugar de trabajo y la sociedad en un sentido amplio. Uno de los desafíos para avanzar es el de motivar a más hombres a participar como socios en el proceso de definición de las visiones y estrategias para lograr una sociedad más igualitaria para los géneros. La salud de los hombres y su calidad de vida también mejorarían si se superaran determinados prejuicios y estereotipos de la masculinidad que contribuyen a agravar los riesgos asociados a su integridad física o a la forma de desarrollar su sexualidad.

4. Dinámicas

■ Dinámica 1: El concepto de género

■ **Objetivo:** Ayudar a los participantes a comprender la definición de género de una forma sencilla y gráfica. >41

■ Metodología:

- a) Forma cuatro grupos de tres a seis personas cada uno.
- b) Reparte a cada grupo una cartulina. Entrega al grupo 1 la cartulina con la palabra “hombre” escrita en la parte superior. Para el grupo 2 escribe: “masculino”. Para el grupo 3: “mujer”. Para el grupo 4: “femenino”.
- c) Pídeles que escriban palabras que les vienen a la mente asociadas con la palabra que aparece en su cartulina. Por ejemplo, los que tienen la cartulina con la palabra “hombre”, podrían escribir las palabras “fuerte”, “osado”, “viril”, “padre”, etc. (15 minutos).
- d) Pídeles que encierren en un círculo todas aquellas palabras que no estén directa y estrictamente relacionadas con la parte biológica de un hombre o una mujer. (10 minutos).
- e) Discute entre todos la cantidad de palabras asociadas a estos conceptos que no están directamente relacionadas con la parte biológica de las personas. Plantea la cuestión sobre cuál puede ser entonces su origen: ¿la cultura, quizá?, ¿la sociedad? A este conjunto de palabras encerradas en un círculo se refiere la idea de género. A partir de esta discusión, elabora la definición de género.

■ Dinámica 2: Intercambio de experiencias de género

■ **Objetivos:** explorar las relaciones de género en la vida y el lugar de trabajo de los participantes, y darles la oportunidad de hablar sobre ellos mismos.

■ Metodología:

- a) Forma cuatro grupos con integrantes del mismo sexo, de tres a seis personas cada uno.
- b) Pide a cada grupo que escriban en un papel. (20 minutos).
 - Dos cosas que les gusta hacer, típicas de su género.
 - Dos cosas que detestan hacer, típicas de su género.
 - Dos cosas que les gusta hacer, no tradicionales para su género.
 - Dos cosas que realmente desearían poder hacer que son no tradicionales.
- c) Forma dos grupos mixtos combinando los grupos anteriores. Pídeles compartir las experiencias y comentarios de la primera discusión. (20 minutos).

Bibliografía

- >42 Family Health International (s.f.): *Through a Gender Lens: The Importance of Integrating Gender Issues into PHN Projects and Programs*.
- Lagarde, Marcela (1996): *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Cuadernos inacabados nº 25, horas y Horas, Madrid.
- León, M. (comp.) (1997): *Poder y empoderamiento de las mujeres*, T.M. y Facultad de Ciencias Humanas, Santafé de Bogotá.
- López, I. y Sierra, B. (2001): *Integrando el análisis de género en el desarrollo. Manual para técnicos de cooperación*, IUDC/UCM-AECL, Madrid.
- Ministry of Foreign Affairs of Finland (1999a): *Navigating Gender: A Framework and a Tool for Participatory Development*, Department for International Development Cooperation, Helsinki.
- Moore, H. (1999): *Antropología y feminismo*, Cátedra, Colección Feminismos, Madrid.
- OPS (1993): *Género, mujer y salud en las Américas*, Publicación nº 541, OPS, Washington.
- PAHO (1997): *Workshop on Gender, Health and Development: Facilitator's Guide*, PAHO, Washington.
- PAHO (2001): *Equity & Health, Views from the Pan American Sanitary Bureau*, PAHO Occasional Publication nº 8, Washington.
- Swedish International Development Cooperation Agency (1998): *Making a Difference. Gender Equality in Bilateral Development Cooperation*, SIDA, Estocolmo.
- WHO (1999a): *Gender and Health: Technical Paper*, WHO, Ginebra.
- Williams, S.; J. Seed y A. Mwau (1997): *Manual de capacitación en género de Oxfam: edición adaptada para América Latina y el Caribe*, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán/Oxfam Reino Unido e Irlanda, Lima.
- Population Reports (1996): *Métodos de planificación familiar*, serie J, nº 4. (www.jhuccp.org/prs).

Parte segunda **Antes de irnos**

Capítulo II

La legitimidad del enfoque de género y salud en la cooperación internacional

Nuestro trabajo de cooperación se apoya en una serie de políticas y estrategias internacionales que definen objetivos y prioridades consensuadas en el nivel internacional. Podemos recurrir a ellas en nuestro diálogo político con las contrapartes, puesto que conforman un marco común de actuación. También nos sirven como referencia para abordar diversos problemas prácticos, en la medida en que muchas veces incluyen objetivos específicos y orientaciones, conceptos o pautas concretas que podemos invocar. Tanto la perspectiva de género como la importancia de los derechos sexuales y reproductivos, y la salud de las personas como derecho humano básico forman parte, entre otros temas, del bagaje político y jurídico de las estrategias actuales de cooperación para el desarrollo.

>45

La salud es un derecho fundamental de las personas, que forma parte integrante del desarrollo humano, y cuya importancia es crucial en cualquier modelo de desarrollo o de sociedad que imaginemos. Es un derecho inalienable, que nadie duda haya de garantizarse a todas las personas, hombres y mujeres, independientemente de su sexo, etnia, clase, orientación sexual, religión, etc. Es decir, resulta difícilmente imaginable en los principios el establecimiento de prohibiciones o discriminaciones respecto de este derecho. Quizás porque resulta inaceptable que algo tan fundamental para las personas, ligado directamente a las posibilidades inmediatas de desenvolvimiento físico, psicológico y afectivo, como la salud, sea objeto de privilegios jurídicos o de hecho y, menos aún, que existan discriminaciones consentidas fundadas en el sexo de las personas. A pesar de ello, sabemos que la realidad es muy diferente, y que género, como construcción social y cultural, determina en gran medida las oportunidades de las personas para acceder y desarrollar una vida saludable.

Sin embargo, vamos a encontrarnos, tanto en la sede como en los países en que trabajemos, muchas personas y autoridades que piensan que las dificultades de las mujeres del Tercer Mundo para disfrutar de una vida sana se explican, al igual que para los hombres, por la propia situación de pobreza,

marginalidad, subdesarrollo, conflicto bélico o catástrofe natural que les afectan, y que la dimensión de género no aporta nada especialmente relevante en la comprensión de los problemas de salud de los hombres y las mujeres. Quienes piensan así sólo visualizan algunas de las manifiestas diferencias biológicas entre los sexos que dan lugar a necesidades de atención específica, diferenciada, para ellas y para ellos.

Por otro lado, la salud no ha sido un feudo tradicionalmente masculino como pueda serlo el mundo del deporte o de la política, del que las mujeres han sido, hasta épocas recientes, llamativamente excluidas. Bien al contrario, la salud aparece como un sector altamente feminizado, donde las mujeres están particularmente presentes, como pacientes y como trabajadoras, esto último en muchos casos como prolongación de su rol tradicional de cuidadoras de la salud en el ámbito familiar. Además, ¿no ha sido precisamente la salud de las mujeres una de las prioridades de la cooperación internacional, de los organismos de Naciones Unidas, desde los primeros programas que se diseñan en los años cincuenta y hasta la actualidad? Desde este punto de vista, parecería un sector especialmente sensible a los intereses y participación de las mujeres. Como consecuencia, muchas personas responsables de políticas pueden inducir que sería forzado integrar el enfoque de género en el ámbito de la salud, producto de los designios de la moda o de la imposición de mandatos internacionales. Esta visión obvia que en salud se jueguen las relaciones de poder y de desigualdad. ¿No es tan importante la salud de los hombres como la de las mujeres? Puede incluso percibirse que en relación con la salud no se produzcan discriminaciones, bien al contrario, las mujeres parecen verse favorecidas por acciones positivas ligadas a su función reproductiva. Por otro lado, son de sobra conocidas las dificultades que provoca el abordaje de la sexualidad de las personas y de las relaciones sexuales, el SIDA, la planificación familiar y la regulación de los nacimientos, entre otras dimensiones clave de la salud desde la perspectiva de género.

Desde determinados sectores ideológicos, se manifiestan importantes incomprendimientos y resistencias, bastante extendidas en la teoría y la práctica de la cooperación, a la que se enfrentan las propuestas de género, especialmente en relación con la salud sexual y reproductiva. Sin embargo, el análisis de género está poniendo de manifiesto cómo las desigualdades entre los hombres y las mujeres y los factores sociales, políticos y culturales que las mantienen, determinan, en mucho mayor grado de lo que hubiéramos podido imaginar, las dificultades que experimentan las mujeres, pero también los hombres, para disfrutar de una vida digna y saludable, incluyendo las prácticas sexuales y reproductivas responsables. Por ello, el concepto y las propuestas de género, así como los derechos sexuales y reproductivos, han adquirido una gran legitimidad internacional junto con el de desarrollo humano sostenible, lo que se ha venido reflejando en el discurso político de la cooperación desde hace al menos una década. El punto de inflexión en la concepción de la salud sexual y

reproductiva y su relación con el empoderamiento se produce con la CIPD de El Cairo en 1994. A continuación, te invitamos a hacer un recorrido sobre algunos de los principales instrumentos de política, conceptos y pautas que pueden apoyar y respaldar nuestro trabajo en el ámbito de género y salud. Sin embargo, es importante no olvidar que el trabajo desde un enfoque de género en la cooperación es, además de un mandato y una directriz fuertemente legitimada en la cooperación internacional, una necesidad, si queremos contribuir a un desarrollo humano sostenible más justo e igualitario, que tenga la dignidad de las personas, de los hombres y las mujeres como centro de atención.

1. La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo (1994)

Desde la primera Década de las Naciones Unidas para la Mujer, se ha realizado un importante recorrido en el planteamiento de la relación entre género, salud y desarrollo, pero el punto de referencia más importante lo marca la CIPD que se celebró en El Cairo (Egipto) del 5 al 13 de septiembre de 1994, merece ocupar un lugar en la historia como una de las conferencias mundiales más significativas celebradas hasta la fecha. Transformó de manera radical las opiniones y percepciones de millares de responsables de la adopción de políticas y gestores de programas sobre cómo se deberían formular y aplicar en el futuro las políticas y los programas de población, induciéndoles a abandonar los enfoques de arriba hacia abajo y unas metas demográficas programadas, a favor de otros encaminados a satisfacer las necesidades de “las parejas y los individuos”. Al mismo tiempo, la difusión sin precedentes que obtuvo a través de la prensa escrita, la radio, la televisión e internet contribuyó a llamar la atención de millones de hombres y mujeres de todo el mundo sobre los temas relativos a la salud reproductiva, los derechos reproductivos y el empoderamiento de las mujeres y es posible que, de hecho, haya fomentado la comprensión de estas cuestiones y una visión positiva de las mismas. >47

En la CIPD también se establecieron unos modelos de referencia claros para evaluar los progresos logrados a lo largo de un período de dos décadas (1995-2015) en la consecución de unas metas en materia de reducción de la mortalidad infantil y materna, acceso garantizado a los servicios de salud para todas las personas que los necesite, educación, particularmente de las niñas y las mujeres, y el empoderamiento de las mujeres. Finalmente, resaltó el papel del sector no gubernamental en las actividades en el ámbito de la población y consagró firmemente el concepto de ‘cooperación’ entre los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales ³. En concreto, la Conferencia del Cairo supuso importantísimos avances en los aspectos que pasamos a analizar.

³ Shankar (2001).

■ De la planificación familiar a la salud sexual y reproductiva

Se adoptó una definición amplia y completa de la salud reproductiva, incluyendo la identificación de servicios de salud reproductiva que deben ofertarse en el contexto de la atención primaria de salud. Se incluye el reconocimiento del derecho de los hombres y las mujeres a obtener información y el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de planificación de la familia de su elección. Se permite, también, el acceso a otros métodos de regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, lo que incluye el acceso al aborto en los países en que sea legal. Además, se añaden dos nuevos aspectos muy importantes de la salud reproductiva: el SIDA y las mutilaciones genitales femeninas (MGF). La salud reproductiva se refiere a los procesos, funciones y sistemas reproductivos en todas las etapas de la vida. La salud reproductiva supone que las personas tengan la capacidad de procrear y desarrollar una vida sexual responsable, satisfactoria y segura, y que puedan procrear y decidir libremente si, cuándo y con qué frecuencia desean hacerlo. Esta última condición incluye, implícitamente, el derecho de los hombres y las mujeres a disponer de información y acceso a los métodos de regulación de la fecundidad seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, y a servicios de atención de salud adecuados para que las mujeres puedan pasar sin riesgo por el embarazo y el parto seguros, y que ofrezcan a las parejas la máxima oportunidad de tener un hijo sano.

Se explicitó claramente la vinculación entre la planificación familiar y otras actividades de atención de la salud reproductiva, incluyendo en la definición de los servicios de salud, además de la planificación familiar, el cuidado prenatal y obstétrico, el tratamiento de la infertilidad, la prevención y tratamiento del SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el cáncer ginecológico, y se adoptó como meta cuantitativa que los servicios de salud reproductiva estén al alcance de todas las personas de edad apropiada lo antes posible, y a más tardar para el año 2015. A la vez, también se adoptaron metas cualitativas para la mejora de la calidad de los servicios de planificación familiar y demás servicios de atención de la salud reproductiva. Por otro lado, se expresó el claro rechazo de la comunidad internacional a la aplicación de metas o cuotas en relación con la planificación familiar y cualquier otra forma de coacción en el ámbito reproductivo. La nueva definición de derechos reproductivos, mucho más amplia, se expresa como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva, y se incorpora la idea de que la procreación no es la única finalidad de las relaciones sexuales y que las personas deben ser conscientes de las implicaciones y consecuencias de los diversos tipos de conducta sexual. En definitiva, la Conferencia de El Cairo derribó el tabú que impedía debatir abiertamente sobre las cuestiones relacionadas con la sexualidad en los foros intergubernamentales.

■ La implicación de los hombres

Se resaltó mucho el papel y las responsabilidades de los hombres en las relaciones sexuales y de género, incluyendo el uso de anticonceptivos y el cuidado de los hijos. “Deberían hacerse esfuerzos especiales por insistir en la parte de responsabilidad del hombre y promover la participación activa de los hombres en la paternidad responsable, el comportamiento sexual y reproductivo saludable, incluida la planificación de la familia; la salud prenatal, materna e infantil; la prevención de las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH; la prevención de los embarazos no deseados y de alto riesgo; la participación y la contribución al ingreso familiar; la educación de los hijos, la salud y la nutrición; y el reconocimiento y la promoción de que los hijos de ambos sexos tienen igual valor”.

■ Los adolescentes

Se reconocieron los derechos de los adolescentes a todos los servicios sexuales y reproductivos, incluyendo la educación sexual y la protección completa contra el embarazo no deseado.

>49

■ Las familias

Se reconoció la diversidad de formas de las familias, incluyendo los hogares encabezados por las mujeres y la necesidad de que las políticas gubernamentales beneficien a todos, especialmente a los más vulnerables.

■ SIDA

En cuanto al SIDA, también se le prestó especial atención en la Conferencia. Se señaló que deberían promocionarse e incluirse en los programas de educación e información, el comportamiento sexual responsable y distribuirse ampliamente preservativos y medicamentos a bajo precio para la prevención y el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual.

■ Aborto

Aun cuando se reiteró la posición adoptada en la Conferencia de México, en el sentido de que el aborto no se debe considerar como un método de planificación de la familia, la Conferencia de El Cairo fue mucho más lejos al asignar una alta prioridad a las medidas para hacer frente a los abortos

en malas condiciones como un importante problema de salud. Se instó a reducir el recurso al aborto mediante la prestación de más amplios y mejores servicios de planificación de la familia, y se señaló que las mujeres deberían tener acceso a servicios de calidad para tratar las complicaciones derivadas de abortos en todos los casos. Además, cuando se enumeran los servicios de atención a la salud reproductiva se incluye la interrupción del embarazo en los países donde el aborto sea legal.

■ Maternidad sin riesgo

En la Conferencia quedó claro que la maternidad sin riesgo ya no podía seguir considerándose de forma aislada, sino como un objetivo estrechamente vinculado a la planificación de la familia y demás servicios de atención de la salud reproductiva. Se señala que los programas destinados a reducir la morbilidad y mortalidad maternas deberían incluir información y servicios de salud reproductiva, incluidos servicios de planificación de la familia. A fin de reducir los embarazos de alto riesgo, los programas de salud materna y maternidad sin riesgo deberían incluir asesoramiento e información sobre planificación de la familia.

>50

■ Empoderamiento

El Programa de Acción de la CIPD dedica un capítulo separado a la "igualdad y equidad de género y al empoderamiento de las mujeres". Considera, por primera vez, que promover la igualdad y la equidad entre los géneros, el empoderamiento de las mujeres, la eliminación de cualquier tipo de violencia contra las mujeres, y la posibilidad de que las mujeres controlen su propia fecundidad constituyen la piedra angular de los programas de población y desarrollo. También declara que "el empoderamiento y la autonomía de las mujeres y el mejoramiento de su condición política, social, económica y sanitaria constituyen en sí un fin de la mayor importancia". Precisamente es este uno de los aspectos que quedan más claros en las propuestas de la Plataforma de Acción de Pekín, fruto de la Conferencia de Pekín sobre las Mujeres, que se celebró un año más tarde (1995). Desde esta perspectiva, se analiza una amplia gama de problemas que se han de enfrentar, donde no están ausentes las cuestiones del poder, muy vinculados a las desigualdades, la subordinación y la falta de autonomía de las mujeres, y a la necesidad de un mayor "empoderamiento" de las mujeres en el ámbito de la salud.

Salud y empoderamiento en la Plataforma para la Acción de Pekín

- La salud no es sólo la ausencia de enfermedades o dolencias, sino un estado de pleno bienestar físico, mental y social. La salud de las mujeres incluye su bienestar emocional, social y físico y está determinado por el contexto social, político y económico en que viven, así como por sus características biológicas (...). Uno de los principales obstáculos para lograr el máximo grado posible de salud para las mujeres es la desigualdad.
- Las mujeres no están en igualdad de condiciones respecto a los hombres en el acceso a la salud. Las políticas de salud a menudo perpetúan los estereotipos sexistas y no consideran las diferencias socioeconómicas y otras diferencias entre las mujeres, ni tienen plenamente en cuenta la falta de autonomía de las mujeres respecto de su salud.
- El derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, y en particular, su propia fecundidad, es fundamental para su empoderamiento.
- 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 SSR, libres de coerción, discriminación y violencia.
- La violencia sexual y sexista, que incluye los malos tratos físicos y psíquico, el tráfico de mujeres y niñas, así como otras formas de agresiones y la explotación sexual, exponen a las niñas y a las mujeres a un alto riesgo de padecer traumas físicos y mentales, así como enfermedades y embarazos no deseados. Estas situaciones suelen disuadir a las mujeres de utilizar los servicios de salud y de otro tipo.

>51

2. La revisión de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo: El Cairo+5

En la revisión de El Cairo, cinco años después de su aprobación, se ratificaron los compromisos asumidos en 1994, reconociendo la gran mayoría de los países la importancia del Programa de Acción de la CIPD y la necesidad de acelerar su implementación y de destinar recursos suficientes para ello. La discusión en las reuniones preparatorias se centró en temas como los derechos de los adolescentes a la educación sexual y a los servicios de salud. Se insistió en que la educación sexual y especialmente el acceso a los servicios de SSR, requiere el respeto de los derechos humanos de los niños y adolescentes, que deben prevalecer sobre los derechos de los padres, para evitar posibles abusos. Por ello, se evitó condicionar los derechos de los niños y adolescentes totalmente a los derechos de los padres. La mayoría de los países no aceptaron la posición extrema de

Irán, Sudan, Argentina, Nicaragua, Libia, Siria y la Santa Sede, países que se negaron a otorgar al Estado la posibilidad de decidir el contenido de la educación sexual en las escuelas públicas, frente a la mayoría que consideraron prioritario "darle a los jóvenes del próximo siglo la oportunidad de estar bien informados". Respecto a la importancia de los servicios de salud sexual y reproductiva para adolescentes, se planteó que debían ser "accesibles y confidenciales". En este punto, los países más conservadores opinaron que "los padres deben conocer las consultas de sus hijas e hijos y los servicios sólo se pueden brindar con el consentimiento de los padres". Sin embargo, pudo llegarse al siguiente consenso sobre el papel de los gobiernos: "asegurarán la participación activa de padres, jóvenes, líderes comunitarios y organizaciones para lograr la sostenibilidad, aumentar la cobertura y la efectividad de estos programas". Se señaló que "para promover y proteger los derechos de los adolescentes al más alto nivel de salud, se deben proveer servicios apropiados, específicos, amigables y accesibles para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva, incluyendo la educación, información, consejo y promoción de la salud. Estos servicios deben salvaguardar los derechos de los adolescentes a la privacidad, confidencialidad y consentimiento informado respetando sus valores culturales, creencias religiosas en conformidad con los acuerdos y convenciones internacionales". Asimismo, se formularon los derechos y responsabilidades de los padres de manera coherente con la capacidad evolutiva de los adolescentes y sus derechos reproductivos a la educación, información y atención.

Respecto del aborto, no se cambió el texto aprobado en El Cairo. Brasil propuso avanzar en dos aspectos centrales de la implementación: despenalizar a las mujeres, y entrenar al personal de salud para una atención más humanizada y efectiva para disminuir la morbimortalidad materna aún elevada. En este punto se incluyó el reconocimiento de que en los casos legalmente aceptados, los servicios de salud deben entrenar y equipar al personal sanitario y adoptar otras medidas para asegurar que sean seguros y accesibles. Como en el anterior punto sólo algunos países como Argentina, Nicaragua, Libia, Sudan y la Santa Sede expresaron su oposición. Además, se propuso "la provisión y movilización de recursos suficientes para satisfacer la creciente demanda de información y servicios asegurando la más amplia gama de métodos anticonceptivos seguros, efectivos, accesibles y aceptables, incluyendo nuevas opciones y métodos subutilizados". También se ratificaron los lineamientos de El Cairo en el respaldo a la implicación y participación de las ONG, la sociedad civil y el sector y la empresa privada. Respecto a recursos se incorporó el apoyo y la inclusión de la Cooperación Sur-Sur y se compelió a los países donantes a que "intensifiquen sus esfuerzos de cooperación externa para alcanzar las metas fijadas en el Cairo en 1994". Los recursos deberían utilizarse principalmente para mejorar la condición y poder de las mujeres, la educación y cuidado básico de salud. En síntesis, el proceso de Cairo+5 fue muy importante tanto por la ratificación de los compromisos de 1994 como por la consolidación de las líneas de desarrollo e implementación del Programa de Acción, con mayor apoyo y respaldo de los paí-

ses. Esto fue muy evidente en América Latina, donde excepto Argentina y Nicaragua, el resto de los países estableció acuerdos y lenguajes comunes sustentados en el respeto a las diferencias pero integrándose regionalmente. En esta línea, el trabajo con las ONG, especialmente las de mujeres, continúa siendo básico y clave para continuar este proceso.

3. La Unión Europea

De acuerdo con los avances internacionales en materia de desarrollo, la política de la Unión Europea (UE) se centra en la erradicación de la pobreza como objetivo global, así como en la necesidad de mejorar la coherencia de sus distintas políticas y el apoyo a sectores tan importantes para la salud como VIH/SIDA, población, agua, higiene y seguridad alimentaria, así como la asistencia sanitaria básica. En este contexto la UE se ha comprometido a incluir las intervenciones sobre salud, VIH/SIDA y población (HAP) en su estrategia global de desarrollo humano y social. La UE ha expresado la importancia de prestar especial atención a los ámbitos en los que está cobrando mayor importancia la integración de la perspectiva de género en la cooperación para el desarrollo: operaciones de emergencia y prevención de crisis, vinculación entre desarrollo, derechos humanos y democratización, análisis e intervenciones macroeconómicas y salud y derechos sexuales y reproductivos ⁴. Durante la última década, la política HAP de la UE se ha reorientado desde la infraestructura sanitaria a la reforma de los sistemas sanitarios y más recientemente al abordaje global de la salud. Los objetivos específicos de esta política son los de invertir en recursos económicos y humanos en el desarrollo social en general, en salud con una perspectiva sectorial y en generación de conocimientos en áreas específicas, con vistas a:

>53

- Mejorar el resultado de la HAP dentro de cada país, sobre todo respecto de los más desfavorecidos.
- Proteger a los más vulnerables de la pobreza que provoca las enfermedades, la propagación y las consecuencias del VIH/SIDA y el alto índice de fertilidad.
- Aumentar la calidad, eficiencia, equidad y sostenibilidad de los sistemas sanitarios, así como la participación en los mismos.
- Disminuir el impacto potencialmente negativo de otras inversiones en programas HAP.

⁴ Resolución del Consejo y de los representantes de los gobiernos de los Estados miembros de la Unión Europea sobre la integración del enfoque de género en la cooperación para el desarrollo, de 20 de diciembre de 1995.

En el marco de la política HAP de la UE, la Comisión ha otorgado especial importancia a la generación de conocimientos y el desarrollo de las capacidades. Se entienden ambos aspectos como cruciales para los cambios generados desde las propias poblaciones y para el empoderamiento de las mujeres, considerándose elementos fundamentales para la eficacia de la política de desarrollo.

Principales documentos de política de la UE sobre población, desarrollo y salud reproductiva tras la CIPD

1995 *Resolución del Consejo sobre la integración del enfoque de género en la cooperación al desarrollo*

- Necesidad de que todos los aspectos de la cooperación al desarrollo de la UE incluyeran la perspectiva de género, y su objetivo el empoderamiento.

1996 *Resolución del Consejo sobre desarrollo social y humano*

- Se centra en la reducción de la pobreza y la importancia de los aspectos de género, la educación y la salud.

1997 *Reglamento del Consejo sobre ayuda para políticas y programas de población en países en vías de desarrollo*

- Es el primer reglamento sobre temas relacionados con la población desde la CIPD. Reclamaba que se incrementara el apoyo económico destinado a los programas sobre población de acuerdo con el Programa de Acción de la CIPD.

1997 *Reglamento del Consejo sobre operaciones relacionadas con el VIH/SIDA en países en desarrollo*

- Proporcionó un programa dirigido a ayudar a las personas más desfavorecidas de países en desarrollo en la lucha contra el VIH/SIDA.

1998 *Reglamento del Consejo sobre la integración de género en la cooperación al desarrollo*

- Estableció el compromiso de facilitar ayuda técnica y económica para desarrollar el análisis de género en la política de desarrollo de la UE, así como promocionar capacidades para que incluyan la dimensión de género en su visión del desarrollo.

1999 *Resolución del Consejo sobre la evaluación de instrumentos y políticas de desarrollo de la Comisión Europea*

- Se comprometió a realizar una declaración política de carácter general, actualizada, estratégica e integrada sobre cooperación para el desarrollo. Ha sido en este marco que se ha desarrollado la política HAP de la Comisión.

Fuente: Marie Stopes International (2000)

4. El Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE

En su documento de estrategia de cooperación para el s. XXI ⁵, el CAD

⁵ CAD/OCDE (1996).

reconoce la equidad de género y el empoderamiento de las mujeres como un objetivo clave y subraya la importancia del compromiso con la participación incluyendo la equidad de género como un principio del desarrollo efectivo del trabajo conjunto con las contrapartes. Para evaluar los progresos en este sentido, la estrategia establece objetivos mensurables sobre reducción de la pobreza, mejora de la educación y la salud, y sostenibilidad medioambiental. Estos objetivos incluyen aspectos relacionados con la igualdad de género: la eliminación de la disparidad entre chicos y chicas en la educación primaria y secundaria en el 2005; la reducción de la mortalidad materna en un 75% antes de 2015, y el acceso a través del sistema de salud primaria a los servicios de salud reproductiva para todos los individuos en edad apropiada antes de 2015.

Objetivos de desarrollo para 2015 del CAD

Bienestar económico

- Reducir la extrema pobreza a la mitad

Desarrollo Social

- Educación primaria universal, eliminación de la disparidad de género en la educación (2005)
- Acceso universal a los servicios de salud reproductiva.
- Reducir un 66% la mortalidad infantil y la materna un 75%.

Sostenibilidad medioambiental y regeneración

- Estrategia nacional para el desarrollo sostenible en todos los países para 2005.
- Reinvertir la tendencia a la pérdida de recursos naturales en 2015.

Factores cualitativos

- Desarrollo participativo, democratización, "buen gobierno", Derechos Humanos.

>55

Por otro lado, el CAD adoptó unos principios sobre la "igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres" ⁶ en los que se establece que: "La salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva, es un componente esencial del bienestar humano. Debido a la presencia muy extendida de las mujeres en el sistema de asistencia sanitaria como personal médico y como pacientes, existe la creencia generalizada de que las cuestiones de género y de empoderamiento de las mujeres ya están resueltas. Sin embargo, las desigualdades entre mujeres y hombres son evidentes en el ámbito de la salud individual, tanto en

⁶ Ministerio de Asuntos Exteriores/SECIPI (1998).

el acceso como en la utilización de los servicios sanitarios y en la estructura de las instituciones sanitarias y de empleo. Los miembros del CAD pueden ayudar a sus contrapartes a integrar la equidad de género en el ámbito sanitario mediante iniciativas que promuevan, por ejemplo:

- Una planificación y unos servicios sanitarios que tengan en cuenta las necesidades de las mujeres y de las niñas a lo largo de su ciclo de vida, y no solamente en relación con la maternidad y el cuidado de los hijos.

- Políticas y programas centrados en el reconocimiento de la salud sexual y reproductiva y de los derechos correspondientes de las mujeres y los hombres, así como en el reconocimiento del vínculo existente entre la igualdad y el ejercicio de esos derechos.

- Estrategias que prevean, tanto para los hombres como para las mujeres, actividades referentes a la salud de los niños, la regulación de la fertilidad y las prácticas sexuales sin riesgos, y que promuevan el ejercicio de los derechos y la asunción de responsabilidades de los hombres en la materia.

En conclusión, las nuevas estrategias de cooperación han puesto definitivamente de manifiesto la necesidad de integrar el objetivo de equidad de género en el ámbito de la salud como uno de sus aspectos fundamentales. Asimismo, se ha dejado claro que la salud de las mujeres no es sólo un problema biológico sino que viene determinado por otros factores: sociales, políticos, económicos, íntimamente relacionados con la desigualdad de las mujeres, su posición de subordinación y su falta de poder.

5. De los principios a la práctica

Siguiendo los compromisos de la CIPD de 1994 y de la Conferencia de Pekín de 1995, todos los países y agencias de cooperación están en principio obligadas por el objetivo de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres. Sin embargo, a pesar de este consenso internacional, no existe todavía una comprensión común sobre las implicaciones operativas de este compromiso. Se dan amplias variaciones entre los países y dentro de las organizaciones sobre la comprensión de por qué y cómo la igualdad de género se vincula a la salud, particularmente a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y qué acciones se necesitan para llevar a la práctica estos compromisos. Algunas agencias han desarrollado sus propios documentos estratégicos y de política en la línea de las conferencias y compromisos internacionales, otras todavía no lo han hecho. Algunas agencias todavía conciben la reducción de la fertilidad como un objetivo, más que como un indicador de una mejor calidad de vida. Otras han

adoptado sus estrategias a través de amplios procesos consultivos dentro y fuera de las agencias con el fin de generar consensos sobre estos temas. Otras han desarrollado herramientas y metodologías. Las menos, han comenzado iniciativas en nuevas áreas emergentes: violencia contra las mujeres, MGF, aborto y la implicación de los hombres y su asociación a los programas de SSR.

La Ley de Cooperación para el Desarrollo española ha consagrado la igualdad entre los géneros como principio de la cooperación española en su artículo 2 c), al establecer: "La necesidad de promover un desarrollo humano global, interdependiente, participativo, sostenible y con equidad de género en todas las naciones (...)". El artículo 7 establece, además, como prioridad sectorial la: "c) Protección y respeto de los Derechos Humanos, igualdad de oportunidades, participación e integración social de la mujer y defensa de los grupos de población más vulnerables (menores, con especial atención a la erradicación de la explotación laboral infantil, refugiados, desplazados, retornados, indígenas, minorías)". Este principio tiene que integrarse, además, en los instrumentos de planificación, comenzando por el Plan Director.

Las ONGD también han recogido en su discurso político y, en muchos casos, en sus estatutos o documentos estratégicos, la igualdad de género como principio de actuación. Baste la referencia al Código de Conducta, aprobado por la Asamblea General de la Coordinadora Estatal de ONGD, donde se establece que las ONGD deben tener por objetivo, entre otros, crear las condiciones para que las mujeres, como miembros de la comunidad, participen en la toma de decisiones. Así como promover su incorporación activa en todos los programas de desarrollo y ayuda humanitaria, para asegurar el acceso y control equitativo a los recursos y beneficios. Sin embargo, a menudo hay un salto entre la política y la práctica. Todas las agencias han realizado más progresos en la producción de documentos políticos y de estrategias que en la ejecución de programas. En el mejor de los casos, el lenguaje ha cambiado, pero el contenido de los programas y proyectos sigue estando en su mayor parte intacto. La mayor parte de las agencias han adoptado algunas iniciativas positivas, pero estas experiencias no han sido todavía analizadas seriamente, ni dadas a conocer suficientemente. Por tanto, la mayor parte de las agencias carecen de mecanismos para el análisis efectivo de sus propias iniciativas para aprender de sus propias experiencias.

>57

6. Principios de buena práctica: el establecimiento de un marco común de actuación

En uno de los informes del CAD ⁷ que se apoya en el análisis de la CIPD y

⁷ DCD/DAC/WID (99) 2, *Working Party on Gender Equality*, Reference Document. Reaching the Goals in the s-21, Gender Equality and Health Volume II, Note submitted by Sweden 8/1/1999.

en la Plataforma para la Acción de Pekín, se propone un marco para precisar cuáles son las claves de la igualdad entre mujeres y hombres. Parte del principio de que las desigualdades (en el ámbito de los roles sociales) son un determinante mayor de la salud. Por ello, hay que abordar las cuestiones de igualdad si se quiere mejorar la salud general de la población. Habría tres proposiciones de partida:

■ La desigualdad que se manifiesta en las disparidades en materia de educación, de ingreso, de carga de trabajo y de autonomía, influye en la salud de hombres y mujeres.

■ La desigualdad se traduce en un acceso desigual de las mujeres a los servicios de salud, y en un trato desigual de éstas por el sistema de salud.

■ Si se quiere promover la igualdad en el ámbito de la salud y de los derechos sexuales y reproductivos, hay que tomar medidas no sólo en el sector de la salud para mejorar el acceso de las mujeres a la atención sanitaria y reorientar el sistema de salud, sino también en otros sectores como la educación, el empleo, los derechos reconocidos por la ley y la participación en la vida política.

Recomendaciones

- Ponerse de acuerdo en los conceptos clave.
- Fundamentar las políticas y los programas en los compromisos de la CIPD y en la Plataforma para la Acción de Pekín, que representan una base sólida para el establecimiento de buenas prácticas.
- Analizar y comprender el impacto de la desigualdad entre mujeres y hombres en la salud.
- Tomar medidas para corregir las desigualdades de género en el acceso a los cuidados sanitarios y en las respuestas del sistema de salud.
- Desplazar el acento de los objetivos demográficos (control de la natalidad) a las preocupaciones sobre la calidad de vida, y de los objetivos de población al reconocimiento de los derechos individuales y la salud.
- El acceso a través de los servicios de salud primaria no sólo a la salud materna e infantil sino también a un amplio abanico de servicios de salud reproductiva.
- Prestar atención a las necesidades de salud tanto de las mujeres como de los hombres a través de su ciclo de vida y a los roles y responsabilidades tanto de hombres como de mujeres en relación con la fertilidad, la salud de los niños, asegurando los derechos de las mujeres y la salud.
- Fomentar la autoestima, la confianza y la capacidad tanto de las mujeres usuarias de los servicios de salud como de los trabajadores.
- Consultar a todas las partes implicadas, sobre todo a las mujeres y establecer asociaciones con las organizaciones de mujeres.
- Promover la igualdad de género fortaleciendo las propias capacidades locales.

Bibliografía y recursos en internet

- CAD/OCDE (1996): *El papel de la cooperación para el desarrollo en los albores del s. XXI*, Informe aprobado en la 34 Reunión de Alto Nivel del CAD de mayo de 1996, París.
- Family Health International (s.f.): *Through a Gender Lens: The Importance of Integrating Gender Issues into phn Projects and Programs*.
(www.fhi.org/en/wsp/wspubs/thruhen.html)
- Hernández, I. y A. Rodríguez (1996): *Igualdad, desarrollo y paz. Luces y sombras de la acción internacional por los derechos de las mujeres*, Cuadernos de Trabajo, nº 17. HEGOA.
- Instituto de la Mujer (1996): *Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción*, Instituto de la Mujer, Madrid
- Marie Stopes International (2000): *Guía de la ayuda de la Comunidad Europea en materia de población y salud reproductiva*, Marie Stopes International, Londres.
- Ministerio de Asuntos Exteriores/SECIPI (1998): *Directrices y guía de conceptos del CAD sobre igualdad entre mujeres y hombres*, Ministerio de Asuntos Exteriores/SECIPI, Madrid.
- Ministerio de Asuntos Exteriores/ SECIPI (2000): *El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE: Doctrina y actividades*, Ministerio de Asuntos Exteriores/SECIPI, Madrid.
- Shankar Singh, Jyoti (2001): *Un nuevo consenso sobre población*, Icaria,/CIDOB, Barcelona.
- SID (1999): *Salud y derechos reproductivos: haciendo de El Cairo una realidad*, FNUAP/SID, Roma.

>59

- Agencia Española de Cooperación Internacional: www.aeci.es
- Comité de Ayuda al Desarrollo: www.oecd.org/dac/gender
- Coordinadora de ONGD-España: www.congde.org
- Instituto de la Mujer: www.mtas.es/mujer
- UE: www.europa.eu.int/dgs/development

Capítulo III

Temas clave de intervención en salud con enfoque de género: la salud sexual y reproductiva

1. ¿Qué tiene que ver el género con los servicios de salud?

Esta guía supone que ocupas un puesto de administrador/a o coordinador/a en un proyecto o programa, o bien que estás a punto de incorporarte a un proyecto nuevo en un país subdesarrollado o en vías de desarrollo. Si es así, habrás pasado mucho tiempo pensando en qué hay que llevar, dónde vas a vivir, en qué lugar se va a realizar el programa... Quizá hayas tenido que contratar personal o hayas tenido que viajar para visitar las comunidades donde vas a trabajar. Puede que lo último que se te haya ocurrido pensar es en el impacto que las cuestiones de género pueden tener en tu programa. Lo cierto es que el mejor programa de salud puede quedar en agua de borrajas si no empiezas a pensar en algunas de las facetas que vamos a exponer aquí. Como ya hemos comentado, género engloba todo lo relacionado con las ideas y expectativas generalmente aceptadas sobre hombres y mujeres: ideas sobre cuáles son las maneras típicas de comportarse en determinadas situaciones, sobre sus habilidades y características intrínsecas. Estas ideas las aprendemos de nuestro entorno: la familia, los amigos, las personas que respetamos como líderes sociales, las instituciones religiosas y culturales, los colegios y escuelas, el trabajo y los medios de comunicación. Todos ellos influyen y reflejan los distintos roles, el status social, y el poder económico y político de los hombres y mujeres en nuestra sociedad.

Como hemos visto en el capítulo anterior, las desigualdades entre hombres y mujeres pueden influir en la forma en que éstos cuidan de su salud. De hecho, llegan a influir en decisiones tan sencillas como quién va a recibir atención médica, quién va a tomar medicación, incluso si se debe solicitar ayuda médica o no. Podemos encontrar un ejemplo claro del impacto de género cuando analizamos muchos aspectos de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, como veremos a continuación. A diferencia de enfermedades como la malaria y la diabetes, que consideramos en términos de causas, prevención y tratamiento, la atención de las enfermedades relacionadas con la de salud reproductiva puede complicarse por la existencia de tabúes religiosos y

sociales, o por determinadas políticas gubernamentales. Estos aspectos pueden comprometer nuestra capacidad como técnicos/as o profesionales de la salud para ofrecer programas o servicios a una determinada población.

Para mantenerse sanos, tanto hombres como mujeres han de tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva que incluyan planificación familiar, prevención y tratamiento de ITS, incluyendo VIH/SIDA. Además, las mujeres necesitan acceder a servicios obstétricos esenciales, y de prevención y tratamiento de aborto inseguro. Como profesionales de la salud, necesitamos, además, detectar y tomar una actitud activa hacia cualquier tipo de violencia sexual. Sin embargo, la provisión de estos servicios puede ser controvertida. La comunidad en la que trabajas podría estar en desacuerdo con la planificación familiar, el aborto podría ser ilegal y la violencia doméstica o la MFG pueden ser prácticas aceptadas. El trabajo en esas comunidades requiere mucho más que abrir una clínica e invitar a la comunidad a asistir. En tu propio programa, los prejuicios de género de los miembros de tu equipo podrían crear barreras invisibles para esos mismos servicios que están tratando de ofrecer. El personal contratado para proyectos y programas suele pertenecer a la propia comunidad beneficiaria, por lo que no son inmunes a las normas culturales que obstaculizan la atención que vais a ofrecer. Y, finalmente, el éxito en la gestión del programa puede verse comprometido si existen prejuicios invisibles de género que afectan tu propio lugar de trabajo.

>62

■ Ejemplos del impacto de los roles de género en la salud

■ Las mujeres desempeñan un papel central en el cuidado de la salud de sus familias. A menudo son ellas las que diagnostican, curan y brindan cuidados sanitarios. Son ellas quienes deciden si se necesitan cuidados externos. Sin embargo, en la familia y en la comunidad, no siempre tienen el poder o los recursos económicos para tomar las decisiones que aseguran el bienestar de los miembros de su hogar. En la mayoría de los casos es el hombre quien decide si un miembro de la familia recibirá atención médica y si hay dinero disponible para medicamentos o servicios de salud.

■ Hay investigaciones que demuestran que en algunos casos el personal sanitario, específicamente las/os médicos, dedican menos tiempo en las entrevistas con algunos pacientes, como pueden ser las mujeres, personas de clase socioeconómica baja o minorías étnicas. También se ha visto que pueden estar más predispuestos a diagnosticar procesos funcionales o psicosomáticos en personas que consultan con síntomas inespecíficos, (sin descartar otras patologías) cuando son mujeres.

■ A las mujeres no se las suele incluir en los procesos de toma de decisiones. Y no incluir tanto a hombres como a mujeres en la identificación y

desarrollo de un programa puede llevar a que se desconozcan las necesidades reales de la comunidad y no se acierte en la forma adecuada de brindarles atención en salud.

■ Las campañas en los medios de comunicación que promueven el uso de preservativos pero no apuntan a los estereotipos culturales masculinos que promueven el riesgo, pueden tener poco o ningún impacto en la prevención del avance del VIH.

Una mujer que casi fallece durante su último parto puede que necesite usar anticonceptivos por prescripción médica. Sin embargo, su sociedad, su religión, su marido o incluso su madre o hermana pueden culparla por tratar de evitar futuros embarazos. En consecuencia, a pesar de existir un centro de salud que cuenta con recursos humanos y materiales para el asesoramiento en planificación familiar, esta mujer no lo utilizará, salvo que se preste atención a las barreras de género que hacen que anteponga prejuicios y tabúes a su salud.

Un hombre que está obligado a permanecer lejos de su familia por largos periodos puede negarse a usar preservativos para protegerse del VIH por temor a ser considerado por sus pares menos masculino. Vuelve a su casa después de una larga ausencia, infectado por el VIH y por temor, vergüenza o ignorancia, infecta a su mujer. Esta situación no se modificará con sólo poner preservativos a disposición de los hombres, sin tratar las expectativas de género que hacen que el hombre asuma riesgos para su propia salud y la de sus parejas.

>63

La perspectiva de género en materia de salud ayuda a que se analicen cómo influyen las diferencias de género en el acceso a los beneficios de la salud y cuál es la forma en que se distribuyen la asistencia, los recursos, la información y las tecnologías para la salud. Un enfoque de género asegura una distribución equitativa de los recursos para asegurar la salud y el bienestar de toda la comunidad.

2. Género y salud sexual y reproductiva

En la Conferencia de El Cairo se definió la SSR como un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Esto entraña la capacidad personal de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos y de procrear, así como la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. En la misma

se consensuó que: El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos. Otro avance de esta conferencia fue la inclusión de la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y las relaciones personales y no la mera asistencia y asesoramiento relacionados con la reproducción y las enfermedades de transmisión sexual. Es frecuente que los programas y proyectos de planificación familiar no consideren esta definición amplia de SSR. Los servicios ofrecidos se limitan a la anticoncepción, el cuidado del embarazo y la prevención y tratamiento de las ITS. Los aspectos vinculados a la sexualidad, las relaciones de género y derechos humanos generalmente no son abordados. Tampoco tratan de abordar las condiciones culturales o económicas que contribuyen a la subordinación de la mujer y limitan su capacidad de tomar decisiones relacionadas con su vida en general y con su salud sexual y reproductiva, en particular.

Cuando se incorpora la perspectiva de género a un programa, se amplía significativamente su agenda para ir más lejos que la simple provisión de servicios. Se incluyen: esfuerzos dirigidos a cambiar normas sociales y conductas negativas para la salud, la educación, así como la sensibilización pública y el marketing social. Este enfoque reconoce tanto la importancia como las limitaciones de quienes brindan atención sanitaria para la promoción de la salud y de los derechos reproductivos.

Las mujeres constituyen la mayoría de los pobres (el 70% de quienes ganan menos de un dólar por día son mujeres). La vulnerabilidad económica de las mujeres hace más probable que intercambien servicios sexuales por dinero y protección; menos probable que tengan éxito en negociar para lograr protección, y menos probable que abandonen una relación que consideran de riesgo.

Por ejemplo, casi la cuarta parte de las muertes maternas se pueden atribuir a abortos inseguros⁸. Con el fin de brindar atención a mujeres que sufren las complicaciones de abortos inseguros, muchos programas incluyen ahora servicios de atención postaborto. Si bien estos servicios salvan la vida de decenas de miles de mujeres por año, tratar sus complicaciones nunca resolverá el problema subyacente de los embarazos no deseados. El acceso a buenos programas de planificación familiar no es suficiente para disminuir este serio problema de salud. Terminar con la morbilidad y mortalidad materna provocada por abortos inseguros significa modificar los roles básicos para permitir que las

⁸ Véase la definición de "aborto inseguro" en el glosario de esta guía.

mujeres se nieguen a mantener relaciones sexuales no deseadas o inseguras. Significa cambiar los valores sociales que permiten que los hombres no asuman las responsabilidades de sus demandas sexuales. Por lo tanto, un buen programa debería trabajar para educar a los adolescentes antes de que sean sexualmente activos. Debería educar a la comunidad sobre los riesgos del aborto inseguro y la seguridad del uso adecuado de los sistemas anticonceptivos. Siempre que esto sea posible debería informar sobre el aborto seguro y legal para aquellos casos en que falla la anticoncepción y el embarazo es no deseado.

Los derechos reproductivos incluyen el derecho del individuo a la integridad de su cuerpo y a la seguridad de su persona; los derechos de las parejas e individuos a que decidan sobre la cantidad y espaciamiento de hijos y al acceso a la información, educación y medios necesarios para lograrlo; el derecho a disfrutar el más alto nivel de salud sexual y reproductiva; y el derecho a la toma de decisiones relativas a la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia.

■ Servicios de salud reproductiva y planificación familiar con enfoque de género

> 65

Otro de los temas clave que va a determinar las oportunidades de acceso a la SSR de hombres y mujeres es el relacionado con el modo en que se diseñan y ofrecen sus servicios de atención. El objetivo sería lograr siempre la máxima calidad posible en la provisión y prestación de servicios. Para asegurar su eficacia es necesario que la salud reproductiva se oferte de forma integrada en un sistema sanitario de atención primaria de acceso universal. El acceso universal supone garantizar la atención para todos los hombres y mujeres que lo demanden, independientemente de su estado civil, nivel de ingreso, residencia u orientación sexual. Esto implica también considerar las necesidades especiales de provisión de determinados colectivos que no suelen acceder con facilidad, como adolescentes, mujeres viudas o solas, etc. Además es necesario contar con personal adecuadamente capacitado y motivado, que tenga experiencia, recursos y una infraestructura de una complejidad suficiente para ofrecer tanto información, como respuesta a las complicaciones obstétricas, y al diagnóstico y tratamiento de ITS asintomáticas. La introducción de nuevas tecnologías, como por ejemplo, las utilizadas en el tratamiento de la infertilidad, sólo se debería integrar en sistemas que garanticen la protección de los derechos y la salud de las mujeres, además de su capacidad para decidir si utilizarlos o no. Así, los servicios deberían incluir:

- Información y educación en salud, sexualidad y equidad de género, incluyendo los problemas de violencia de género.

- Seguimiento y atención en el embarazo, parto y puerperio.
- Acceso a una amplia gama de sistemas anticonceptivos, incluyendo métodos de barrera y anticoncepción de emergencia.
- Prevención y orientación en casos de infertilidad.
- Consejo y orientación en disfunciones sexuales.
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones genitales, ITS y otros problemas ginecológicos.
- Prevención y diagnóstico precoz de cáncer del aparato reproductivo.
- Orientación y tratamiento en el climaterio.

■ **La importancia de involucrar a los hombres en los programas de salud sexual y reproductiva**

>66

En muchas partes del mundo las necesidades de salud reproductiva de los hombres no se atienden. Los servicios de SSR y planificación familiar, si es que existen, suelen estar orientados exclusivamente a las necesidades de la mujer. Las razones son complejas, pero lo importante es que los profesionales de la salud están empezando a pensar que este vacío ha supuesto una oportunidad perdida en la mejora de la SSR de hombres y mujeres. ¿Por qué debemos hacer partícipes a los hombres?

- Tradicionalmente, las mujeres han sido el objetivo de los programas de planificación familiar, asumiendo toda la responsabilidad del cuidado de su salud reproductiva, ya sea para controlar su fertilidad, protegerse de infecciones de transmisión sexual, o para atender sus embarazos. Hoy hombres y mujeres deben responsabilizarse de la salud reproductiva.

- Cuando se hace a los hombres partícipes de las decisiones sobre salud reproductiva y las cuestiones de equidad, se mejora la comunicación, se aumentan las decisiones conjuntas sobre anticoncepción, se discute sobre el número de hijos deseados, y se mejora la distribución en el reparto de tareas.

- La ausencia de los hombres en la atención a la salud sexual y reproductiva ha tenido consecuencias para las mujeres. Por ejemplo, algunas mujeres han tenido que ser atendidas varias veces por las mismas infecciones de transmisión sexual porque sus parejas no tienen acceso a la atención médica o no la buscan.

■ Los hombres tienen un papel crucial en la SSR de las mujeres. A menudo son los que deciden si la pareja debe usar o no protección, cuándo y de qué forma. También se ha observado el papel crucial de los hombres en que la mujer reciba o no atención prenatal y de cuándo y cómo ésta necesita asistencia obstétrica de emergencia. En el caso de requerir un desplazamiento en esta emergencia hacia un centro sanitario es el hombre quien suele decidir también el medio de transporte. Todas estas situaciones tienen un impacto directo en los resultados de supervivencia de la madre y el niño.

“Todos quisiéramos vivir en un mundo en el que mujeres y hombres pudieran hablar libremente sobre su salud sexual y reproductiva; donde la anticoncepción y otros servicios de salud fueran de calidad y de fácil acceso para todos; donde las mujeres no murieran por causas relacionadas con el embarazo; donde todos los niños fueran niños deseados y los individuos y las parejas tuvieran los recursos y la autonomía necesarios para decidir su propio destino. Sin embargo, ese no es todavía nuestro mundo y las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres contribuyen a la persistencia de serios problemas de salud.” Family Health International (s.f.)

>67

3. Género y planificación familiar

Tal y como vimos en los apartados sobre salud sexual y reproductiva, y derechos reproductivos, el acceso a la planificación familiar es crucial para que hombres y mujeres puedan atender y mantener la salud y el bienestar personal, y de sus familias. Sin embargo, los programas de planificación familiar están en gran medida determinados por cuestiones de género. Por ejemplo:

■ Prácticamente la mayoría de los métodos de planificación familiar reversibles son femeninos. Los únicos métodos masculinos son los preservativos y “la marcha atrás” o coito interrumpido.

■ Las mujeres soportan de forma abrumadora el peso del uso de los métodos de planificación familiar, incluyendo el uso correcto y continuado, el viaje al centro de salud, el costo y los efectos secundarios del método utilizado.

■ En muchas sociedades, las mujeres necesitan el permiso de sus cónyuges para recurrir a la planificación familiar y, sin embargo, los hombres carecen de información sobre su seguridad y la forma en que funcionan.

■ Las mujeres suelen estar presionadas por sus cónyuges, sus familias y la comunidad para tener muchos hijos. Estas influencias no suelen considerar

las preferencias de la mujer sobre el número de hijos que desea tener o las consecuencias para su salud.

- Los hombres carecen de información suficiente y adecuada sobre los métodos anticonceptivos, su funcionamiento, sus efectos secundarios y sobre la forma en que pueden afectar una futura fertilidad.

- Los hombres no tienen por lo general la posibilidad de elegir entre una amplia variedad de métodos anticonceptivos. El preservativo que se suele considerar un método para usar en relaciones ocasionales o fuera de la pareja, y la vasectomía que muchos hombres consideran como una pérdida de masculinidad.

- Además, se suele excluir a los hombres de los actuales servicios de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, la atención prenatal y los cuidados postaborto.

Es importante distinguir entre anticoncepción y planificación familiar, ya que frecuentemente esta última se considera como la mera provisión de métodos anticonceptivos. La planificación familiar consiste en proveer a cada familia de los medios para decidir sobre el número de hijos que desean tener y el momento en que desean tenerlos.

Los programas de planificación familiar intentan abordar el hecho de que, actualmente, al menos un tercio de los embarazos en el ámbito mundial, tanto en países desarrollados como en desarrollo, son “no buscados”. En algunos países, como Kenya y Bolivia, más del 50% de los nacimientos lo son y, además, la mayoría son no deseados. El objetivo de la planificación familiar es que todos los niños nacidos sean niños deseados. Por ello, además de la anticoncepción, un programa de planificación familiar debería proveer también servicios de prevención y tratamiento de infertilidad y de aborto inseguro.

4. Género y aborto inseguro

El aborto es una de las cuestiones que más disidencias provoca en el área de salud. Y sin embargo, a pesar de los sentimientos y opiniones de individuos, líderes religiosos o de la comunidad donde se está trabajando, sabemos que cuando se enfrentan a un embarazo no planeado o no deseado, algunas mujeres harán todo lo que esté en su poder para interrumpir el embarazo, sin pensar en el riesgo que corren sus propias vidas. Este hecho es real y siempre

lo ha sido, en todas las épocas de la historia y en todas las regiones del mundo. De los 210 millones de embarazos que se producen cada año, más de 46 millones acaban en aborto. La tasa de abortos, o la frecuencia de abortos, no depende de si éste es legal o ilegal, seguro o inseguro, la tasa de abortos depende del número de embarazos no planeados. Es alta en países en que el deseo de tener familias reducidas es alto, pero el uso de anticonceptivos es bajo o poco efectivo. Por otro lado, es baja si el uso de sistemas anticonceptivos es alto o si las familias desean muchos hijos. Muchas de las razones por las que las mujeres no se protegen de embarazos no planeados no son de orden personal sino de naturaleza social, económica o cultural. En algunas sociedades tradicionales la idea de planificar para quedarse embarazada o para prevenirlo es inaceptable, si bien estas actitudes parecen estar cambiando con el tiempo. En otros contextos, las mujeres que quieren llegar a controlar el número de hijos no tienen acceso a servicios de planificación familiar y provisión de anticonceptivos, ya sea porque éstos cuestan mucho dinero, su provisión es poco fiable, o los servicios son difíciles o imposibles de obtener.

■ Aborto seguro e inseguro

En los países en que el aborto es legal, los servicios son en general accesibles y el procedimiento se realiza en una fase temprana del embarazo por profesionales cualificados. En este contexto el aborto resulta un procedimiento muy seguro. Las muertes relacionadas con abortos son muy escasas, aproximadamente de un 0,04%. En aquellas regiones en que el aborto es ilegal, las mujeres de un mayor status económico pertenecientes a zonas urbanas suelen tener acceso a abortos con menos riesgos, pero muchas de sus pares pobres que viven en zonas rurales tratan de terminar con sus embarazos exponiéndose a graves riesgos para su salud.

>69

Si bien hay muy poca relación entre la legalidad del aborto y la incidencia de abortos, existe una fuerte correlación entre la legalidad del aborto y la seguridad en el mismo.

Aunque estas mujeres sobreviven a la mayoría de este tipo de operaciones, el aborto inseguro puede causar una discapacidad e incluso la muerte. Más del 90% de las muertes debidas a abortos se producen en países donde no hay acceso a un aborto legal y seguro. La falta de acceso a un aborto seguro y legal resulta, no sólo un perjuicio para la mujer, sino que además supone un alto coste para la sociedad. En muchos países en desarrollo en los que no hay acceso a un aborto seguro, dos de cada tres camas de los servicios de obstetricia están ocupadas por mujeres que sufren complicaciones de un aborto inseguro. En algunos hospitales se llega a utilizar la mitad del presupuesto de

maternidad en servicios de atención postaborto. La clave para ayudar a que las mujeres eviten los peligros del aborto inseguro puede encontrarse en la asistencia y asesoramiento basado en la comprensión y en la no expresión de juicios. Las circunstancias que llevan a una mujer a terminar con un embarazo son muchas y variadas, pero nunca resulta una elección fácil. Debemos ayudarla a reflexionar sobre sus opciones y a elegir una vía que no ponga en peligro su salud y su vida. Si ha terminado ya con su embarazo, debemos garantizar atención médica de calidad, sin expresar juicios u opiniones. Ayudarla a tomar decisiones sobre planificación familiar que aseguren que sus próximos embarazos sean buscados y deseados.

Por qué las mujeres eligen el aborto

La decisión de practicar un aborto nunca es fácil. Una mujer puede buscar el aborto porque:

- Carece de recursos materiales para cuidar de más niños.
- Tiene miedo de ser rechazada o de sufrir violencia si se descubre que está embarazada.
- No tiene pareja que le ayude a mantener al niño.
- Quiere terminar sus estudios, pero no puede si está embarazada.
- El embarazo es el resultado de una violación.
- El embarazo supone un riesgo para su salud.
- Está infectada de VIH y no quiere que su hija/o contraiga la enfermedad o viva su vida como huérfana/o.
- Tiene problemas con su marido o pareja.

■ Qué hacer para proteger a las mujeres de un aborto inseguro

Sin entrar en la polémica sobre la legalización del aborto, hay cosas que puedes hacer para ayudar a las mujeres a evitar los peligros de un aborto inseguro.

- Proporcionar métodos de anticoncepción seguros y eficaces.
- Asegurarse que los precios son accesibles y de que se cuenta con una cantidad gratuita o de muy bajo precio para mujeres, como por ejemplo las adolescentes, que no tienen forma de pagar.
- Revisar las políticas de tu centro de salud y eliminar todos aquellos obstáculos innecesarios que, sin intención, impiden que las mujeres tengan acceso a anticonceptivos. Por ejemplo, no existe ninguna razón médica que exija que las mujeres pasen por un examen físico antes de comenzar a usar la píldora o un anticonceptivo inyectable. Un breve examen para descartar un

cáncer cervical o de pecho puede realizarse a los seis meses o al año de comenzar a utilizar el método elegido. La exigencia de citologías cervicovaginales excesivamente frecuentes (con mayor frecuencia que una vez cada tres años) no suele estar justificada y crea resistencia por parte de las mujeres a regresar a la clínica. Además de lo expuesto, aquéllas son costosas y absorben recursos que podrían ser utilizados para proveer atención a mujeres sin recursos.

Muchas mujeres dejan de usar un método anticonceptivo eficaz para evitar la incomodidad o la vergüenza de repetidas exploraciones ginecológicas. De esta manera vuelven a exponerse a embarazos no planificados.

■ Asegurarse de que los servicios están adaptados para los y las adolescentes. Un equipo que tiene tendencia a expresar opiniones y juicios de valor puede resultar un obstáculo importante para una mujer joven que necesita atención. A menudo, el personal hace que la mujer se sienta avergonzada de requerir anticoncepción, e incluso le puede llegar a negar este servicio. Los y las adolescentes son la población con menor probabilidad de utilizar protección, de tener acceso a información sobre opciones seguras o de sentirse cómodos cuando buscan ayuda médica. Se deberá formar al personal para que reciba positivamente a los y las adolescentes.

■ Proporcionar, si es posible, atención postaborto en el centro de salud. Es más probable que las mujeres acudan a un centro de salud donde el personal es sensible y tolerante que a un hospital. Si no es posible dicha atención en tu centro, intenta trabajar con las autoridades locales para que éstas provean una atención postaborto completa y adecuada.

■ Brindar servicios de planificación familiar postaborto para ayudar a las mujeres a prevenir embarazos no deseados.

■ Apoyar, si esto fuese posible, los esfuerzos para legalizar el aborto.

En Guyana, donde el aborto es legal desde 1995, las admisiones por abortos sépticos e incompletos en el hospital maternal más importante de la capital disminuyeron un 42% en los primeros 6 meses a partir de la entrada en vigor de la ley. Antes era la tercera causa más importante (y el aborto incompleto la octava) de admisión.

■ Atención postaborto

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha identificado el tratamiento inmediato del aborto incompleto como un elemento esencial de la

atención obstétrica que debiera estar disponible en todo hospital de distrito. El tratamiento de abortos incompletos no complicados puede realizarse en el ámbito de la atención primaria o en los centros de planificación familiar mediante aspiración, si existen recursos y personal con experiencia. Los elementos clave de la atención postaborto son:

- El tratamiento de emergencia del aborto incompleto y de las complicaciones graves que ponen en peligro la vida de las mujeres.
- Los servicios de asistencia postaborto y de planificación familiar.
- La coordinación entre los servicios de emergencia postaborto y el sistema de atención en salud reproductiva.

El tratamiento de emergencia por complicaciones postaborto incluye:

- Una valoración inicial para confirmar la presencia de complicaciones postaborto.
- Un diálogo con la mujer referente a su enfermedad o complicación y al tratamiento que debe seguir.
- Una evaluación médica (breve historia, exploración clínica y ginecológica).
- Referencia inmediata y derivación si la mujer requiere un tratamiento que no está disponible en el centro de salud.
- Estabilización de las condiciones de emergencia y tratamiento de cualquier complicación que ocurra durante o después del ingreso.
- Evacuación uterina para eliminar restos abortivos.

Si el centro no puede proveer servicios de atención postaborto, es importante establecer un buen sistema de referencia o derivación, incluyendo los medios de transporte para las mujeres que necesitan este tipo de atención.

5. Género y las infecciones de transmisión sexual incluido VIH

Quizá el VIH/SIDA sea el problema donde con más facilidad se pueda ver el impacto de los roles de género. Con demasiada frecuencia las mujeres carecen de control sobre su propia sexualidad. Por el contrario, la mayoría de los hombres pueden elegir cuándo, con quién y con qué protección, si la hay, mantener rela-

ciones. La expectativa social de que el hombre pruebe su masculinidad asumiendo riesgos o teniendo múltiples parejas aumenta el peligro de que se infecte o de que infecte a sus parejas. Una vez infectados, muchos hombres se sienten incómodos ante la idea de acudir a servicios de salud sexual y reproductiva. Esto podría deberse a que ven estos servicios como exclusivamente para mujeres, o a que se les ha condicionado socialmente en la creencia de que una parte importante de ser un hombre es la de ser “fuerte” y no necesitar asistencia. La mayoría de las parejas encuentran muy difícil la comunicación sobre cuestiones sexuales, en particular sobre el riesgo de contraer una infección de transmisión sexual. Debido a esto, muchas mujeres no piden a sus parejas que utilicen preservativos, e incluso es posible que no puedan negarse a mantener relaciones sexuales aún sabiendo que se exponen al riesgo de un embarazo o de una ITS. Muchos hombres no utilizan preservativos con su pareja más regular aún sabiendo que las exponen al riesgo de contraer una ITS, ya que tendrían que admitir que mantienen relaciones sexuales con otras mujeres. A menudo, las mujeres tienen miedo de decir a sus cónyuges que tienen una ITS, incluso cuando han sido éstos los que se las han transmitido. Temen que esta situación les lleve al maltrato, al divorcio e incluso a la muerte. La falta de poder de las mujeres en las relaciones sexuales a menudo las pone en situación de no poder negociar unas relaciones sexuales seguras, o de no poder negarse al sexo inseguro o no deseado. Además, la falta de oportunidades de las mujeres en el acceso al trabajo, la educación y la capacitación, lo que implica un escaso acceso al poder económico, impide que éstas elijan o tomen decisiones sobre sus propias vidas, en particular en lo relativo a limitar los riesgos sexuales y proteger la salud de sus familias.

>73

■ Las mujeres son más vulnerables a las infecciones: diferencias físicas entre hombres y mujeres

■ Las mujeres son más propensas a contraer ITS de un sólo acto sexual porque el semen, que transporta altas concentraciones de virus, permanece en el canal vaginal durante periodos relativamente largos. Esto incrementa la posibilidad de infección. Además, la vagina es más vulnerable a pequeños cortes o heridas que pueden incrementar el riesgo de transmisión. Las mujeres están más expuestas ya que a través de la extensa superficie de la mucosa de la vagina y del cérvix, el virus puede infiltrarse.

■ Los investigadores estiman que el riesgo de infección de las mujeres con VIH por falta de protección en las relaciones es por lo menos 2 veces superior al de los hombres. El mismo en mujeres jóvenes (15-19 años) es de 5 a 6 veces mayor que en los hombres jóvenes.

■ El riesgo de infección por VIH de hombres y mujeres aumenta de

forma significativa cuando se sufre otra ITS, especialmente infecciones que producen úlceras genitales.

- Los hombres tienen menos propensión a contraer una ITS porque el pene es menos vulnerable a una transmisión, ya que está protegido por piel (a diferencia de parte de la vulva y la vagina que son mucosas).

- Muchas ITS no producen síntomas en las mujeres, o producen síntomas (como el flujo vaginal) que no se identifican con una ITS o que no se identifican fácilmente, ya que aparecen dentro del cuerpo de la mujer. Por ello, las mujeres a menudo no acuden a tratarse una ITS, lo que les puede conducir a sufrir mayores efectos a largo plazo que a los hombres.

- Una ITS no tratada puede causar más complicaciones serias en las mujeres que en los hombres. Las ITS no tratadas pueden terminar en la esterilidad, el embarazo ectópico, el dolor pélvico crónico o el cáncer cervical.

- Un hombre o una mujer pueden tener una ITS sin síntomas y transmitir la infección a su pareja.

>74

Un testimonio personal

En 1998 me quedé embarazada de mi cuarto hijo. Mi salud se deterioró, tenía una picazón persistente en la vagina y reglas anormales. A pesar de mis quejas en los controles prenatales no obtuve un tratamiento satisfactorio para mi infección. Me sacaron sangre para la prueba del VIH sin mi consentimiento y después del parto también analizaron la sangre de mi hijo. Entonces, el doctor me dijo que nos habían sacado sangre y que el resultado de ambos había sido positivo. Cuando le di la noticia a mi marido, me abandonó esa misma noche, después de haberme insultado y acusado de serle infiel y de ser una prostituta. Más tarde me enteré que a él ya le habían hecho la prueba y que era VIH positivo, pero no había tenido el coraje de decírmelo.

■ Los hombres jóvenes: un objetivo clave en la lucha contra el SIDA

Con el fin de controlar la propagación del VIH/SIDA debemos comenzar por los jóvenes del sexo masculino, o nos arriesgamos a que se produzcan efectos devastadores a largo plazo. Los hombres jóvenes (definidos como los individuos de 15 a 24 años) tienen relaciones sexuales con parejas distintas más que cualquier otro grupo. El principal motivo de dirigirnos a los jóvenes es que actualmente representan la cuarta parte de la población mundial que vive con VIH. Además, como grupo, es muy probable que detenten el poder en el futu-

ro, tanto en el ámbito individual (en sus vidas privadas) como en el ámbito social (dirigentes responsables de la comunidad en que viven). Uno de los argumentos de mayor peso para dirigirse a los jóvenes es el hecho de que es más fácil influir en ellos cuando están en pleno desarrollo de sus actitudes y su sexualidad. Llegar a ellos cuando todavía están descubriendo su cuerpo y sus responsabilidades para con los demás tiene más sentido que tratar de cambiar actitudes y patrones de conducta habituales cuando ya son adultos. Más del 50% de las nuevas infecciones con VIH se produce en la gente joven ⁹.

Qué necesitamos las mujeres y niñas para proteger nuestras vidas contra el SIDA.

- Formas para protegernos del VIH/SIDA que podamos controlar.
- Más poder para tomar decisiones en casa y en la comunidad.
- La oportunidad de capacitarnos para mantener a nuestras familias.
- Más derechos otorgados por ley.
- La oportunidad de recibir educación.

>75

6. Género y violencia

La violencia contra la mujer es un importante problema de salud que se pasa por alto en demasiadas ocasiones. Es un tema de discusión incómodo, ya sea cuando se trata de obtener fondos para un programa, cuando se discute en la comunidad, y más profundamente lo es para la mujer que es objeto de violencia en su propia vida. Las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como "cualquier acto de violencia basado en el género que resulta, o que probablemente resulte en daño físico, sexual o mental o sufrimiento de las mujeres, incluyendo las amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la esfera privada o pública". Esto comprende "la violencia física, sexual y psicológica ocurrida en la familia y en la comunidad en general, incluyendo el maltrato físico, el abuso sexual de niños, la violencia relacionada con la dote, el rapto, la MGF de la mujer y otras prácticas tradicionales dañinas para la mujer, la violencia no conyugal y la violencia relacionada con la explotación sexual, el acoso sexual y la intimidación en los lugares de trabajo, instituciones educativas o en otros lugares, el tráfico de mujeres, la prostitución forzada y la violencia permanente o permitida por el Estado.

⁹ Panos Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2001).

■ La violencia basada en el género tiene serias consecuencias para la salud física y mental de las mujeres

Las mujeres objeto de abusos seguramente sufrirán depresión, ansiedad, síntomas psicossomáticos, problemas de nutrición y disfunciones sexuales. Ello puede resultar en:

- La asunción de mayores riesgos sexuales por parte de las adolescentes.
- La transmisión de ITS incluyendo el VIH/SIDA.
- Embarazos no planificados y no deseados.
- Dolor pélvico crónico, relaciones sexuales dolorosas y disfunciones sexuales.

Muchas culturas tienen creencias, normas e instituciones sociales que legitiman y perpetúan la violencia contra las mujeres. Actos que serían castigados si fueran dirigidos hacia un empleado, un vecino o un conocido, a menudo se pasan por alto cuando los hombres los dirigen hacia las mujeres, particularmente dentro de una familia. Las normas sociales de una cultura definen los roles y responsabilidades de hombres y mujeres. En general, el rol de un hombre es el de proveer los ingresos para el hogar. El de una mujer es cuidar de los hijos, el hogar y alimentar a la familia. Si un hombre siente que una mujer no ha cumplido con sus responsabilidades, ha sobrepasado sus límites o ha cuestionado sus derechos, puede reaccionar de manera violenta.

En el ámbito mundial al menos una de cada tres mujeres ha sido golpeada, forzada a realizar un acto sexual, o ha sido víctima de abuso durante su vida. A menudo quien abusa es un miembro de su propia familia. La violencia de género se reconoce cada vez más como un problema de salud pública y una violación de los derechos humanos.

Diversos estudios sobre distintas regiones del mundo han demostrado que la violencia contra las mujeres es más común en aquellas sociedades en donde los roles de género se definen e imponen de manera más rígida y en donde el concepto de masculinidad está relacionado con la dureza, el honor masculino y la dominación.

La violencia contra las mujeres se produce de manera generalizada y no está limitada por el status social, económico o el nivel de educación. Todas las mujeres son vulnerables. Existe una lista común en el ámbito mundial de “detonantes” de la violencia de género, entre ellos se encuentran el desobe-

decer al cónyuge, contestar, no tener la comida lista a tiempo, cuestionar al cónyuge sobre comida o sobre posibles amantes, acudir a algún lugar sin permiso, o negarse a realizar el acto sexual.

■ **¿Por qué los hombres maltratan a las mujeres?**

Un hombre puede poner muchas excusas por haber maltratado a una mujer: influencia del alcohol, pérdida de control, o puede argumentar que la mujer “se lo merecía”. Pero el hecho es que el hombre elige la violencia como una forma para conseguir lo que quiere. Algunas de las razones por las que un hombre puede usar la violencia son:

- La violencia funciona, ofrece al hombre un rápido final a un desacuerdo, sin buscar una solución o hacer concesiones. La víctima aprenderá quién es más fuerte, y la próxima vez le dará la razón para evitar ser maltratada.

- La violencia aumenta el poder del hombre: un hombre puede volverse abusivo cuando se siente impotente en otras áreas de su vida.

- Estereotipos de género: si un hombre piensa que para ser hombre debe controlar lo que hace una mujer, puede llegar a pensar que necesita golpearla para establecer su dominio sobre ella. Si piensa que la mujer es de su propiedad y que ésta tiene ideas propias sobre su vida, puede que tome medidas para hacerla más dependiente de él.

>77

- Ha aprendido la violencia: si un hombre ha crecido en un hogar en el que ha presenciado un abuso constante de su padre hacia su mujer y hacia sus hijos, tendrá mayor propensión a volverse agresivo en su etapa de adulto.

■ **¿Por qué las mujeres se quedan con los hombres que las maltratan?**

La mayoría de las mujeres no son víctimas pasivas, más bien utilizan diversas estrategias para protegerse a sí mismas y a sus hijos. Algunas resisten físicamente la violencia, otras huyen, y otras procuran mantener la paz excusando el comportamiento de su pareja e intentando atender a sus peticiones. La posibilidad de que una mujer termine con una situación de abuso puede ser más difícil de lo imaginado. Su respuesta está limitada por las opciones de que dispone. Éstas incluyen:

- Miedo y amenazas. Su pareja ha podido amenazarla con acabar con su vida y la de sus hijos si intenta abandonarle.

- Sin dinero y sin lugar adonde ir. Si una mujer no tiene ingresos pro-

pios, o si las normas sociales determinan que no puede bajo ningún concepto dejar a su cónyuge, ésta puede no tener apoyo alguno para marcharse.

- Sin protección. Es posible que no haya nada ni nadie que impida que el hombre maltrate, o incluso termine con su vida si ésta le abandona.

- Creencias religiosas o culturales. Ella misma puede pensar que su obligación es la de mantener su matrimonio a cualquier coste.

- Esperanzas de cambio. Una mujer puede pensar que las cosas pueden cambiar, que puede conseguir que él no se enfade, que la situación mejore.

- Culpabilidad de dejar a los niños sin padre.

■ Qué pueden hacer los profesionales de salud sobre la violencia de género

El profesional de la salud puede desempeñar un papel importante en los esfuerzos por terminar con la violencia contra las mujeres. Puede aprender cómo preguntar a las pacientes sobre violencia, a detectar mejor las señales para identificar a las víctimas de violencia doméstica o abuso sexual, y ayudar a las mujeres a protegerse desarrollando un plan de seguridad personal. Cómo mejorar la situación:

- Respetando la confidencialidad. Todas las conversaciones deben realizarse en privado, sin la presencia de ningún miembro de la familia. Este punto es esencial para crear confianza y proteger su seguridad.

- Creyendo en sus experiencias y otorgándoles validez. Escúchala y cree en ella. Reconoce sus sentimientos y hazle saber que no está sola. Muchas mujeres tienen experiencias similares.

- Reconociendo la injusticia. Ella no es culpable de la violencia perpetrada en su contra. Ninguna persona merece ser maltratada.

- Buscando señales de abuso cuando se examina a una mujer. Los hombres suelen golpear a las mujeres en lugares poco visibles. Si encuentras una marca, hematoma, contusión o cicatriz poco común, pregúntale cómo sucedió. Si una mujer acude a ti con dolores, sangrando o con huesos rotos u otras lesiones, pregúntale si la han golpeado. Muchas mujeres que han sido golpeadas dirán que se lo hicieron por accidente. Asegúrale que no harás nada sin su permiso.

- Anotando todo lo que vieras. Cuando examinas a una mujer que ha sido maltratada, dibuja y marca los lugares en que la han lesionado. Escribe el nombre de la persona que la ha malherido.

- Si está en peligro, ayudándola a decidir qué quiere hacer para estar protegida.
- Respetando su autonomía. Cuando esté preparada, ella tiene el derecho de tomar decisiones sobre su propia vida.
- Ayudándole a planear su seguridad futura. ¿Qué es lo que ha intentado hacer en el pasado para protegerse? ¿Ha funcionado? ¿Tiene adónde ir si necesita escapar?
- Promoviendo el acceso a los servicios de la comunidad. Conoce los recursos que existen en la comunidad. ¿Existe una casa o refugio donde las mujeres en peligro pueden acudir?

Programas de salud reproductiva que intentan mejorar la situación

- Rusia: los funcionarios de Salud Pública reforzaron los objetivos de derechos humanos poniendo en tela de juicio las normas sociales que aceptaban la violencia doméstica, y enunciando nociones de derechos reproductivos y humanos. Los profesionales también pudieron intervenir para impedirla. El mensaje es: no hay excusa para la violencia doméstica, y el sistema de atención de la salud reproductiva es el lugar adecuado y seguro para ayudar a las víctimas.
- Suráfrica: la Asociación de Planificación Familiar de Suráfrica, conjuntamente con la AVSC Int. ha desarrollado un programa que integra actividades participativas sobre género, poder sexual y relaciones íntimas en sus talleres de capacitación. El programa se inició a raíz de un estudio realizado a 2.000 hombres surafricanos que mostraba que el 58% creía que la idea de violación no se podía aplicar a un marido forzando a su mujer a realizar el acto sexual, un 48% pensaba que la forma de vestir de una mujer podría provocar que ésta fuera violada, y un 22% aprobaba que un hombre golpeará a una mujer.
- Filipinas: la Concejalía de la ciudad de Davao sobre Violencia contra las Mujeres ha realizado actividades para reducir la violencia en todos los niveles de la sociedad. Estas actividades van desde espectáculos con marionetas que fomentan el diálogo comunitario sobre la violencia de género, a los cursos de capacitación para la policía de la ciudad, los trabajadores de salud y los funcionarios del gobierno. En 1997 el Ayuntamiento de Davao aprobó el Código de Desarrollo de las Mujeres, una ordenanza que promueve y protege los derechos de las mujeres y que incluye amplias provisiones sobre la violencia de género, entre las que se encuentran el asesoramiento y el apoyo médico y legal para las víctimas. Además ha establecido "unidades de la mujer" en todas las comisarías de policía de la ciudad.

■ Los responsables de programas de salud sexual y reproductiva pueden:

- Establecer políticas y procedimientos para preguntar a las mujeres usuarias sobre abusos.
- Establecer protocolos que indiquen claramente la atención apropiada y el sistema de referencia para las víctimas de abuso.
- Promover el acceso a la anticoncepción de emergencia.
- Ofrecer locales para los grupos de mujeres que buscan organizar grupos de apoyo y reuniones.
- Trabajar para educar a la comunidad y a las autoridades locales sobre la violencia sexual y doméstica.

■ La masculinidad como factor de riesgo para los propios hombres ¹⁰

>80 “¡¡Último vieja!!”, grita el niño de quinto de primaria para que él y su grupo de amigos corran y crucen la húmeda carretera a medida que se acerca un veloz auto en una tarde lluviosa en Xalapa. El que grita, que es precisamente el último, no se convierte en vieja, pero sí queda con fractura de fémur y conmoción cerebral, sin contar con el parabrisas roto del automóvil.

Entendemos la masculinidad como un conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada. En todas las culturas podemos encontrar un modelo “hegemónico” de masculinidad, que no es más que una forma particular de ser hombre que se establece como dominante en esa cultura, y que sirve para discriminar y subordinar a la mujer y a otros hombres que no se adaptan al modelo. Esta idea dominante de cómo deben comportarse los hombres, con el tiempo y su conversión en estereotipos, van resultando en un costo sobre su salud (y la de otras y otros). Ejemplos de esta situación son una mayor independencia, la agresividad, la competición y la incorporación de conductas violentas y temerarias en aspectos tan diversos como la relación con vehículos, las adicciones, la violencia y la sexualidad. Lo cierto es que muchas de las causas de mortalidad masculina en la etapa laboral (y sus diferencias con el patrón femenino) se pueden explicar a partir de ciertas características de la socialización de género

¹⁰ Las ideas de este epígrafe están tomadas de De Keijzer (1991).

de los hombres. Por ejemplo, el importante índice de siniestralidad laboral entre los hombres puede deberse a la tendencia de los trabajadores varones a no hacer uso de las medidas de precaución necesarias, por dar una imagen de valentía o coraje. Ya hemos hablado en epígrafes anteriores de cómo esta masculinidad se puede convertir en factor de riesgo para mujeres, niños y niñas, principalmente a través de problemas como la violencia doméstica, la violencia sexual, la transmisión de ITS, el embarazo impuesto, y en general la falta de apoyo en el cuidado de los miembros del hogar. Concretamente ahora nos vamos a referir principalmente a los riesgos que algunos atributos de la masculinidad dominante pueden plantear para los propios hombres, tanto hacia sí mismos como hacia otros varones:

■ Accidentes

La temeridad (desarrollada, probada y demostrada colectivamente entre hombres) empieza constituirse como una característica de lo masculino antes de la adolescencia.

■ Homicidio, lesiones infligidas

Es cierto que hay muchas muertes por distintos tipos de violencia (narcotráfico, situaciones políticas, represión, etc.). Sin embargo, hay que reconocer también que el asesinato se produce entre conocidos, familiares, como producto de peleas, en las cuales la violencia es un mecanismo central de resolución de conflictos.

>81

■ Incorporación de adicciones. Alcoholismo

El papel del alcohol es central como factor de riesgo, al estar presente en un alto porcentaje de los accidentes de tráfico, de los suicidios y de las detenciones. Además, es notable su efecto en las muertes por cirrosis hepática, que se hacen más evidentes en la tercera década de la vida. El tabaquismo, si bien está en aumento entre las mujeres, ha sido también una adicción masculina (y lo sigue siendo en muchos países), y explica por qué el cáncer broncopulmonar es una importante causa de muerte entre la población masculina. Por ejemplo, en Veracruz (México), uno de cada diez hombres muere por problemas de cirrosis hepática o de dependencia del alcohol, y tiene cinco veces mayor riesgo de morir por estas causas que una mujer.

■ Suicidio consumado

Cuando se habla de suicidio, éste generalmente se ve más como un problema femenino. Esto suele ser cierto en cuanto al intento, ya que estudios en diversas partes del mundo muestran que el número de mujeres que intentan

suicidarse es mayor que el de hombres. Sin embargo, cuando hablamos de suicidio consumado la proporción se revierte. Esto puede tener una estrecha relación con la dificultad masculina de enfrentar situaciones de derrota, dolor, tristeza y soledad, además de su incapacidad de pedir ayuda, que supondría una muestra de debilidad y una situación de menor poder.

Suicidios por cada 100.000 habitantes

	Hombres 93-98	Mujeres 93-98
Canadá	21,5	5,4
Suecia	20	8,5
España	12,5	3,7
Francia	30,4	10,8
Eslovenia	48	13,9
Estonia	64,3	14,1
Lituania	73,7	13,7
Federación de Rusia	72,9	13,7
Colombia	5,5	1,5
Ecuador	6,4	3,2
China	14,3	17,9
El Salvador	15,6	7,7
Nicaragua	4,7	2,2
Fuente: PNUD (2000)		

■ Autocuidado

Uno de los aspectos que resultan más llamativos cuando relacionamos la salud con los atributos masculinos es la casi total ausencia de medidas para proteger la salud que surgen de los propios hombres. Cuando se realizan talleres al respecto, aquéllos mencionan su dificultad para pedir ayuda, la falta de medidas de autocuidado, tanto médicas como las que tienen que ver con el estilo de vida.

■ ¿Qué podemos hacer para prevenir estos riesgos?

■ Fomentar el trabajo de la masculinidad, con y para los hombres desde su condición. Existen ya muchos grupos de masculinidad en diversos países que generan información, intercambios e incluso proyectos de desarrollo.

■ Es importante y necesario trabajar con hombres desde una perspectiva de género e incorporar sus necesidades específicas en los programas y proyectos de salud en general.

- Trabajar con los jóvenes. La escuela es un ámbito donde se confrontan, conforman, aprenden y practican las relaciones de género. Es por tanto un buen escenario para desactivar la educación y el trato sexista, y descubrir el valor de las relaciones igualitarias.

- Realizar diagnósticos participativos con las distintas comunidades, de los que se desprenden muchos problemas en los que los hombres tienen un claro protagonismo: el proceso de alcoholización, la violencia doméstica, problemas de pareja y familiares.

- Incorporar información, bibliografía y testimonios referidas a la condición masculina y su relación con la salud y la sexualidad en los centros de salud.

- Realizar talleres sobre masculinidad, sexualidad, la pareja y planificación familiar, con hombres sólo o con grupos mixtos, según sea conveniente.

>83

■ La Mutilación Genital Femenina (MGF)

Es una práctica tradicional que podemos encontrar en algunas regiones de África o Medio Oriente, o si trabajamos con poblaciones de inmigrantes o refugiados procedentes de estas zonas. Ésta es una práctica que consiste en extirpar partes del aparato genital femenino, o en provocar otras heridas en los genitales de la mujer por motivos culturales o razones no terapéuticas. La MGF causa grandes sufrimientos en la mujer y puede llevar a secuelas para toda la vida, y es una cuestión preocupante para la salud reproductiva. El propósito y la importancia de la MGF varían de una comunidad a otra, de una familia a otra. Los motivos que llevan a aceptarla van desde el temor de las familias a que sus hijas pierdan su honor y no puedan casarse, hasta la conformidad e insistencia de otros parientes y de la comunidad. Hay que comprender que la mayoría de los padres tienen la firme convicción de que circuncidar a sus hijas es saludable y redundante en su interés. Además, hay que entender que para muchas de las mujeres que han sido sometidas a la MGF se trató de un importante rito en el transcurrir de sus vidas, de un rito que se soporta con dignidad, como lo hicieron antes que ellas sus madres y sus abuelas. En culturas donde las oportunidades que tiene la mujer de ser honrada, celebrada y reconocida son escasas, la “circuncisión” (un término inadecuado) adquiere una importancia desproporcionada, a pesar de los sufrimientos que trae consigo. La MGF puede llegar a ser un tema particularmente difícil para las/los trabajadoras de la salud occidentales, ya que es fácil considerar que se trata de una práctica cruel y retrógrada. A veces, puede ser útil recordar que en casi todas las culturas de todos los continentes han existido prácticas que eran peligrosas o gravosas para las mujeres, como el uso de corsés con largas ballenas que se ajustaban tanto

>83

que llegaban a romper las costillas o provocaban problemas respiratorios o digestivos, así como la tradición de vendar los pies de las niñas en China. Aunque estas prácticas eran muy difundidas y aceptadas culturalmente, finalmente se reconoció que eran perjudiciales para la mujer y se abandonaron. Es importante dejar de lado el punto de vista personal sobre la MGF. Muchas mujeres que la han sufrido necesitan desesperadamente ayuda médica y es esencial adoptar una actitud solícita y comprensiva para alentar a esas mujeres a buscar atención. Para ofrecer esa atención es importante saber qué es la MGF y cuáles son las necesidades sanitarias de las mujeres que la sufren.

■ ¿Qué es la MGF?

a) Hay tres tipos:

- La extirpación del capuchón (prepucio) del clítoris y de parte del órgano.
- La extirpación del clítoris y de parte o la totalidad de los labios menores.
- La “infibulación”, que consiste en extirpar los genitales externos y coser la entrada de la vagina dejándola casi cerrada. Se deja un pequeño orificio para el paso de la orina y de la sangre menstrual. Los expertos estiman que representa el 15% de las MGF.

Por lo general, es realizada por médicos o parteras empíricas, en la mayoría de los casos mujeres de la comunidad que tienen una formación rudimentaria. A menudo se realiza con instrumentos desafilados sin esterilizar, a veces con pedazos de vidrio o de vasijas de barro, sin ningún tipo de analgesia para aliviar el dolor.

b) Complicaciones y consecuencias:

Las consecuencias de la MGF son de dos tipos: inmediatas y para toda la vida. Como la MGF se realiza a menudo sin anestesia, su efecto inmediato es un intenso dolor. Dependiendo de la habilidad de quien la practica, la resistencia de la niña y del filo del instrumento, el corte puede seccionar grandes vasos sanguíneos y provocar hemorragias que pueden llegar a causar la muerte. Las infecciones son habituales. Los efectos a largo plazo de la MGF, en particular de la infibulación, pueden incluir la formación de una fibrosis en la cicatriz y de quistes alrededor de ella, así como el estrechamiento de la apertura de la vagina. Además, la micción puede tornarse dolorosa o difícil y producir infecciones del tracto urinario. Una niña que acaba de ser circuncidada puede demorar horas antes de orinar o puede no orinar durante días para evitar el terrible dolor que le provoca. La infección de la herida causa infecciones del aparato reproductor y dolor crónico de la pelvis. Las mujeres que quedan embarazadas padecen una agonía adicional ya que la apertura artificial es demasiado pequeña para que el niño pueda nacer y, por lo tanto, se necesita realizar una nueva incisión para que pueda dar a luz. Lo mismo cabe decir respecto de las primeras rela-

ciones sexuales; con frecuencia el coito es imposible y se requiere de una nueva intervención. Un prolongado trabajo de parto puede producir daños en la vejiga y en los tejidos circundantes que producen fistulas vesicovaginales y rectovaginales (comunicando vagina, vejiga y recto). Las mujeres que padecen estas fistulas pierden orina y materia fecal, y muchas veces son excluidas por sus familias y comunidades. Para el niño, el trabajo de parto prolongado puede causar daño cerebral e incluso la muerte.

Testimonio

“Fui mutilada genitalmente a la edad de diez años. Mi abuela me dijo que me llevarían al río para llevar a cabo una cierta ceremonia y que después me darían muchas cosas para comer. Como una niña inocente, fui llevada como una oveja al matadero. Cuando entré al lugar secreto, me llevaron a un cuarto muy oscuro donde me desvistieron, me taparon los ojos y me desnudaron. Después, dos mujeres fuertes me llevaron al lugar donde se realizaría la operación. Cuatro mujeres me obligaron a acostarme boca arriba, dos de ellas cogieron fuertemente mis piernas. Otra mujer se sentó sobre mi pecho para evitar que la parte superior de mi cuerpo se moviera. Me pusieron un trapo en la boca para que dejara de gritar. Después me afeitaron. Cuando comenzó la operación, empecé a luchar con todas mis fuerzas. El dolor era terrible e insoportable. Durante la lucha, me produjeron una terrible herida y perdí sangre. Todas las personas que intervinieron en la operación estaban medio embriagadas por el alcohol. Otras bailaban y cantaban, y lo que es peor, estaban totalmente desnudas. Fui mutilada genitalmente con un cortaplumas desafilado. Después de la operación, no se le permitió a nadie ayudarme a caminar. El paño que me pusieron sobre la herida tenía mal olor y me producía dolor. Fueron momentos terribles para mí. Cada vez que necesitaba orinar tenía que permanecer de pie. La orina se hubiera diseminado sobre la herida y me habría provocado nuevos dolores. A veces tenía que hacer fuerza para no orinar por temor a los horribles dolores. No se me dio ningún anestésico durante la operación para que sufriera menos y tampoco ningún antibiótico para evitar la infección. Mucho tiempo después tuve una hemorragia y sufrí de anemia, que se atribuyó a brujerías. Durante mucho tiempo padecí infecciones vaginales agudas.” (Hannah Koroma, Sierra Leona)

> 85

c) Problemas de salud mental

Una niña que ha sufrido una MGF puede traumatizarse durante años, agobiada por la ansiedad o la melancolía. Los dolores crónicos y sufri-

mientos, consecuencia de la MGF pueden provocar problemas duraderos de salud mental, tales como depresión y sentimiento de inutilidad. Los problemas sexuales también pueden originar tensiones entre marido y mujer. Ella puede evitar la intimidad debido a que el dolor la lleva a tener miedo de las relaciones sexuales.

d) ¿Qué puedes hacer?

Como profesional de la salud originario de un país en el que no existe esta práctica, tu papel para ayudar a evitar la MGF debe ser prudente. En el pasado, los occidentales que han condenado abiertamente la práctica de la MGF fueron acusados de no comprender o respetar estas prácticas culturales. Actitudes como éstas pueden ser contraproducentes y conseguir que la gente responda defendiendo con más vehemencia esta práctica. Es importante que, independientemente de lo que se haga, se trabaje junto a los grupos locales brindando apoyo y, cuando sea necesario, ofreciendo atención sanitaria para contribuir al cambio de las normas sociales de forma perdurable. Se puede:

- Averiguar lo que están haciendo las organizaciones de mujeres en la comunidad o región donde estás trabajando. La constante presión de los grupos de mujeres ha conseguido colocar la MGF en la agenda de los gobiernos y de las organizaciones internacionales.
- Averiguar cuál es su situación legal en el país en el que estás.
- Promover y apoyar la educación de las comunidades con el fin de informar a la gente sobre los riesgos y problemas derivados de la MGF.
- Apoyar los programas que introducen nuevos rituales que no son perjudiciales para las niñas y las mujeres.

e) ¿Cómo ofrecer asistencia sanitaria a las mujeres que la han sufrido?

Quizá lo más importante que puede hacer un profesional de la salud es averiguar si se practica la MGF en la comunidad en la que trabaja o si los pacientes que atiende incluyen inmigrantes de países donde se realizan MGF. Saber que existe la posibilidad de que una paciente haya sufrido una MGF puede ayudarnos a identificar complicaciones de esta práctica con mucha mayor rapidez.

- Brindar asistencia de forma sensible a la cultura, sin emitir opiniones.
- De ser posible ofrecer los servicios de una profesional sanitaria.
- Utilizar una terminología aceptable, como por ejemplo corte genital. Utilizar la expresión MGF puede llevar a confusión o ser injurioso.
- Es aconsejable recurrir a preguntas directas y específicas, como por ejemplo “¿cuánto tiempo?”, “¿cómo fue?”, etc. Con frecuencia, cuando se le pregunta: “¿tiene usted algún problema?”, la respuesta suele ser negativa ya que las mujeres no tienen con quien comparar sus experiencias, dado que sufrieron la MGF cuando eran muy niñas.
- Explicar a la mujer qué es lo que vas a hacer y cuáles son los motivos para hacerlo. Una mujer que ha sufrido una MGF puede no saber

como es la anatomía normal, y qué fue lo que le hicieron. Utiliza palabras sencillas y usa medios visuales para apoyarte.

- Sé consciente de que el examen ginecológico puede ser difícil, doloroso o imposible y no prosigas si la mujer está demasiado molesta. Puede ser necesario recurrir al examen con un solo dedo.

- Escribe todo lo que has visto, incluyendo un dibujo de la zona genital, si lo consideras importante, para evitar futuras repeticiones innecesarias por parte de otros profesionales.

La historia de Tostan

En julio de 1997, cuarenta mujeres de la aldea senegalesa de Malicounda Bambara anunciaron a una delegación de periodistas senegaleses que su comunidad había decidido terminar con la práctica tradicional de la MGF. Las mujeres habían tomado esta decisión junto con sus maridos, los caciques de la aldea y los dirigentes religiosos después de haber puesto en práctica el programa educativo Tostan en su aldea. Una de las mujeres explicó que el programa Tostan desarrolla prácticas y conocimientos básicos de vida y salud e incluye un énfasis en la salud de las mujeres y la estimulación temprana de la niñez. "Comenzamos pensando y hablando en clase de cosas sobre las que antes no habíamos hablado nunca, cosas que siempre habían sido, de alguna manera, "tabú"... El programa Tostan nos dio una cierta dosis de confianza que nunca habíamos tenido: confianza en que podríamos cambiar las cosas si deseábamos hacerlo." Con el tiempo las mujeres de Malicounda Bambara se animaban cada vez más a discutir los problemas que rodean la MGF. Decidieron hablar con sus amigas, sus hermanas y sus maridos sobre sus consecuencias adversas para la salud. También decidieron obtener el asesoramiento del imán y del cacique de la aldea sobre este tema. Se sorprendieron al ver que muchos de sus compañeros de la aldea apoyaban los esfuerzos para terminar con la MGF. Claro está que el imán explicó que el Corán no pide que las musulmanas practiquen este rito y que el mismo se oponía a él. Con el fin de concienciar y alentar a las mujeres de otras aldeas a discutir el problema, las mujeres representaron una comedia en la que destacaban sus nuevos conocimientos. Alentadas por su ejemplo, otras treinta y una aldeas senegalesas se sumaron a la iniciativa, comprometiéndose a terminar con la MGF en su territorio.

>87

f) Tratamiento de las complicaciones asociadas con la MGF

Como se mencionó anteriormente, las principales complicaciones y

consecuencias a largo plazo incluyen:

- Infecciones del tracto urinario de repetición.
- Infecciones de las heridas.
- Infecciones vaginales de repetición.
- Disfunción sexual y dolores en las relaciones sexuales.
- Fístulas.
- Trabajo de parto complicado.

La atención de una mujer con complicaciones puede consistir en un tratamiento puntual, como la curación de una infección del tracto urinario o de la vagina, o el cuidado y tratamiento de la herida. Sin embargo, una mujer que ha sufrido los efectos de la MGF, en particular de la infibulación, puede necesitar cuidados más avanzados e incluso ser derivada, si las instalaciones sanitarias de que se dispone no pueden ofrecer servicios de cirugía. Ésta puede ser la única solución para darle a una mujer la oportunidad de volver a tener una vida normal. La deinfibulación o reapertura quirúrgica ¹¹ de la vagina puede ser necesaria antes de que la mujer tenga relaciones sexuales o dé a luz. Y se puede realizar con anestesia local, realizándose, con frecuencia, durante el trabajo de parto para permitir el nacimiento del niño.

>88

■ **Cómo reforzar el papel de los hombres como parejas en la salud sexual y reproductiva**

■ **El comportamiento sexual y reproductivo de los hombres afecta a su salud y a la de sus parejas**

Las opiniones de un hombre sobre fertilidad y planificación familiar pueden influir en las actitudes de su pareja y su acceso a servicios y, de esta manera, determinar el número y espaciamiento de embarazos que ésta va a tener. Las prácticas sexuales de un hombre pueden ponerle (no sólo a él, también a su pareja) bajo el riesgo de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH. Para abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, es esencial que los gestores de programas comprendan los múltiples factores que influyen en las actitudes y comportamiento de los hombres, y entiendan el uso que hacen de los servicios de salud reproductiva. Ellos también tienen derecho a recibir servicios de calidad que respondan a sus necesidades. La atención de las necesidades de los hombres es importante también para atender a las necesidades de las mujeres ya que los hombres pueden crear barreras u oportunidades para que las mujeres acudan en búsqueda de atención sanitaria.

¹¹ Para obtener información médica sobre la manera de realizar la deinfibulación quirúrgica puedes visitar la página: www.fgm.org/crashcourse.html.

Hemos aprendido que hay una enorme presión en los hombres por conformarse a la imagen de ser quienes dominan todo, de hacer nuevas conquistas sexuales como prueba de hombría y sobre todo de hacer lo posible para asegurarse de que no se les considere homosexuales.

Unos servicios de salud reproductiva más adaptados a los hombres pueden resultar en mejores servicios para las mujeres. Los estudios sobre cómo incrementar el acceso de los hombres a la salud sexual y reproductiva han puesto de manifiesto las siguientes barreras.

- a) La información que tienen sobre planificación e ITS es poco precisa.
- b) Los hombres tienen poco acceso a información y a elección de servicios.
- c) Los servicios están a menudo situados en lugares poco convenientes.
- d) Las horas de atención no son apropiadas para los hombres con empleo.
- e) Los proveedores de servicios son a menudo poco amistosos o no ofrecen ayuda.
- f) Los centros de salud materno-infantiles y de planificación familiar son considerados como lugares sólo para mujeres.

■ ¿Cómo hacer los servicios más adaptados a los hombres?

>89

A menudo la razón por la que los hombres no acuden a solicitar información o atención sanitaria es simplemente porque no se sienten bienvenidos en los centros de salud reproductiva existentes. Cosas tan simples como carteles en la pared que muestran imágenes de mujeres con niños, o panfletos o revistas diseñados para mujeres pueden desalentar a los hombres a pensar que estos servicios están también para su uso. Además, el personal puede ser exclusivamente femenino u orientado a atender a mujeres, y puede estar (sin intención) haciendo que los hombres se sientan incómodos o poco bienvenidos. Como en cualquier otro programa de salud, el éxito de que un programa provea servicios de salud reproductiva a los hombres depende de que esté orientado a atender las necesidades de los usuarios. Para mejorar la calidad de un programa que pretende incluir a los hombres como usuarios:

- a) Dirige campañas de información específicamente a los hombres. Incluye información sobre anticonceptivos, ITS y servicios clínicos.
- b) Ofrece servicios específicos para hombres. Algunos programas ofrecen horarios o centros de salud exclusivos para hombres.
- c) Ofrece servicios para diagnosticar y tratar ITS y prevenir VIH.
- d) Cuenta con la colaboración de las parejas de los hombres.
- e) Promueve el uso de preservativos en todo momento, al menos con parejas distintas de la esposa.

- f)** Adáptate a las necesidades de los adolescentes para integrarles.
- g)** Intenta incluir a hombres en el equipo de profesionales.
- h)** Asegura una provisión adecuada y regular de preservativos.
- i)** Proporciona formación y apoyo a todo el personal de los centros para que incluyan a los hombres como usuarios.
- j)** Incluye asesoramiento sobre prevención para todos los hombres.
- k)** Ofrece servicios de vasectomía.

7. ¿Qué puedes hacer para que las cuestiones de género no afecten los programas de salud de manera negativa?

Como hemos visto a lo largo de este capítulo, el éxito de tu programa puede depender menos de la financiación, la provisión, los suministros y la infraestructura que de una planificación y diseño adecuados y de mayor alcance.

- Brinda formación de género para todo el personal, particularmente para el personal sanitario.

- Asegura la confidencialidad en todos los programas.

- Promueve la discusión en el ámbito comunitario de las cuestiones de género y su impacto, y organiza actividades de sensibilización a las cuestiones de género.

- Incluye a las mujeres en el diseño y desarrollo de programas.

- Aumenta el número de mujeres en el ámbito de la organización y en puestos técnicos asalariados en el ámbito de la comunidad beneficiaria.

- Proporciona a las mujeres una formación técnica que pueda generar ingresos en el futuro, para que mejoren su poder de negociación, de toma de decisiones y su status.

- Trabaja con escuelas, organizaciones religiosas y profesionales para mejorar el conocimiento de las cuestiones de género en sus esferas.

- Diseña proyectos que tengan en cuenta la importancia del papel y responsabilidades productivas de las mujeres de escasos recursos, asigna un valor económico al tiempo de las mujeres, y construye sobre las capacidades y actividades de las mujeres.

- Incluye el acceso al crédito como parte de un programa integrado para responder a las necesidades reales de las mujeres de escasos recursos.

- Fomenta la participación comunitaria como una forma eficiente de proveer algunos servicios y de minimizar la resistencia de los hombres a las intervenciones que benefician a las mujeres.
- Incluye actividades de sensibilización que aborden los roles de género que tienen efectos negativos sobre la SSR.
- Aborda las cuestiones de política que crean obstáculos a la provisión de un buen sistema de atención a la salud reproductiva.

Bibliografía y recursos en internet

- Burns, A.; Lovich, R.; Maxwell, J. y K. Shapiro, K. (1999): *Donde no hay doctor para mujeres, un manual para la salud de la mujer*, Fundación Hesperian, Berkeley.
- De Keijzer, Benno (1991): *La masculinidad como factor de riesgo. Estrategias para el cambio*, GTZ, Managua.
- Family Health International (s.f.): *Through a Gender Lens: The Importance of Integrating Gender Issues into PHN Projects and Programs*.
(www.fhi.org/en/wsp/wspubs/thruhen.html).
- IPPF (1997): *Salud sexual y reproductiva, un nuevo enfoque comunitario*, IPPF, Londres.
- IPPF (2000): *Manual for Evaluating Quality of Care from a Gender Perspective*, (<http://www.ippfwhr.org/resources/index.html>)
- Kaufman, Michael (1989): "Construcción de la masculinidad y la tríada de la violencia", en *Hombres. Placer, poder y cambio*, CIPAF, Santo Domingo.
- Miedzian, Myriam (1995): *Chicos son, hombres serán. ¿Cómo romper los lazos entre masculinidad y violencia?*, Cuadernos inacabados, nº 17, horas y Horas, Madrid.
- WHO (2000): *Violence Against Women*, Fact Sheet Nº 239, June 2000, Ginebra.
- Panos Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (2001): *Young Men and HIV: Culture, Poverty and Sexual Risk*, Nueva York.
- Population Reports (1995): *Supplement*, Series J, No 41, Vol. XXIII, No. 3, octubre.
- Population Reports (1999): *Ending Violence Against Women*, Series L, Nº 11, Dec.
- PNUD (2000): *Informe de desarrollo humano*, Ediciones Mundi-Prensa, Madrid.
- Tsui, A. Wasserheit, J. (1997): *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, National Research Council, Washington.
- UNAIDS (1998): *Facing the Challenges of HIV/AIDS/STDS: a Gender Based Response*. (www.unaids.org/publications).
- Valdés, T. y J. Olavarría (eds.) (1997): *Masculinidad/es, poder y crisis*, ISIS/FLACSO, Ediciones de las mujeres, nº 24, Santiago de Chile.

>91

En las páginas siguientes puedes encontrar experiencias, bibliografía y herramientas para autoformación relacionadas con salud reproductiva, planificación familiar inclu-

yendo mutilación genital y derechos humanos; la mayoría de ellas en español.

- European NGO's for Sexual and Reproductive Health and Rights, Population and Development: www.eurongos.org
- Federación de Planificación Familiar de España: www.fpfe.org
- Fondo de Población de las Naciones Unidas: www.unfpa.org
- Foro de ONG "Cairo + 5": www.ngoforum.org
- Global Reproductive Health Forum: www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet
- Flacso. Simposio sobre participación masculina en la salud sexual y reproductiva: www.flacso.cl/bibliomasc.htm
- Health, Empowerment Rights and Accountability: www.iwhc.org/hera/index.htm
- IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar): www.ippf.org
- Organización Mundial de la Salud: www.who.org/
- Qweb Sweden (Red mundial para la promoción de la salud de las mujeres y la igualdad entre los géneros): www.qweb.kvinnoforum.se
- Reproductive Health Online–Reproline: www.reproline.jhu.edu
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe: www.redesalud.web.cl
- MDM España: www.medicosdelmundo.org
- Mujeres en Red: www.nodo50.org/mujeresred
- Johns Hopkins University, Center for Communication Programs: www.jhuccp.org
- Emergency Contraception website: www.opr.princeton.edu/ec
- UNIFEM (Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres): www.unifem.undp.org
- Engender Health (Improving Women's Health Worldwide): www.avsc.org
- Center for Health and Gender Equity: www.genderhealth.org
- The Population Council: www.popcouncil.org
- The International Women's Health Coalition: www.iwhc.org
- Hivafrica: www.hivafrica.org
- Female Genital Mutilation Education and Networking Project: www.fgmnetwork.org
- Maximizing Access and Quality: www.maqweb.org

Capítulo IV

Identidad de género, comunicación y diferencias culturales

A. ¿Qué nos vamos a encontrar en el terreno?

Tal vez, la primera impresión que recibimos cuando llegamos a un nuevo país sea puramente física, experimentamos sensaciones diferentes, todos nuestros sentidos despiertan a un nuevo entorno... Esto no es más que el reflejo de la diversidad que esconde la nueva realidad con la que nos encontramos. Aceptar que “lo otro”, lo que no nos es habitual, lo diferente, también es real, asumir que condiciona, que determina a su vez otras formas de configuración, relación y expresión de “los otros” seres humanos, requiere mucho más que el mero ejercicio mental de asumir las diferencias desde la tolerancia. Nos comprometemos en la escucha, la aceptación, el respeto y la valoración de esa nueva realidad a la que nos enfrentamos con el legítimo deseo de transformarla. Sin embargo, la forma especial en que nos configuramos los seres humanos, nos induce a “observar” el mundo con una mirada acotada que encuentra sus límites en la propia subjetividad. Nuestro universo simbólico, las experiencias vividas actúan como verdaderos “filtros” que sesgan la observación y la escucha.

>93

Esta guía, en su conjunto, te proporciona conceptos suficientes y claros que te serán muy útiles cuando pretendas reflexionar y analizar las situaciones en las que te ves inmerso. También aporta recursos que te permitirán compartir esa reflexión con las personas beneficiarias del proyecto en el que participas. Este capítulo, por otra parte, está diseñado para la revisión de nuestros propios valores, por lo que pretende deshabilitar ciertas inercias, “desaprender” desde el reconocimiento de algunas de nuestras actitudes; en definitiva, nos propone una nueva mirada hacia uno mismo y hacia el marco relacional en el que nos movemos. Tal vez por eso te resulte... “un poco chocante”. De igual manera, este trabajo se centra en el papel de la palabra como medio que facilita el cambio en los procesos de desarrollo personal y el protagonismo que el sujeto puede asumir en la definición de sus propios cambios. En el transcurso de este capítulo vamos a reflexionar sobre:

■ Algunas de las actitudes que influyen positivamente en la comunicación humana: el reconocimiento y la aceptación.

■ Los “filtros” más frecuentes que nos alejan de la escucha: las ideas preconcebidas, los prejuicios y los juicios.

■ El papel de la palabra y los factores que la interfieren.

■ Las pautas de la escucha activa.

■ La empatía: el ámbito de la comprensión.

1. Aprender a observar, aprender a escuchar

No nos limitemos a hacer algo: estemos presentes
(*Proverbio budista*)

Muchas veces, las mujeres nos sentimos incapaces de identificar y reconocer nuestras propias necesidades, otras muchas no reconocemos nuestros derechos. No asumimos la responsabilidad sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas porque no sentimos que nos pertenezcan. Hemos asumido perfectamente el cuidado sobre la vida de otras personas (hijos e hijas, esposos/compañeros, nuestros mayores...), relegando a un ultimísimo plano todo lo que se refiere a nuestro propio cuidado. En muchos casos, puede que ni siquiera supiéramos cómo hacerlo. Tras este desatino se esconden diversas causas. Sobre algunas de ellas tendrás oportunidad de reflexionar mediante el estudio de las claves que te aporta este manual. Estas interpretaciones se refieren a la forma en la que, todos y todas, contribuimos a perpetuar un sistema de relación entre géneros, radicalmente injusto, que otorga diferente valor y poder a cada uno de ellos, propiciando la incautación de los derechos más elementales de las mujeres. Esta es una realidad generalizada a la mayoría de las mujeres del mundo aunque tiene diferente gradación y expresión en función de la cultura en la que nos encontramos. Es posible que una de las observaciones que más nos sobresalten, una vez en el terreno, sea el hecho de que las mujeres acudan menos al médico, o se sientan menos legitimadas para tomar decisiones que afectan a su propia salud reproductiva. Las razones las podemos presuponer, la explicación real, la que nos sirva, se esconderá siempre en el texto que ellas encarnen, en su propia narrativa, en su propio testimonio. De aquí, la importancia que le otorgamos al papel de la escucha.

Cualquier intervención, cualquier actuación que nos propongamos con el ánimo de transformar una realidad, debe implicar al sujeto hacia el que se dirige, restituyéndole el protagonismo de sus propios cambios.

Es al propio sujeto a quien le compete identificar sus necesidades, sus obstáculos y los recursos con los que cuenta. Sólo partiendo de estas premisas la acción podrá ser respetuosa, adecuada y sostenible. Desde esta perspectiva podremos comprender la dificultad de asumir ese protagonismo que poseen las mujeres que no se perciben como sujetos, que no se intuyen con recursos, que no se sienten autónomas, que no se saben con derechos..., que no se atreven a soñarse a sí mismas en condiciones diferentes. En el trabajo con grupos de mujeres, tanto de España como de América Latina, es frecuente constatar el escaso o nulo valor que las mujeres otorgamos a nuestro propio cuerpo. No podemos hablar de salud sexual y reproductiva sin haber resuelto previamente esta limitación.

Cuando una mujer no se reconoce dueña de su sexualidad y de su cuerpo, cuando no tiene asumido su derecho a elegir, decidir y planificar, es difícil que encuentre la fuerza y la legitimación necesarias para aceptar sin reservas nuestras indicaciones, sugerencias, recomendaciones y recursos. Nuestro papel, entonces, puede que se reduzca a estar presentes, procurando con nuestra presencia crear espacios de escucha que posibiliten la emergencia de “una nueva mujer”, sujeto de derechos, que tiende a una mayor autonomía. Autonomía como “interdependencia”, como ampliación de opciones, de capacidad para decidir..., y con la que se adquiere una mayor fuerza para afrontar una propuesta de vida diferente. Nuestro esfuerzo, para ser eficaz, debería integrar propuestas dirigidas a procurar unas relaciones de género renovadas mucho más equitativas y enriquecedoras. Nuevas relaciones fundamentadas en el reconocimiento y el respeto de las diversas identidades.

>95

Podemos hacer un receso ahora... Te proponemos que leas atentamente el poema de Marcela Lagarde ¹² que te ofrecemos a continuación, regálate ese “tiempito” que te permita recrearte en su lectura. El texto nos describe la particular visión que la autora tiene sobre su propio cuerpo. También, encontrarás algunas pistas para la reflexión (individual y/o compartida), no son más que eso, sugerencias.

■ A propósito del poema de Marcela...

- Lee detenidamente el poema, ¿te aporta algo nuevo?
- ¿Qué frases o ideas te llaman la atención de manera especial?
- ¿Crees que respetas y aprecias tu cuerpo?, ¿Te resulta fácil? ¿Sientes que los demás lo respetan?

¹² Marcela Lagarde es etnóloga (Escuela Nacional de Antropología e Historia), maestra y doctora en antropología (Universidad Nacional Autónoma de México).

Erosinfonía para mi cuerpo.

Este es mi cuerpo y en él siento,
en él pienso, en él estoy.
Este es mi cuerpo y mi casa,
mi única morada,
mi espacio entrañable,
territorio para mi descubrimiento.
Mi cuerpo es mi deseo,
y mi abrazo, mi caricia, mi mirada,
mi duda y mi osadía.
Mi cuerpo son mis afectos,
mis intuiciones y mis saberes,
mi cuerpo es mi lenguaje,
mi signo, mi gemido y mi remanso.
Mi cuerpo es mi risa y mi susurro,
mi silencio,
mi cuerpo es música y palabra,
es lágrima y guiño.
Mi cuerpo es mi andar y mi camino,
es pócima, canto, conjuro y hechizo.
Mi cuerpo es mi tierra y mi última morada.
Mi cuerpo es para mí,
para gozar y vivir en el mundo,
para hallar otros cuerpos y otras vidas y conmovirme.
Para dejar mi huella y transitar.
Mi cuerpo es el goce, el vértigo, el misterio,
el contacto, el temblor, el latido.
Mi cuerpo es efímero y delicado,
es fuerte, doliente y gozoso.
Mi cuerpo es misterio y sabiduría,
es atrevimiento y asombro.
Mi cuerpo es calor y poros y oquedades, mi cuerpo es piel y vello, y
texturas, humedades y horizonte.
Mi cuerpo conjura temores,
es sensible y me estremece.
Mi cuerpo irradia, invita, convoca, encuentra. Mi cuerpo es mío y lo amo.
Yo soy mi cuerpo y me amo.
Yo siento, yazgo, ando y gozo.

Marcela Lagarde

■ ¿Te resulta difícil exigir el respeto debido? ¿Por qué?

■ ¿De cuántas formas crees que se puede violentar un cuerpo? ¿El no acudir al médico cuando hay una dolencia, el no cuidarse?

■ Si discutiéramos sobre esto en un grupo mixto, ¿crees que habría percepciones diferentes entre los hombres y las mujeres?

■ ¿Qué condiciones crees que se tendrían que dar en un grupo para que se creara el clima de comunicación adecuado?

■ Algunas actitudes que influyen positivamente en la comunicación

Una de las principales actitudes que influyen positivamente en la comunicación humana es el reconocimiento mediante el cual las personas a las que creemos conocer, aparecen ante nosotros con una identidad hasta el momento ignorada. Es abrirnos a la escucha y así reparar en quienes comparten con nosotros todos los días, redescubriendo una existencia singular y única, espacio completo de derechos y necesidades, lugar para la posibilidad, para el desarrollo de sus capacidades y la superación de sus límites. De nuevo Marcela Lagarde nos aporta algo al respecto: “Un principio en la relación con los otros es la equivalencia humana. Este es el principio ético que fundamenta la universalidad de los derechos humanos y según el cual cada ser vale lo mismo. La equivalencia humana es un principio ético universal que antecede a todo juicio y que necesitamos anteponer a todo tipo de prejuicios. **Se trata de reconocer que todas las personas valemos, no a veces, no en ciertas ocasiones, sino siempre.**” Otro factor importante en la comunicación humana es la aceptación. Aceptar no significa el “justo a mí me tocó ser yo”, o el “bueno..., ella es así”. Estarás de acuerdo en que aceptación no es sinónimo de resignación, aunque algunas veces, en los grupos de mujeres se confunda. La aceptación es el respeto debido a las otras personas como seres humanos, con sus cualidades y sus defectos. **Aceptar significa apreciar la diversidad que se manifiesta en maneras de ser y de actuar, costumbres, ritmos, puntos de vista, etc., diferentes;** es decir, respetar aún cuando no coincidan necesariamente con nuestros propios sentimientos, pensamientos, opiniones y creencias. **Sin duda, el mejor ambiente en el que puede garantizarse una comunicación fluida y honesta es aquel en el que no domina la amenaza, ni la crítica o la censura hacia quienes nos rodean.** El apropiado funcionamiento de un grupo de comunicación requiere la revisión constante de las siguientes actitudes (entre otras):

>97

■ Esforzarse en crear el clima necesario para que las personas se sientan aceptadas, aportando una actitud abierta, capaz de armonizar las diferen-

tes ideas y opciones. Valorar sinceramente las posturas divergentes a la propia, apreciando el enriquecimiento de conocimientos y experiencias que ello aporta y hablando con libertad y naturalidad de las propias ideas, sentimientos y actitudes, aunque se salgan de lo normal y establecido.

- Vaciar la escucha de todo tipo de prejuicios, porque no tenemos elementos de juicio suficientes para juzgar y porque creemos en las posibilidades de cambio de las personas. Animar decididamente cualquier propuesta de cambio que aparezca como positiva, aunque haya una resistencia instintiva e inicial.

- Procurar, al menos en los primeros momentos, conversar más de lo que nos une que de lo que nos separa. Hablar más de experiencias de vida que de ideas. El dolor y fiestas compartidos unen más que las ideas que, a menudo, separan.

■ Una propuesta para facilitar la revisión

En algunos grupos de comunicación resulta de gran utilidad designar a una persona para que haga una observación objetiva de las actitudes más frecuentes. No es necesario tener grandes conocimientos ni recursos metodológicos, sólo imparcialidad, respeto y discreción. Si te planteas el trabajo con grupos, este cuestionario te puede ser útil. No sólo sirve de indicador para vigilar el clima del grupo en las diferentes fases del proceso, también orienta a cada participante en su reflexión individual y compartida. Es aconsejable pasarlo más de una vez para observar la evolución del grupo.

En este grupo, yo...

- Puedo expresar sentimientos afectuosos.
- Puedo expresar sentimientos de enfado.
- No admito ideas diferentes a las mías.
- Disfruto dejando que las/los demás me conozcan.
- Me preocupan mis ridiculeces.
- Me siento cómoda/o.
- Trato de relacionarme sólo con una parte del grupo.
- Aparento ser diferente de quien soy.

- Siento inseguridad sobre mi persona.
- Soy consciente de cómo los demás me ven.
- Tengo la impresión de que las/los demás me ignoran.
- Tengo la impresión de que las/los demás no me escuchan.
- Me siento nerviosa/o.
- Tengo la impresión de que las / los demás no actúan con sinceridad.
- Me parece que se puede confiar en las/los demás.
- Otras observaciones.

Código: 0: Raramente; 3: Algunas veces; 5: A menudo; 8: Generalmente; 10: Siempre. Material: Listado y lápiz. Desarrollo: Se trata de que los participantes reflexionen sobre su proceso en el grupo. Individualmente rellenarán el cuestionario y libremente lo pondrán en común.

>99

Aquí tienes un juego, se trata de que completes este ejercicio de la manera más rápida posible. No es necesario que le dediques mucho tiempo, es muy sencillo. Sólo tienes que leer el texto y responder a las cuestiones siguiendo las instrucciones que en él se indican.

Historieta

Un farmacéutico acababa de apagar las luces de la farmacia cuando apareció un hombre y pidió dinero. El propietario abrió la caja registradora. Una vez consiguió el dinero y lo colocó apresuradamente en uno de sus bolsillos, el joven desapareció. Responde a las siguientes cuestiones marcando con un círculo la alternativa oportuna, según el siguiente código: C=Correcto, I=Incorrecto, ¿? = No sabes.

- Un hombre apareció después de que el propietario apagara las luces.
- El ladrón fue un hombre.
- El hombre que apareció no pidió dinero.
- El propietario vació el contenido de la caja registradora y se fue.

■ Una vez que el hombre que pidió el dinero lo colocara en su bolsillo salió corriendo.

■ Aunque la caja registradora contenía dinero, la historieta no dice cuánto.

■ El ladrón pidió el dinero al propietario.

■ Un farmacéutico acababa de apagar las luces cuando un hombre entró en la farmacia.

■ Era pleno día cuando el hombre apareció.

■ El hombre que apareció en la farmacia abrió la caja registradora.

Ahora cuenta el número de respuestas en función del código que has seleccionado, es decir: número de veces que has respondido C, I, ¿? Vuelve a leer el texto, repasa las afirmaciones en las que has respondido correcto o incorrecto. Ahora piensa sobre qué base has fundamentado tu elección. ¿Tienes la certeza de que esas afirmaciones se ajustan al texto? ¿Encuentras elementos suficientes para mantener tus respuestas o estarías dispuesta/o a revisarlas?

>100

■ Algunos filtros que distorsionan la comunicación.

El ejercicio anterior se ha realizado con muchos grupos, algunos de ellos estaban constituidos por diferentes profesionales relacionados con el tema de la violencia de género (policías, psiquiatras, médicas/os, trabajadoras/es sociales, etc.), otros son grupos de base de asociaciones de mujeres. En ningún caso, el número de respuestas en las que seleccionaron la casilla con los interrogantes (¿?) fue superior a tres. Sin embargo, la única certeza que encontramos en la historieta, si nos atenemos al texto, es la tercera afirmación: **el hombre que apareció no pidió dinero**, a la que podemos responder, sin temor a equivocarnos, que es incorrecta. Se podría argumentar: “Hombre..., **se supone** que el farmacéutico debe ser el propietario de la farmacia, ¿no?”. Claro, y es que nos cuesta mucho pensar que un señor que ha dedicado tanto esfuerzo y dinero a sacarse la carrera de farmacia no pase de ser un simple empleado. A todo este desarrollo lógico en el que se mezclan datos objetivos con creencias o pensamientos irracionales es a lo que llamamos **ideas preconcebidas**. También pensar: “**Está claro que** una persona que aparece en una farmacia cuando están a punto de cerrar, pide dinero, lo coloca apresuradamente en su bolsillo y luego sale corriendo es porque ha ido a robar...” En este caso estamos juzgando a una persona por indicios equívocos. Nuestra experiencia acumulada, nuestros propios miedos y el tono en el que se narra

la historia nos inducen a elaborar **un prejuicio**. Las ideas preconcebidas, los prejuicios, las etiquetas y los juicios morales forman parte de lo que Marshall Rosenberg llama “la comunicación que aleja de la vida”. Este tipo de comunicación, según las palabras del autor, “nos atrapa en un mundo de ideas preconcebidas respecto a lo que está bien y lo que está mal, un mundo hecho de juicios. Emplea un lenguaje en el que abundan las palabras y las clasificaciones y dicotomías con respecto a las personas y su forma de actuar. Utilizamos este lenguaje cuando juzgamos a los demás y su comportamiento y nos centramos en lo que está bien y lo que está mal, lo que es normal y lo que no lo es, si son responsables o irresponsables, cultos o ignorantes, etcétera”. Sólo nos queda reflexionar un poco sobre el peligro que esto entraña cuando nos sumergimos en una cultura diferente. Ahora “nos damos cuenta” de lo contaminada que puede estar nuestra capacidad de observación y de escucha. Empezamos a intuir que no siempre sabemos lo que los demás necesitan o lo que más les conviene. Ahora reconocemos el valor de la palabra...y nos disponemos a escuchar...

“Cuando a nadie le podemos contar nuestra historia: Eso es muerte. Muerte por juicio. Vivir es convivir, había dicho Ortega, y cuando la convivencia es imposible porque el que convive interpone y echa su juicio sobre la otra persona, sobre aquella que nace solamente cuando se comparte, es la muerte. Se muere juzgado, sentenciado a aislamiento por el otro.” (María Zambrano. *Delirio y Destino*.)

>101

2. La palabra

La palabra es un arma cargada de futuro.
 (“Recreando” a) Gabriel Celaya

“Al reconocer que la palabra nos ha sido dada por la madre, (...) también reconozco que es ella la matriz de la vida y empiezo a unir mi vida y mi palabra. Empiezo a revivir, no sólo a recordar, (...).

Cuerpo y palabra se toman de la mano.

Empiezo a hablar en primera persona y esto es dar a luz.

Esto, ser madre de mí misma.

Está ahí la posibilidad de mi verdadero nacimiento como mujer, una mujer que deja el dolor atrás para que nazca el amor, el amor a sí misma y a los otros. Hablar en primera persona, **ser la creadora de esta nueva palabra y responsabilizarme de ella** es asumir que **soy yo** la que vivió, **yo** la protagonista, **yo** la que habla, quien relata, **yo** la sobreviviente, **yo** la memoria, **yo** la denuncia...” (Del libro *Rompiendo el silencio* de Marta Elena Montoya Vélez).

En este texto, Marta Elena nos explica cómo (parafraseando a María Zambrano) puede “nacerse por sí misma” a través de la palabra. Nacer por mí misma supone aceptar la posibilidad de cambiar aquello que no me gusta, de nacer a una nueva realidad, a una nueva condición. Al hilo de la palabra retomo el protagonismo de mi vida, elaboro mi historia y tomo conciencia de la realidad que me envuelve. La palabra me permite nombrar mis necesidades, diseñar propósitos, acopiar recursos, establecer alianzas. La palabra me conecta conmigo y con las/os otras/os, con el mundo real y el imaginario. **La palabra es el tránsito entre lo que soy y lo que quiero ser, lo que hago y lo que quiero hacer. La palabra es un arma cargada de...**

■ Actitudes más frecuentes que interfieren la palabra

- Aconsejar, ofrecer soluciones, recomendar.
- Compadecer, expresar lástima.
- Adular, tratar de parecer excesivamente agradable.
- Lamentarse, echar en cara, culpar.
- Mostrar decepción.

3. La escucha.

Ya hemos visto la importancia que tiene la palabra en los procesos de cambio de las personas. Ahora bien, para que la palabra pueda fluir se requiere de una escucha adecuada. Este tipo de escucha puede ser el recurso más potente de cuantos podamos disponer. Sin embargo, el saber cómo escuchar es, tal vez, el aspecto más difícil de la comunicación.

“Cuando (...) alguien te escucha con todo su ser absteniéndose de juzgar, sin tratar de responsabilizarse de ti ni querer cambiarte, sientes algo maravilloso. (...) Cuando se me ha prestado atención, se me ha escuchado, soy capaz de contemplar mi mundo de una manera nueva y seguir adelante. Resulta sorprendente ver que algo que parecía no tener solución la tiene cuando hay alguien que te escucha. Y todas las cosas que parecían irremediables se convierten en un río que discurre prácticamente sin trabas por el sólo hecho de que alguien ha escuchado tus palabras.” (Carl Rogers).

Normalmente, cuando estamos hablando con otra persona, no escuchamos atentamente lo que nos dice porque estamos preocupadas/os, muchas veces pensamos en lo que vamos a contestar, otras estamos buscando una solución a lo que se nos está planteando,... Escuchar bien significa centrarse en lo que se nos dice. Cuando las personas sienten que son escuchadas y comprendidas, es más probable que, en el fluir de su propio texto, encuentren las respuestas a sus necesidades.

■ Pautas para una escucha adecuada

■ Desarrollar la paciencia

- a) Dar tiempo a la persona que habla.
- b) Respetar los ritmos: cada persona tiene su propio ritmo.
- c) Respetar pausas.

■ Atender al texto

- a) Atender al tono de voz de la persona que habla: el tono de voz nos informa del estado de ánimo de esa persona (angustia, alegría, preocupación, etc.).
- b) Atender a la expresión facial: el rostro también indica el estado de ánimo de las personas.
- c) Atender a las posturas y a los gestos.

>103

■ Otra propuesta para la reflexión

Esta vez tomamos una frase del texto anterior de Carl Rogers: “**sin tratar de responsabilizarse de ti ni querer cambiarte**”.

- ¿Qué crees que significa?
- ¿Alguna vez te has sorprendido a ti misma/o elaborando tu propio texto mientras otra persona te habla?
- En ese caso, ¿has podido escuchar sus palabras hasta el final?
- ¿Nunca te has visto en un apuro por eso?

Un ejercicio saludable es el de jugar al gato y al ratón contigo mismo, intentar pillar aquella parte de ti que elabora la respuesta antes de que se haya

formulado la pregunta o se precipita a ofrecer soluciones o consejos antes de conocer, con detenimiento, el problema.

■ La “escucha activa”

Implica una conducta que le hace pensar a la persona con la que se conversa que está hablando con interés y comprensión, no sólo sobre lo que está diciendo, también sobre lo que siente y necesita.

■ Dejar hablar. Interrumpir solamente cuando recibimos demasiada información de golpe o cuando tengamos la impresión de que hemos perdido el hilo de la conversación, o nos sentimos confusas/os.

■ Dejar que haya silencios en la conversación. Estas pausas, con frecuencia, son importantes para que la persona que habla elabore lo dicho o reflexione acerca de nuevos contenidos.

■ Verbalizar lo que nos llame especialmente la atención de lo que oímos. Aquí se incluyen las contradicciones en las exposiciones, o entre las palabras y los hechos. Sin embargo, no debemos hacer reproches, ya que ocurre con frecuencia que quien habla no tiene todavía muy claras sus propias contradicciones. Es mejor expresar ese tipo de información como una duda que nos surge.

■ Interesarnos por sus sentimientos o hablar sobre la impresión que tenemos de sus sentimientos.

■ Los errores más importantes que se oponen a la “escucha activa”

■ Cuando se es irónico, se ridiculiza o minimiza el problema de quien habla.

■ Cuando se interrumpe a la persona, intentando terminar sus frases.

■ Cuando se hacen reproches, se critica o se interponen juicios.

■ Cuando se proponen soluciones prematuras, sin haber aclarado suficientemente el problema o sin haber escuchado todavía las propuestas de solución de nuestra interlocutora o de nuestro interlocutor.

■ Cuando se hacen comentarios demasiado extensos y se habla con muchas divagaciones del tema principal.

■ Cuando se hacen preguntas sugestivas, es decir, preguntas que en sí mismas llevan una respuesta implícita, como por ejemplo: “¿es que acaso tú no estás de acuerdo?”, “¿no te parece a ti también que...?”

■ La empatía

La empatía es, tal vez, la actitud más importante para la escucha. De alguna forma engloba todas las ideas que hemos ido trabajando a lo largo de este capítulo. Hay quien la ha definido como “ponerse en los zapatos del otro”. Para Marshall Rosenberg **la empatía consiste en una comprensión respetuosa de lo que los demás experimentan**. Parece sencillo, aunque en la práctica, esta actitud no resulta nada fácil de mantener pues requiere una presencia “lo más vacía posible” de nuestras ideas preconcebidas y prejuicios.

“Pese a todas las similitudes, cada situación de la vida, como un niño recién nacido, tiene un nuevo rostro que no había aparecido nunca ni volverá a aparecer jamás. Exige, pues, una manera de actuar que no puede preverse de antemano. No exige nada de otro momento vivido en el pasado, sino presencia, responsabilidad: nos exige a nosotros mismos.” (Martin Buber, filósofo israelí.)

>105

Sin embargo, es una tendencia natural en el ser humano el responsabilizarnos de la persona que habla, intentando facilitarle respuestas, soluciones, consejos,... Nos angustiamos ante el sufrimiento ajeno y esa angustia nos moviliza, sin darnos cuenta de que no damos a los demás el tiempo y el espacio necesario para expresarse plenamente y sentirse comprendidos.

■ A modo de conclusión

Hemos llegado al final de esta parte. Como la escucha es un recurso para la vida, resulta difícil atraparla en unas líneas. Puede que estas aportaciones te hayan servido para alimentar tu propia reflexión. Es posible que hoy te encuentres en un país que no es el tuyo, abordando proyectos que te ilusionan y que, seguramente, aliviarán la necesidad de muchas personas..., es posible que estés haciendo las maletas..., es posible que sólo sea un proyecto, algo que estás considerando... Puede que te sientas sensible y responsable, dispuesta/o para cuidar.. Una última reflexión: ¡cuidado con el cuidado!

■ Cuidar no sólo significa hacer para la otra persona lo que te gustaría que hicieran por ti. Significa atender las necesidades, las ilusiones, las expec-

tativas, etc. de la persona a la que dirigimos nuestro cuidado.

■ Cuidamos cuando preparamos la comida y cuando atendemos a una persona enferma o que se encuentra limitada. También cuidamos cuando damos un masaje... y cuando traemos un vaso de agua...

■ Y además cuidamos cuando percibimos los estados de ánimo de quienes nos rodean, cuando les transmitimos fuerza y seguridad devolviéndoles la confianza en sí mismas, cuando valoramos sus logros..., cuando apoyamos sus aspiraciones y proyectos..., cuando conocemos y comprendemos sus límites (el valor de su claro-oscuro) y somos flexibles..., y creemos en el cambio...

■ Cuidarnos significa aprender a percibir nuestros propios estados de ánimo, confiar en nosotras mismas, reconocer y valorar nuestros logros..., aceptar nuestras aspiraciones y aprender a diseñar nuestros propios proyectos..., conocer y comprender nuestras limitaciones (apreciando el valor del claro-oscuro)... y ser flexibles con nosotros/as mismos/as y sabernos capaces de cambiar lo que no nos gusta...

■ Y además, regalarnos un día de playa..., un atardecer en solitario o compartido..., una semana en el espacio con el que soñamos..., un ratito cada día para no hacer nada..., cinco minutos para escucharnos... En definitiva, regalarnos tiempo..., tiempo sin tiempo.

■ Para ser cuidado/a se requiere... conocer nuestras necesidades y aprender a expresarlas... saber que tenemos derecho a recibir el cuidado... y aprender a recibirlo como un regalo... desarrollar el arte del reclamo y de la gratitud...

Bibliografía

Lagarde, Marcela (1993): *Los cautiverios de las mujeres*, Colección Postgrado, Universidad Nacional Autónoma de México, México.

Rosenberg, Marshall (2000): *Comunicación no violenta*, Ediciones Urano, Barcelona.

Satir, V (1972): *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*, Pax México, México.

The Boston Women's Health Book Collective (2000): *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Plaza y Janés, Barcelona.

B. Hablando los hombres con los hombres (y de los hombres)

A los hombres nos resulta muy difícil analizar nuestras formas de relación y, como parte de ellas, la comunicación verbal: hemos sido eximidos por un sistema patriarcal que propone más la racionalización y acción para los hombres que la comunicación. Nuestro modelo masculino considera la falta de expresividad emocional y la escasez comunicativa una cualidad positiva, fruto de la austeridad e independencia del varón. Frente a esto, la fluidez comunicativa se considera como femenina y se justifica como consecuencia de un aprendizaje social para poder expresar las emociones, más ligadas a las mujeres. Si la comunicación entre hombres y mujeres es difícil, ¿qué decir de la comunicación entre hombres, que se suele poner bajo sospecha de afectación feminizante, debilidad de carácter y homofilia. Uno de los grandes logros del sistema patriarcal ha sido y es conducir a los hombres a un auténtico aislamiento afectivo, con una estrategia tan simple como eficaz: evitar que los hombres hablemos con otros hombres de nosotros mismos. Este aislamiento, que supone una gran ignorancia sobre el sentir de nuestros compañeros de socialización, nos ha impedido conocer cómo vivimos el modelo hegemónico masculino, nuestra cercanía al modelo con sus privilegios, o nuestra separación del modelo y sus consecuencias discriminatorias. Sin la implicación de los hombres en la lucha por la igualdad real (no sólo formal) de los sexos, resultará imposible su consecución. Encontraremos como poco una feroz resistencia al cambio, cuando no, una actitud abiertamente reaccionaria y beligerante. Esta implicación y coprotagonismo con las mujeres pasa por el cuestionamiento de las distintas identidades, pero de forma especial por el análisis de los propios hombres sobre su identidad masculina.

Uno de los mayores obstáculos para la comunicación masculina es partir, a priori, de la uniformidad del modelo masculino. Para empezar porque propone la autocomplacencia en el modelo masculino existente. En segundo lugar, porque esta uniformidad nos puede conducir a la quiebra de nuestra propia autoestima, al conocer varones que representan el modelo con mayor fidelidad e intensidad que uno mismo. Podemos justificar nuestro inmovilismo y ambigüedad, en la necesaria adaptación social que nos evite la quiebra de todo nuestro mundo de valores y actitudes, pero seguiremos siendo cómplices

del mayor hurto histórico de los derechos humanos, perpetuando una injusticia que debiera desaparecer. Las formas de comunicación masculina admiten tantas variantes como situaciones personales y/o sociales podamos vivir los varones. Situaciones con características y dificultades propias y diferentes en cada contexto vital. Es difícil abarcar todas las posibilidades que tienen que ver con la edad, cultura, etnia, etc., por lo que como propuesta podríamos recoger las siguientes.

■ En la familia

La comunicación entre hombres se establece bajo principios de autoridad normativa y disciplinaria. Hasta la mayoría de edad, difícil de establecer ahora ante la desaparición de ritos de tránsito que concedían tal distinción (servicio militar, acceso al mundo laboral, etc.), la comunicación mantiene una estructura jerárquica básica de hombre mayor hacia hombre joven. El mundo de los afectos y la comunicación emocional es patrimonio absoluto de las mujeres, que a veces ejercen de intermediarias afectivas entre los varones de la familia. Con la mayoría de edad la comunicación va adquiriendo una mayor continuidad y fluidez dentro del estricto marco de las relaciones familiares relacionadas con la sucesión, mantenimiento y protección del patrimonio familiar. Patrimonio en el que no es infrecuente incluir a las mujeres de la familia como una posesión más. En todos los momentos los hombres “hacemos” más que “hablamos” juntos, en un ejercicio coherente con el modelo masculino interiorizado. Los niveles y contenidos comunicativos difieren según la escala social que observemos y la mayor o menor interiorización de valores democráticos que haya alcanzado la estructura familiar. Es de destacar la comunicación entre hombres en familias donde los padres intentan relacionarse con sus hijos varones, no tanto con las mujeres, como “colegas”. Asistimos entonces a diálogos, donde la confianza sustituye al auténtico intercambio de experiencia vital y comunicación afectiva.

■ ¿Donde radica el origen de la incomunicación masculina en la familia?

El padre representa la autoridad y ésta resulta reforzada con el distanciamiento de aquellos sobre los que se debe ejercer. La imagen del padre, héroe solitario, no resistiría un acercamiento íntimo que desvelara sus auténticos temores y frustraciones. Se aprende en la familia que para los hombres la emoción y el afecto son expresiones excepcionales, reservadas para los momentos de transición, fundamentalmente vital (nacimiento, enfermedad y muerte), y algunos curriculares (logros laborales, académicos y /o deportivos, matrimonio-separación, otros nacimientos). Es en la familia donde se debieran

sentar las bases de la confianza en los demás, la expresividad y la facultad de cuidar y ser cuidado de forma integral. Escuchar, hablar, pedir y dar debiera resultar fácil donde el afecto, en general, es una garantía.

■ En el mundo de los iguales, los amigos

Reválida de la masculinidad; ritos y pruebas de acceso al escalafón de la juventud, abandonando la infancia; cuestionamiento de los valores y normas familiares; puesta en escena de lo aprehendido e intuido sobre lo que se espera de nosotros como hombres; auténtica esquizofrenia sobre lo que se “quiere hacer” y lo que se “debe hacer”; adscripción al modelo masculino o discriminación. La comunicación verbal con los amigos suele ser fácil, fluida y eficaz, siempre que carezca de tintes de afectación e intimidad. Intimidad y afectación que nos enfrentan, por una parte al temor a la homosexualidad, y por otra, a ser descubiertos como disidentes del modelo masculino. Y si no somos hombres ¿qué somos? Con los amigos, la intimidad adquiere tinte de relato novelesco en los aspectos que tienen que ver en el encuentro con las mujeres: profusión de detalles seductivos, también algunas emociones, y ante el menor asomo afectivo, parada en el discurso y nueva posición de control sobre la situación. Véase, por ejemplo, el tono peyorativo con que se relata uno de los momentos más íntimos masculinos, “la cogió llorona”, haciendo alusión a un momento de alto contenido íntimo, consecuencia casi siempre de un estado de embriaguez. El abrazo con los amigos, el contacto físico, queda reservado para situaciones épicas tan diametralmente opuestas como la pérdida de un ser querido o la consecución de logros deportivos, propios o delegados en nuestros equipos favoritos. Es en este momento vital cuando la identidad de género refuerza y modula la identidad sexual adquirida en la infancia. De la relación con los iguales y la familia se obtiene un guión de vida que escenificaremos al adquirir una autonomía plena. Por suerte, sabemos que este guión no está tan sólidamente construido y permite correcciones, añadidos e interacciones con el resto de los actores y las actrices de la teatral vida.

>109

■ El mundo del trabajo

Para los hombres representa el eje central de su masculinidad. Representa su independencia y autonomía por ser el proveedor de la familia en sus necesidades de subsistencia. Bajo estos parámetros de centralidad, en el modelo masculino, se desarrolla la comunicación de los hombres en el trabajo. En la distribución horizontal (en similares posiciones), el hombre en el trabajo habla de las dificultades que el sistema productivo crea para llevar a buen fin su misión proveedora. Es capaz tanto de callar por competir, como de

hablar por solidaridad. En silencio o manifestando explícitamente sus reivindicaciones, en el trabajo el varón se comunica dentro de las dicotomías competencia-incompetencia, competitividad-conformismo, autocomplacencia-solidaridad. En la distribución vertical (distintas posiciones jerárquicas), los hombres hablan para reafirmar constantemente sus propias posiciones. Unos defendiendo los méritos que les han colocado en un cargo de privilegio, los otros intentando que su dignidad sea respetada. Unos y otros obedientes al mandato masculino de ejercicio del poder frente a la rebeldía contra el mismo. Las dificultades en el trabajo para una comunicación verbal más íntima se originan en la falta de compromiso y de confianza con los compañeros. El motivo que allí les convoca, propone más la competencia y la acción que la reflexión y afecto con los compañeros. No son infrecuentes las amistades con compañeros de trabajo que eluden el intercambio de opiniones sobre el mismo, conscientes de que en el contexto laboral sus opiniones y percepciones van a influir en las garantías del empleo.

■ Los grupos de interés masculinos

Representan la decisión voluntaria de los hombres a comprometerse y colaborar en algún tipo de movimiento colectivo masculino, sea éste con fines de ocio, ideológico y/o político o reflexivo sobre las masculinidades. Es esta voluntariedad lo que convierte a estos grupos en un terreno idóneo para el análisis y posible cambio del modelo hegemónico de masculinidad. En aquellos encaminados al ocio, sea este deportivo y/o cultural, el nivel de exigencia comunicativa conceptual y metodológica es de baja intensidad. Esta situación de relajación colectiva y desinhibición facilita el trabajo en actitudes de respeto, tolerancia y flexibilidad. Imaginemos, como en otros casos, lo que supondría convertir en mediadores de la igualdad a figuras deportivas y/o admirados escritores. Al contrario de los anteriores, los hombres políticos se comunican en claves de ideología política. Es sorprendente ver cómo en un mundo donde la palabra es utilizada como vehículo y argumento de todo: logros, excusas, justificaciones, etc. (incluso como sustituta de la acción y omisión de responsabilidad) la comunicación es tan ineficaz como vacía de contenido. Qué decir de los grupos de reflexión sobre los propios hombres, desde los “mitopoéticos” a los profeministas, pasando por los inmovilistas y utilitaristas. Sin ánimo de autocomplacencia, podemos decir que son los grupos donde la comunicación verbal de los hombres adquiere un nivel de mayor afectación e intimidad. Desde los grupos terapéuticos a los puramente ideológicos, la propuesta es un intento de analizar con detenimiento las masculinidades, sea con fines deconstructivos o reafirmantes (y esto al margen de radicalismos de uno u otro signo). En estos grupos es donde los hombres podemos contrastar cuánto nos acercamos o alejamos del modelo hegemónico masculino, lo que inexorablemente ha

de provocar emociones de todo tipo; lo que dispone a la reflexión. Si bien la comunicación masculina en estos grupos resulta comprometida e íntima, no es menos cierto que en ellos se escenifican algunos roles masculinos que debieran estar superados, como son las luchas de poder y liderazgo. Resulta una enorme tentación repetir lo que en otras líneas de esta guía se ha dicho sobre la comunicación, pues además de suscribirlo en su totalidad es difícil escribirlo mejor: escucha activa, empatía, sin prejuicios y fuera de todo intento de dominio e imposición. Estas son las bases de la comunicación. Que los hombres aprendamos a comunicarnos con las mujeres y con otros hombres pasa por conceder a la palabra categoría y valor más allá de la retórica. Pasa por saber que los sentimientos no pierden su trascendencia e intensidad por ser explicitados verbalmente. Que es mejor ser vulnerable, que estar solo. Mejor confundido que ignorado. Mejor amado que temido.

Bibliografía

- Amorós, Celia (1985): *Hacia una crítica de la razón patriarcal*, Anthropos, Madrid.
- Martínez Benlloch, I. y Bonilla Campos, A. (2000): *Sistema Sexo/Género, identidades y construcción de la subjetividad*, Universitat de València, Valencia.
- Sánchez-Palencia, C. e Hidalgo, J.C. (eds.) (2001): *Masculino plural: construcciones de la masculinidad*, Universitat de Lleida, Lleida.
- Sagarra, M. y Carabí, A. (eds.) (2000): *Nuevas Masculinidades*, Icaria, Barcelona.

Parte tercera

Ya en el terreno

Capítulo V

El proyecto o programa

1. ¿Qué es un proyecto de cooperación?

Los proyectos son la “acción” más habitual en el campo de la cooperación al desarrollo. Si bien la motivación y los objetivos de las ONGD son muy diversos, todas ellas utilizan los proyectos como el “instrumento” fundamental para concretar en la práctica sus políticas y su visión sobre el desarrollo. En este sentido, representan esfuerzos concretos de ONGD, organismos multilaterales y agencias de desarrollo del Norte, junto con instituciones u ONGD de los países en vías de desarrollo, que persiguen un objetivo concreto de transformación o cambio positivo.

>115

Elementos característicos de un proyecto

- La ubicación geográfica, la población a la que se dirige y su duración están determinadas.
- El contexto social, económico y cultural en que se desarrollan puede modificarse, por lo que los proyectos son procesos vivos, en los que se acepta su adaptación y reorientación.
- Pretenden entre sus objetivos lograr el cambio o transformación de una situación o problema de partida.
- Se concretan mediante unas actividades que desarrollarán los distintos actores sociales implicados en la situación que se desea transformar.

Todo **proceso de cambio o transformación** social es complejo y lento, incluidos los cambios en los proyectos de cooperación: nos movemos en contextos socioculturales alejados del propio; vamos a incidir en la vida diaria y posiblemente futura de muchas personas y comunidades, las cuales, al igual que nosotros, pueden partir de prejuicios o ideas preconcebidas respecto de nuestra presencia. Encontraremos resistencias internas y externas a nuestras propuestas de cambio, las cuales habrá que prever de antemano y valorar en su justa medida, mucho más cuando pretendamos incidir en el ámbito priva-

do de las personas. Nuestra acción responderá a las prioridades estratégicas, políticas y sectoriales de nuestra ONGD y de nuestros donantes y, voluntaria o involuntariamente, también podremos estar apoyando políticas que perpetúan las desigualdades; gestionaremos fondos públicos y privados de los que posteriormente tendremos que responder en términos de eficacia, eficiencia, y transparencia en su uso... Dada esta complejidad, **la planificación o identificación del proyecto es la fase esencial**. La planificación partirá siempre de un triple análisis:

- Análisis del contexto social, económico y geográfico del proyecto.
- Análisis de las relaciones de poder que subyacen en la comunidad.
- Análisis de los actores que intervienen en la misma.

En un proyecto concreto, el objetivo de cambio se traduce en la consecución de unos resultados de mejora tangibles o verificables (por ejemplo, reducción de la tasa de mortalidad materna, aumento de la cobertura del programa de vacunación infantil, o disminución de la transmisión del VIH). Sin embargo, para conseguir estos resultados, es necesario que cambios profundos y menos visibles tengan lugar en las relaciones de poder que existen en la comunidad donde se desarrolla el proyecto. Los problemas concretos que identificamos a primera vista, y que nos motivan a actuar, tendrán su causa en estas relaciones de poder. Utilizando la terminología médica, el problema concreto y tangible identificado sería el síntoma. En toda comunidad existen unas relaciones de poder determinadas por la cultura y organización social local, donde diferentes factores y actores sociales se conectan entre sí, creando relaciones que pueden ser de dependencia, sinergia o antagonismo.

El objetivo último de nuestro proyecto será transformar estas relaciones; para ello, en primer lugar, deberemos identificarlas y comprenderlas. Estas relaciones de poder determinan que ante nuestro objetivo de cambio o transformación, todos y cada uno de los actores implicados presenten unas capacidades y limitaciones diferentes, que tendremos que conocer y valorar. Al hablar de actores, nos referimos a todo aquel individuo, grupo, organización o institución incluida la ONGD del Norte para la que trabajamos, y sus donantes públicos o privados, que en el contexto concreto del proyecto y del cambio perseguido, se valore que ostentan una capacidad de injerencia, apoyo o resistencia al cambio propuesto. Las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres son una más de estas relaciones de poder confluentes, como lo son también la edad de las personas, la raza o etnia, la orientación sexual, la religión, la clase social y el extracto rural o urbano de las personas. Dado que todas las relaciones de poder interactúan unas con otras, en la planificación del proyecto debemos atender al análisis exhaustivo de todas las que identifiquemos, para lo cual será fundamental utilizar herramientas participativas en su identificación.

Maternidad segura en Baluchistán (Pakistán)

El objetivo de este proyecto es la disminución de la tasa de mortalidad materna en la provincia. El análisis de partida del proyecto es el siguiente: culturalmente, la mujer no tiene la facultad de decidir cuándo acudir al médico. Son su marido y suegra los que tienen esta facultad. La libertad de movimiento de la mujer en general, y particularmente de la embarazada, está restringida; no se le permite estar en compañía de hombres que no sean de su familia inmediata, lo que crea obstáculos en el acceso a los servicios de salud. Por último, éstos no son gratuitos, y las familias no dan prioridad al gasto en salud. En el momento del parto, las mujeres embarazadas pobres y de núcleos rurales son asistidas por comadronas tradicionales no capacitadas, lo que ocasiona una elevada morbilidad materna.

Para que este proyecto pueda alcanzar su objetivo, habrá que tener en consideración las relaciones de poder que subyacen en esa comunidad y que sitúan a la mujer, y en concreto a la embarazada, en esa situación de subordinación en los procesos de toma de decisión. Ello requerirá necesariamente trabajar con los hombres y las suegras, buscando su implicación en el proyecto; no obstante, pueden existir otras muchas relaciones de poder que tendríamos que considerar para alcanzar nuestro objetivo. En cuanto al contenido formal de los proyectos, éstos recogen la información del siguiente cuadro.

>117

Contenido formal de los proyectos de cooperación

- Análisis de todos los factores y actores que convergen en la situación que se desea modificar, teniendo presente las relaciones de poder existentes entre los mismos, sus capacidades, debilidades, oposición o apoyo respecto al objetivo del proyecto.
- Definición clara del objetivo de cambio o transformación que se desea alcanzar y de los resultados esperados.
- Identificación de las actividades o acciones necesarias para que la aportación prevista al proceso de cambio se pueda alcanzar.
- Identificación de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para desarrollar estas actividades.

Cuando el personal de cooperación se integra en un proyecto, tiene que tener en cuenta, por tanto, que ha entrado en un proceso de transformación, previamente planificado, que responde a una determinada política de desarrollo de su ONGD, y que tendrá unos objetivos definidos a cuya consecución irá encaminada su labor.

■ Resumiendo

Un proyecto de cooperación es un proceso complejo de transformación de relaciones de poder desiguales en una comunidad, que responde a un posicionamiento político de la ONGD ejecutora, y que ha de partir necesariamente de una correcta identificación de las relaciones de poder que subyacen en la comunidad.

■ ¡Para saber más!

Existen herramientas metodológicas que facilitan la planificación de los proyectos. El enfoque del marco lógico (EML) es una herramienta analítica para la planificación y gestión de proyectos a lo largo de su ciclo vital (gestión del ciclo del proyecto), comúnmente aceptada por las ONGD, organismos multilaterales y donantes ¹³.

2. Tipos de proyectos de cooperación: de emergencia y de desarrollo

Partiendo de una clasificación simplificada, los proyectos de cooperación pueden ser de dos tipos en función de las circunstancias en que se desarrollen: proyectos de desarrollo y proyectos de emergencia.

■ Proyectos de desarrollo

En la concepción actual de la cooperación al desarrollo, el objetivo último de estos proyectos será contribuir a un **desarrollo humano, equitativo y sostenible**.

■ Humano

Desarrollo centrado en las personas y no en los indicadores macroeconómicos, donde hombres y mujeres son actores de cambio social para desarrollar sus potencialidades, por lo que participan plenamente en el proceso de desarrollo.

■ Equitativo

¹³ Existen numerosos manuales que describen esta herramienta. Por ejemplo, NORAD (1997).

Desarrollo que permita a toda persona, con independencia de su sexo, raza, etnia, religión, orientación sexual, estrato social o económico, edad, y de la posición que sobre la base de esas distinciones ocupen en su sociedad, gozar de los mismos beneficios, acceder a los mismos recursos y participar en pie de igualdad en los procesos de decisión de su propio desarrollo. La búsqueda de la equidad de género entre hombre y mujer se engloba en este concepto.

■ Sostenible

Desarrollo cuyos beneficios se mantengan en el tiempo y no pongan en peligro la sostenibilidad medioambiental de las generaciones futuras.

■ **Los cambios concretos que se pretendan alcanzar se podrán producir en tres niveles:**

- a) En la vida de las personas (en el ámbito individual y en el ámbito privado del hogar).
- b) En las formas de articulación social y de participación (nivel comunitario).
- c) En el ámbito de la organización y de estructuración de las instituciones (nivel político).

>119

Proyectos de desarrollo	Proyectos de emergencia
<ul style="list-style-type: none"> - A largo plazo. - En contextos sociales que, aunque deprimidos, no se ven afectados por una situación de crisis que no haga posible dar una respuesta a las necesidades más inmediatas de la población. - Persiguen objetivos de desarrollo concretos en el sector de actuación seleccionado: educación, salud, generación de ingresos para la comunidad, desarrollo y capacitación de las instituciones locales, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> - A corto-medio plazo. - En contextos de crisis, en donde aumenta la vulnerabilidad de las personas para hacer frente a sus necesidades, y disminuye, por tanto, su capacidad de acción. - Tienen objetivos determinados: asegurar la protección de las personas damnificadas, sobre todo de la población refugiada y desplazada; la satisfacción de necesidades básicas (agua, alimentación y asistencia sanitaria...), específicas de hombres, mujeres, jóvenes, niños/as.

La mayoría de los proyectos de las ONGD están orientados al desarrollo, al tener lugar en contextos donde hay espacio para la transformación social. Sin embargo, cada vez más las ONGD están llamadas a intervenir en situaciones

de emergencia, dada la vulnerabilidad estructural de los países donde trabajan en proyectos de desarrollo ¹⁴.

■ Proyectos de emergencia o ayuda humanitaria

Las emergencias vienen asociadas a desastres naturales (terremotos, inundaciones, sequías, etc.), o bien a desastres provocados por el hombre (violencia, guerra, graves desastres medioambientales, etc.). Estas circunstancias son las que pueden quebrar la capacidad de respuesta “normal” de una comunidad y las que pueden obligar a reorientar un proyecto de desarrollo en un proyecto de emergencia. El objetivo del proyecto será aliviar las necesidades de la población en esa situación e intentar regresar a su situación de desarrollo “previa”. En este sentido se habla del “*continuum* humanitario” por el que pasa una comunidad tras una crisis:

Emergencia — Postemergencia — Rehabilitación — Desarrollo

Crisis humanitaria en Afganistán

Más de dos décadas de guerra continua en el país han provocado una situación casi insostenible. Existen grandes campos de desplazados internos a lo largo del país y campos de refugiados en las vecinas Pakistán e Irán. Son miles los muertos como consecuencia de la guerra y familias rotas, y uno de los países con mayor densidad de minas antipersonales del mundo. La destrucción de las infraestructuras existentes lleva a unos servicios de salud muy deficitarios. Los medios de vida, como la agricultura, se han perdido; no sólo por las minas, sino también por la aguda sequía que asola el país. La situación de las mujeres y niñas es una de las peores en todo el mundo por la rígida política de exclusión impuesta por los integristas talibanes que controlaba el 90% del territorio. Esta situación se ha visto agravada recientemente por la ofensiva de la coalición internacional contra el régimen talibán en suelo afgano, como consecuencia de los atentados terroristas del 11 de septiembre de 2001 en EE UU.

Dentro de los proyectos de emergencia destacan las “emergencias complejas”: éstas tienen lugar en contextos de profunda crisis social, con orígenes políticos, en el que un elevado número de personas muere o sufre como consecuencia de la guerra, los desplazamientos, el hambre y la enfermedad.

¹⁴ Véase el capítulo de Menchu Ajamil titulado “Enfoques y estrategias sobre género y desarrollo” en Villota (1999).

Siempre provocados por el hombre (violencia o conflicto bélico), estos desastres en ocasiones se ven agudizados por desastres naturales ¹⁵.

Los proyectos de emergencia están acompañados en ocasiones de fuertes campañas mediáticas que hacen que la ayuda internacional (ONGD internacionales, agencias de Naciones Unidas, y principales donantes) se concentre por un breve lapso de tiempo en aliviar las necesidades de la población afectada. En estas circunstancias hay que tener presente dos premisas:

- La emergencia no es “propiedad” de la comunidad internacional o de las ONGD que acuden en su alivio, sino que cuenta con sus propios actores, los que comúnmente denominamos “víctimas” o “damnificados”.

- Hay que respetar en cualquier caso la dignidad humana de los beneficiarios de nuestra acción, personas que cuentan con habilidades y capacidades suficientes.

3. Género en los proyectos de cooperación

■ ¿Por qué es importante la dimensión de género?

>121

- Porque los proyectos tienen que contribuir a la equidad de género como objetivo de justicia social.

- Porque de esta manera reconocemos que la desigualdad de género puede estar entre las causas de la situación que pretendemos modificar, y así aseguramos que los beneficios del proyecto alcancen a hombres y mujeres.

- Porque los proyectos, al tratarse de procesos de transformación, no son actuaciones “neutrales” y pueden producir un impacto negativo no previsto en las relaciones de género de la comunidad.

La integración de la perspectiva de género debe tener lugar en todas las fases del proyecto, pero es esencial en la planificación o identificación, donde se ha de realizar un análisis de género de la comunidad y una planificación de desarrollo sobre la base del mismo; para ello existen distintas herramientas que se describen en el capítulo siguiente. El análisis de las relaciones género en la identificación de un proyecto de cooperación permite:

- Examinar los diferentes roles sociales, trabajos y responsabilidades

¹⁵ Emergencias complejas.

que hombres, mujeres, jóvenes, niños y niñas tienen en su familia, comunidad y lugar de trabajo.

- Analizar su participación en los procesos políticos y económicos que se producen en su sociedad.

- Identificar las diferencias en el acceso y control de los recursos, beneficios, y toma de decisiones en la vida de mujeres y hombres en su salud y en su bienestar.

En el campo de la salud, un análisis de género permite:

- Identificar los diferentes problemas de salud que hombres y mujeres enfrentan a lo largo de su ciclo vital.

- Analizar las causas genéricas o biológicas de estos problemas.

- Constatar la diferente respuesta social y del sistema público de salud ante las mismas enfermedades en hombres y mujeres, o ante las específicas de cada sexo.

- Comprobar las limitaciones de hombres y mujeres en el acceso a los servicios de salud asistenciales, de prevención o de promoción de la salud.

En definitiva, un análisis de género permite identificar el reconocimiento y acceso que hombres y mujeres tienen al ejercicio del derecho a la salud, derecho humano universalmente reconocido.

El objetivo último de los proyectos de cooperación sanitarios es el de promover una mejor condición de salud, superando, transformando, o modificando, en caso necesario, aquellas prácticas o relaciones de poder, incluidas las de género, que puedan tener un impacto negativo en la salud física y mental de hombres y mujeres, así como en su acceso a servicios de salud de calidad. Se persigue la equidad en salud, puesto que es un derecho humano reconocido a todas y a todos. Los proyectos también deben contribuir a la equidad de género al vincular directamente la salud y bienestar de hombres y mujeres con otros objetivos, como la igualdad en el ejercicio de los derechos humanos, la disminución de la discriminación laboral de la mujer, la creación de nuevas y más equitativas divisiones del trabajo reproductivo, nuevos modelos de paternidad responsable, o un aumento de la participación política de la mujer en los procesos de toma de decisión. A continuación exponemos dos ejemplos de proyectos de salud que persiguen entre sus objetivos una mayor equidad de género.

Asociando el empoderamiento económico y la salud reproductiva en Bangladesh. (Basado en una buena práctica del PNUD)

- El objetivo de este proyecto era el de mejorar la salud familiar y avanzar respecto de la posición económica y social de las mujeres.
- La estrategia consistió en proporcionarlas la capacidad para alcanzar su empoderamiento económico, incluida la capacidad de obtener préstamos a través de la creación de 500 grupos de ahorro locales de mujeres para el desarrollo de proyectos agrícolas o de mejora de la comunidad. También, la mejora de la salud reproductiva y familiar se logró con la capacitación de 160 agentes comunitarios de salud, cada una a cargo de la salud reproductiva de cerca de 150 mujeres en edad reproductiva.
- Los resultados del proyecto fueron los siguientes: 12.750 mujeres tuvieron acceso a créditos para la creación de pequeños negocios; en 2 años la utilización de los servicios de SSR aumentaron de 0,3 % a 5,6 % entre la población diana. Los abortos disminuyeron de 1.113 en el año 1993 a 307 en 1996.
- Las lecciones aprendidas: el rol reproductivo y productivo de las mujeres está íntimamente ligado, por lo que es posible mejorar ambos con intervenciones bien diseñadas. Instituciones generales, como el Banco Agrícola de Bangladesh, son importantes aliados con grupos de ahorro de mujeres, impulsando el inicio de negocios por las mujeres, y reduciendo su riesgo. Los beneficios de estas asociaciones estratégicas no sólo llegan a las mujeres, sino también a sus familias y comunidades. Las que reciben información sobre SSR adecuada, toman decisiones informadas acerca de su salud y son capaces de desarrollar una mejor comunicación.

>123

Participación de los hombres en salud reproductiva en Namibia

- El objetivo es impulsar la discusión y la información en SSR entre los hombres de 4 grupos (personal de enfermería, policías, miembros de la Iglesia luterana, e integrantes de un equipo de fútbol) para cambiar comportamientos sexuales y mejorar la SSR de hombres y mujeres, y fomentar la discusión de los roles y responsabilidades de género en las familias.
- La estrategia: responder a las inquietudes de los hombres en la SSR con una acción dirigida y facilitada por ellos (educación entre pares).
- Los resultados del proyecto: 325 hombres de los 4 grupos fueron capacitados como educadores entre pares no sólo en salud sexual y reproductiva sino también en desigualdades de género en sus comunidades.
- Lecciones aprendidas: debido a la preeminencia de los hombres en la comunidad, su implicación legitimó las discusiones sobre planificación familiar, violencia de género, y detectaron las desigualdades que impiden la participación de las mujeres en la toma de decisión e impiden que los hombres asuman mayores responsabilidades en los hogares. Éstos comprendieron que el modelo de masculinidad tiene efectos negativos para su bienestar, en el ámbito de la SSR y de la paternidad responsable.

Ambos ejemplos presentan circunstancias y objetivos muy distintos, pero ambos intentan hasta cierto punto transformar una realidad de género que no es justa: la falta de empoderamiento económico y acceso de crédito de la mujer en Bangladesh, en el primero; y la falta de implicación de los hombres en procesos de la vida sexual y reproductiva más saludables y en nuevos modelos de responsabilidad en el ámbito privado con sus parejas. Estos ejemplos también nos demuestran que integrar la dimensión de género en los proyectos no implica sólo trabajar con mujeres, sino que también puede implicar trabajar con hombres, o con ambos a la vez. De hecho, a la hora de integrar la perspectiva de género en los proyectos, existen diferentes enfoques o acercamientos que se explican en el siguiente apartado.

Hipótesis posibles sobre el trabajo con hombres desde una perspectiva de género

- El reconocimiento y respuesta a las necesidades particulares de los hombres como consecuencia de los efectos negativos que el modelo patriarcal de relaciones de género imperante, junto con otras relaciones de poder desiguales, puede tener en su bienestar y desarrollo individual (violencia masculina, psicoafectividad contenida, paternidad irresponsable, ...).
- La implicación de los hombres en la consecución de relaciones de poder más equitativas para las mujeres, a través de la información, educación y sensibilización (implicación de los hombres en programas de anticoncepción).

Sin embargo, no todos los proyectos de cooperación parten de un análisis de género. Éstos en ningún momento tendrán entre sus objetivos el alcanzar una mayor equidad de género. Existen casos en que el proyecto puede llegar a fracasar por esta falta de análisis o debido a un análisis deficiente. Incluso algunos que consiguen su objetivo, pueden tener un impacto negativo en las relaciones de género. En este sentido, la propia presencia de cooperantes y su sensibilidad respecto a las desigualdades de género pueden tener impacto en las relaciones de género: por un lado, el o la cooperante reproduce en el terreno su propio esquema de relaciones de poder, por lo que si éste no es un modelo equitativo, difícilmente podrá tener un impacto transformador en el proyecto; por otro lado, la llegada de personal de cooperación al proyecto sensibilizado o formado en equidad de género puede llevar a reorientar actividades u objetivos del mismo. Si bien el análisis de género ha de realizarse al inicio del ciclo del proyecto, en su identificación, también es perfectamente válido que (si no fue así) éste se pueda realizar durante su ejecución, en el contexto de una evaluación intermedia.

La asociación entre el empoderamiento económico y la salud reproductiva en Bangladesh

El ejemplo citado antes sobre Bangladesh puede suponer un ejemplo de fracaso, atendiendo a las siguientes circunstancias:

- Puede haberse producido una sobrecarga de trabajo para las mujeres si el trabajo reproductivo no se ha repartido más equitativamente en el hogar y no se ha implicado a los hombres.
- La independencia económica de las mujeres del proyecto estará en entredicho si ellas no tienen el control de los beneficios que consiguen con sus iniciativas empresariales, y son sus maridos quienes los controlan.
- La transformación social y superación de modelos puede limitarse al acceso al crédito de la mujer, una necesidad práctica pero no estratégica de la mujer ¹⁶.

Hay que tener presente que los y las cooperantes se encuentran en una sociedad distinta a la suya donde la consideración, oportunidades y expectativas de mujeres y hombres son muy diferentes de las que él o ella disfruta en su país de origen. La comprensión de nuevos modelos de relaciones de género llevará un tiempo al cooperante, pero su análisis será muy enriquecedor, tanto personalmente, como para el resultado final del proyecto. El o la cooperante puede preguntarse si su proyecto ha contemplado la variable de género en su análisis y sus objetivos. Para descubrirlo, las cuestiones del siguiente cuadro nos pueden dar pistas.

>125

Análisis de género en emergencias

- Perfil de población beneficiaria y de su contexto anterior y presente.
- Análisis genérico de las *actividades* con relación a la producción de bienes y servicios, la actividad agrícola, el trabajo doméstico, la protección de la comunidad y la organización social, política y religiosa, tanto antes de la crisis como después. (¿Quién hace?, ¿qué hace?, ¿cuándo, dónde y por cuánto tiempo?)
- Análisis genérico del *acceso y control* de recursos, con relación a los perdidos por la crisis, a las habilidades y conocimientos con que los beneficiarios cuentan, y a la ayuda externa ofrecida por el proyecto.

La incorporación de la perspectiva de género también es fundamental en contextos de emergencia si queremos efectivamente responder a las necesidades específicas de hombres, mujeres, niños y niñas. En escenarios de cri-

¹⁶ Véanse las definiciones de necesidades prácticas y estratégicas en el glosario.

sis, las normas y relaciones socioeconómicas tradicionales se ven amenazadas, sobre todo en caso de refugio o de desplazamiento. La vulnerabilidad social de mujeres y niñas en las emergencias se incrementa, y no hay que olvidar que la gran mayoría de la población refugiada en el mundo está compuesta por mujeres y sus hijos e hijas. Las responsabilidades y papeles se ven modificados por lo que es fundamental comprender las relaciones de poder preexistentes y las que se producen tras la crisis. El análisis se puede centrar en tres facetas que se exponen en el cuadro siguiente ¹⁷.

Mi proyecto... ¿tiene género integrado?

- ¿Existe un análisis de género de la situación de partida?
- ¿Describe específicamente el objetivo del proyecto alguna mejora, cambio o erradicación de alguna actividad perjudicial para hombres o mujeres, o alguna mejora de su posición en la sociedad?
- ¿Se reconocen problemas/beneficios/resultados específicos respecto de hombres y mujeres? ¿Y de sus relaciones de poder?
- ¿Está presupuestado en el proyecto un consultor/a de género?
- ¿Se señala el sexo del personal local contratado por el proyecto, o sólo se refiere a puestos de trabajo?
- ¿Es sexista el lenguaje en que se escribe el texto?

>126

Una intervención de emergencia en el campo de la salud que tenga integrada la perspectiva de género no podrá olvidar la SSR que, como parte del concepto integral de “atención primaria de salud” es un elemento crucial, y tiene gran influencia en el bienestar físico y mental de jóvenes, hombres y mujeres, al tratarse de una faceta importante en la vida de las personas, que no se interrumpe ante una crisis humanitaria. Sin embargo, este elemento en muchas ocasiones no es tenido en cuenta en la planificación de intervenciones de emergencia. En contextos de emergencia con población refugiada o desplazada, la respuesta inicial debería tener los objetivos que seguidamente se mencionan.

Contenido de la respuesta mínima en SSR en contextos de emergencias

- Identificar la organización encargada de la coordinación de la SSR.
 - Prevenir y dar respuesta a las víctimas de violencia sexual.
 - Reducir la transmisión del VIH, asegurando la accesibilidad a preservativos e imponiendo el respeto por las medidas de precaución universales.
 - Controlar la morbilidad materna y neonatal con la distribución de *kits* de parto seguros entre los puestos de salud y las parteras, y con el establecimiento de un sistema de referencia para complicaciones.
- Planificación de servicios de SSR integrales en la atención primaria.

¹⁷ En el siguiente capítulo de la guía se explican éstas y otras herramientas.

4. Tipos de proyectos relacionados con la dimensión de género

Se ha producido una evolución muy importante en la forma de abordar la equidad de género en las políticas de desarrollo; que se ha reflejado en los proyectos con enfoques diversos, ya sea con el enfoque MED o con GED. Podemos encontrar proyectos sin ninguna consideración hacia la dimensión de género, otros que contienen elementos de los distintos enfoques, más orientados hacia las mujeres específicamente, o que la consideran en cierta forma.

■ **Proyectos “ciegos” al género**

En ninguna de sus fases está contemplada la perspectiva de género, se dirigen a la población en general. Por ejemplo, un proyecto de construcción y de dotación del equipamiento básico médico de un hospital en Kosovo, sin ninguna consideración del impacto de género.

■ **Proyectos con enfoque anterior a MED**

Por ejemplo, los proyectos asistencialistas que tienden a mejorar el bienestar de las familias y que visualizan a la mujer sólo en su rol reproductivo, como madre y esposa. Las mujeres se sitúan como receptoras pasivas de los proyectos. Así, por ejemplo, un proyecto de atención primaria en un campo de refugiados en que se proporciona asistencia maternoinfantil, la mujer es el medio para poder acceder a la atención sanitaria de sus hijos.

>127

■ **Proyectos con enfoque MED**

Proyectos centrados en las mujeres que se basan en la identificación y satisfacción de sus necesidades prácticas. Por ejemplo, proyectos de capacitación y formación de mujeres en sus roles tradicionales o que buscan mejorar la efectividad del mismo a través de la aportación de las mujeres. Otro de sus objetivos puede ser el de promover la mayor presencia y participación de las mujeres, sin mayor consideración sobre el control del proceso del proyecto. Por ejemplo, un proyecto de atención integral de la salud de la mujer, donde además de proporcionarles asistencia médica específica reciben formación en salud y en SSR.

■ **Proyectos con enfoque GED**

Son proyectos centrados en las relaciones de género. Su estrategia se basa en cubrir las necesidades prácticas y los intereses estratégicos. Su objeti-

vo es la búsqueda de relaciones de equidad entre hombres y mujeres a través del empoderamiento de las mujeres. El género aparece como eje transversal en toda intervención, y las mujeres como agentes de cambio en ese proceso de transformación. Por ejemplo, un proyecto de SSR que cubre necesidades específicas de hombres y mujeres, y que contempla la prevención de la violencia doméstica. También, podemos identificar diferentes políticas de género que determinan las estrategias de identificación y diseño de los proyectos:

■ Políticas específicas

Definen proyectos específicos para mujeres, en los que se identifican sus necesidades específicas, y puede tratarse de proyectos complementarios a otros ya existentes. Estos proyectos corren el riesgo de dejar de lado la toma en consideración de las relaciones de género. Por ejemplo, los proyectos de planificación familiar dirigidos a mujeres, donde sólo ellas intervienen; proporcionándoles el acceso e información de los métodos de anticoncepción sin considerar el papel de los hombres en la reproducción, o el control y acceso que tienen ellas a esos métodos e información.

■ Políticas neutrales

Implican el diseño de proyectos con “componentes” de mujer. Es decir, incorporan actividades separadas para las mujeres, que forman parte de un proyecto más amplio. Por ejemplo, un proyecto de rehabilitación y equipamiento médico en un centro de salud de una comunidad indígena en la selva de Chiapas. Como uno de sus resultados se incluye la formación y dotación con equipos básicos a las parteras tradicionales (que atienden el 70% de partos de esa zona), con el fin de contribuir a la disminución de la mortalidad maternoinfantil de esa comunidad.

■ Políticas redistributivas

Implican el diseño de proyectos que tienen integrado el enfoque de género. Tratan de producir cambios en las relaciones de género, buscando la integración y participación activa de las mujeres en el proceso de desarrollo. Para ello pretenden redistribuir los recursos, responsabilidades y el poder entre hombres y mujeres. En estos proyectos el género aparece como eje transversal en todas las fases. Un ejemplo: un proyecto de prevención de VIH/SIDA enfocado tanto a personas que ejercen la prostitución como a los clientes, integrando la prevención y manejo de la violencia de género.

■ Atención de necesidades prácticas e intereses estratégicos ¹⁸

Cualquier proyecto de cooperación pretende atender necesidades de las poblaciones. Éstas pueden llegar a ser muy diferentes para los hombres y las mujeres, de ahí que se hable de necesidades de género (las que tienen las mujeres como mujeres y los hombres como hombres).

Normalmente, los proyectos se centran en la atención de un tipo de necesidades básicas, sobre todo aquellos proyectos considerados de emergencia. Así, estos proyectos se centran en áreas como salud, refugio, agua, alimentos y protección de las personas damnificadas. En ellos se tiende a considerar a las personas en su conjunto, como si toda la población tuviera las mismas necesidades. Sin embargo, sabemos que tanto en contextos de desarrollo como de emergencia, las necesidades no son las mismas para las mujeres y hombres, niños y niñas, y ancianos. Es especialmente importante cuidar estas diferencias en los proyectos de emergencia que, por sus características, tienden a dar respuestas rápidas y globales sin cuestionarse especificidades en los diferentes grupos que pueden conformar una comunidad. Cada uno de los distintos grupos de beneficiarios tendrá problemas y necesidades de salud diferentes, que debemos ser capaces de ver e identificar. La atención a las necesidades básicas es crucial, pero los proyectos de desarrollo pueden ir más lejos. La perspectiva de género nos señala la conveniencia de enfocar la atención también en las necesidades estratégicas, en la medida en que éstas pueden ser cruciales para mejorar las condiciones de vida a largo plazo. Un proyecto que enfoque los intereses estratégicos de las mujeres busca un cambio en la posición que éstas ocupan en la sociedad y, por tanto, una transformación en las relaciones de género. Atender necesidades prácticas no significa, sin embargo, dejar de lado las estratégicas. Los proyectos pueden promover la equidad de género atendiendo a esas necesidades inmediatas cuando lo hacen con una visión de cambio en la participación y el empoderamiento de las mujeres.

>129

■ Proyectos enfocados a los hombres

En última instancia, los proyectos de desarrollo con enfoque de género buscan una transformación de las relaciones de género existentes con vistas a una mayor equidad, tanto en la posición de las mujeres como en la de los hombres en sus comunidades. En la práctica, se tiende a focalizar todo el trabajo en la mujer, en mejorar sus relaciones de desigualdad y subordinación con relación al hombre, llegando a olvidarnos de éstos. En los proyectos y en los esfuerzos de aquellas instituciones, organizaciones locales, internacionales, que trabajan por la mejora de la

¹⁸ Véanse las definiciones de necesidades prácticas y estratégicas de género en el glosario.

posición en la sociedad de las mujeres, los hombres no están presentes activamente, sino como un problema o como causantes de la realidad de la que se parte. Aunque esta es la tendencia general trabajar con las mujeres y para las mujeres, en los últimos años están surgiendo algunas voces que nos recuerdan que realmente los esfuerzos para lograr mayores relaciones de equidad entre hombres y mujeres no serán efectivos mientras no se impliquen a los hombres, mientras no trabajemos con ellos, mientras no les hagamos responsables y partícipes de este cambio.

■ Evolución de la consideración de los hombres en los proyectos de SSR

Intervención	Enfoques	Resultados	Actores implicados
Pre-Cairo Planificación familiar.	Sólo mujeres.	Mayor prevalencia de anticonceptivos. Reducir fertilidad.	Anticonceptivos sólo a mujeres. Ausencia de hombres.
CIPD, El Cairo Planificación familiar y hombres.	Responsabilidad solidaria	Aumentar la prevalencia del uso de anticonceptivos. Reducir fertilidad.	Anticonceptivos mujeres y hombres. Hombres como actores en las decisiones de fertilidad. Menor importancia a implicaciones de género.
Igualdad masculina.	Marketing "social", satisfacción de las necesidades de SSR de los hombres.	Enfocado a las necesidades específicas en SSR de hombres y de mujeres.	Hombres como clientes. Responde a los propios intereses de los hombres. Resta importancia a las implicaciones de género.
Equidad de género en SSR.	Educación en Derechos Humanos.	Promover la equidad de género. Promover SSR de hombres y mujeres, participación de los hombres.	Hombres como compañeros. Integración perspectiva de género. Trabajo con hombres jóvenes y adolescentes. Derechos sexuales y reproductivos, equidad de género.
Fuente: M.Greene (1999): <i>The Benefits of Involving Men in Reproductive Health</i> , FNUAP, 2000.			

Bibliografía

- ACNUR (1999): *Reproductive Health in Refugee Situations. An Inter-agency Field Manual*, Ginebra.
- Pérez de Armiño, Carlos (2001): *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*, Hegoa-Icaria. Bilbao

Capítulo VI

Análisis de género en proyectos o programas de salud: una propuesta metodológica

A lo largo de este manual, has podido ver que existen importantes razones para pensar en género cuando trabajas en un proyecto de salud. Ahora quieres asegurarte que un proyecto tiene incorporada esa perspectiva de género; en otras palabras: que tiene en cuenta las desigualdades entre hombres y mujeres, que detecta los diferentes roles e identidades que la sociedad les asigna, que identifica los riesgos diferentes para la salud que ello conlleva, y que incluye mecanismos para atender a esas necesidades propias de cada sexo. Además, quieres ir más lejos y asegurarte que en el proyecto tanto mujeres como hombres son estimuladas/os a organizarse para atender sus propias necesidades, planificar soluciones para sus problemas y asumir responsabilidades en los procesos en que se ven involucrados. ¿Cómo lo haces? En este capítulo **te brindaremos una herramienta para que realices un análisis o diagnóstico de género en tu proyecto**. Es una propuesta que intenta simplificar el proceso de análisis, pero no deja de ser un ejemplo más entre las muchas propuestas que existen en la actualidad ¹⁹.

>131

1. ¿Qué es el análisis de género?

El análisis o diagnóstico de género es la **herramienta básica y práctica** para introducir la perspectiva de género en las acciones de desarrollo (sean políticas, programas o proyectos). En primer lugar, parte de la idea de que hombres y mujeres participan de forma diferente en el hogar, en la economía y en la sociedad. En segundo lugar, trata de identificar las estructuras y procesos (normas, costumbres, procedimientos) que pueden perpetuar los patrones de desventaja de ambos sexos. El **propósito de un análisis de género** es evaluar si tanto las necesidades y prioridades de hombres y mujeres se reflejan en la política o programa considerado, si se necesitan cambios adicionales para hacer posible que las mujeres participen y se beneficien, y si existen opor-

¹⁹ Se pueden encontrar otras propuestas para el análisis de género en Williams et al. (1997), PAHO (1997) y Emakunde (1998).

tunidades para reducir o evitar los desequilibrios de género. Aún así, el análisis de género sigue siendo una herramienta cuyo fin dependerá en última instancia de los objetivos o planteamientos de las personas u organizaciones que lo apliquen. Un diagnóstico de género puede informar de diversas maneras sobre los procesos de decisión. Puede realizarse por individuos para organizar la información que luego se usará en la planificación (teniendo ésta unos objetivos determinados), o puede utilizarse como método para fomentar el empoderamiento de comunidades y aumentar el acceso y control de los recursos de los que dependen. Otra característica importante es que para realizar este análisis es necesario que la información esté desagregada por sexos, lo que implicaría agruparla en función de lo que es relevante para las mujeres y sus roles, y para los hombres y sus roles en la sociedad.

2. Pasos para realizar un análisis de género

El tipo de análisis de género que se propone está basado en una serie de pasos cuya información se va obteniendo progresivamente.

Pasos para realizar un análisis de género

- A) Perfil de actividades, roles de género: ¿Quién es responsable? ¿Quién hace? ¿En cuánto tiempo? ¿Dónde? ¿Cuándo? ¿Con quién?
- B) Acceso y control de recursos: ¿Quién usa? ¿Quién es propietario? ¿Quién decide? Áreas: hogar, comunidad, mercado, Estado.
- C) Necesidades de mujeres y hombres: ¿Qué diferencias existen en los perfiles de salud de hombres y mujeres? ¿Qué necesitan las mujeres? ¿Y los hombres? ¿Qué necesidades identifica el proyecto: prácticas, estratégicas? ¿Cómo se identifican?
- D) Calidad de participación: ¿Quién participa en el proyecto? ¿En qué grado, dónde, con quién, cómo, cuándo y con qué fin? ¿Qué control van a tener los participantes sobre el resultado del proyecto?
- E) Capacidad de las organizaciones para trabajar con perspectiva de género: ¿Las organizaciones responsables han integrado la perspectiva de género en sus políticas, en su estructura, en su cultura?

■ Perfil de actividades y roles de género: análisis de las tareas que mujeres y hombres realizan en su vida cotidiana.

El perfil de actividades es una de las herramientas más utilizadas a la hora de realizar cualquier análisis de un proyecto de desarrollo en general, aunque tiene especial importancia desde una perspectiva de género. **El perfil de actividades es el primer paso.** Para empezar, necesitamos saber qué es lo que hacen esas personas que van a formar parte del proyecto: qué tareas rea-

lizan, cuáles son sus responsabilidades principales, cómo organizan su vida cotidiana, de qué tiempo disponen. Es importante no olvidar que la “población” que vamos a analizar puede “subdividirse” en diferentes categorías, y entre las más importantes se encuentra la de género ²⁰. No existe sociedad o cultura que no asigne diferentes obligaciones y responsabilidades a mujeres y a hombres. Estas obligaciones se reflejan en una serie de actividades o tareas que hacen que las vidas cotidianas se desarrollen de manera diferente para hombres y mujeres.

■ ¿Por qué es tan importante realizar un perfil de actividades?

Aunque parezca un ejercicio obvio, es sorprendente lo poco que se realiza en el terreno. Esta es una de las causas por la que surgen problemas y errores básicos en los proyectos. Por ejemplo, es común asignar la responsabilidad y control de algún recurso en el proyecto (pozos de agua) a un grupo de beneficiarios (hombres) que en esa sociedad no se ocupa tradicionalmente del manejo de dicho recurso. Realizar un perfil de actividades nos permite:

- a)** Visualizar tipos de trabajo no necesariamente reconocidos como tales. En general, existe dificultad en reconocer como “trabajo” (y, por tanto, en concederle un valor) a todas aquellas actividades que no generan un valor de cambio, como son las tareas domésticas, el cuidado de las personas dependientes, o las que se desarrollan para la mejora de un barrio o comunidad.
- b)** Detectar las diferentes consecuencias que la división sexual del trabajo tiene para la salud de hombres y mujeres. Hay que tener en cuenta que esa diferenciación de tareas y responsabilidades conlleva riesgos de salud distintos, que debieran hacerse visibles en los proyectos de desarrollo.
- c)** Planificar el impacto que un proyecto va a tener sobre la carga de trabajo de las mujeres y hombres que van a participar, e identificar si éstos van a tener la disponibilidad y flexibilidad de tiempo para realizar esas nuevas actividades que el proyecto requiere. Es importante que el proyecto no adjudique tareas a personas que no van a poder realizarlas porque carecen de tiempo libre o porque no pueden llevarlas a cabo en los momentos del día o del año contemplados en dicho proyecto.
- d)** Ayudar a los propios beneficiarios/as a identificar problemas o necesidades que surgen de sus responsabilidades y obligaciones diarias.
- e)** Conocer la interdependencia y reciprocidad del trabajo de hombres y mujeres para comprender los ajustes en la cantidad de trabajo diario que deben realizar para hacer frente a posibles cambios en el ámbito familiar o de la sociedad a la que pertenecen (crisis económicas, migración, etc.).

>133

²⁰ También es importante hacer visibles otras formas de “subdivisión” social como pueden ser la raza, el status económico, la religión, el estado civil, la orientación sexual, etc. y la forma en que las mismas se entrecruzan con el género de una persona.

■ ¿Cómo se realiza un perfil de actividades?

Para visualizar mejor el trabajo de hombres y mujeres, el análisis de género ha identificado **tres roles o categorías principales de trabajo**.

Tipos de roles

- Productivo: se refiere a la producción de bienes y servicios destinados a la venta y al consumo.
- Reproductivo: se refiere al cuidado y administración de la casa y sus miembros, incluyendo el embarazo y cuidado de los niños, adultos y ancianos, la preparación de alimentos, la recolección de agua y fuentes de energía, las compras y el cuidado de la salud.
- Comunitario: se refiere a la organización colectiva de eventos y servicios sociales: ceremonias y celebraciones, actividades de mejoramiento de la comunidad, participación en grupos y organizaciones, actividades políticas locales, etc. Al igual que el trabajo reproductivo, suele realizarse de forma voluntaria y no remunerada.

Estos roles o trabajos que asumen hombres y mujeres no suelen valorarse de la misma manera. El trabajo reproductivo suele tener menor valor social al ser considerado un trabajo “de mujeres”. Existen también ciertos trabajos considerados productivos, pero realizados en su mayoría por mujeres, que se consideran de menor “prestigio” o con una retribución menor que otros, como son los de enfermeras o maestras de escuela. En el trabajo comunitario solemos encontrar también una división de funciones entre hombres y mujeres: los hombres suelen ejercer las funciones de liderazgo en los distintos comités y organizaciones de la comunidad, y las mujeres tienden a realizar tareas de organización y apoyo (si bien en algunos casos llegan a tomar posiciones de liderazgo, generalmente lo hacen en lo relacionado con la mejora de los servicios de la comunidad). El rol comunitario tiene especial relevancia en el ámbito de la salud. La participación voluntaria, generalmente de mujeres, en las actividades de la comunidad como promotoras de salud, participantes activas en programas de vacunación y cocineras en los comedores populares se ha considerado indispensable para la promoción de la salud.

Existen diversas herramientas para realizar en la práctica un perfil de actividades. Todas ellas requieren de la participación de los beneficiarios, que van describiendo las actividades que realizan durante el día para después (ya sean ellos mismos o el facilitador), organizarlas según las categorías anteriores. Es importante destacar que muchas actividades se realizan de manera simultánea (por ejemplo, las tareas domésticas con actividades generadoras de ingresos); esto pone de manifiesto la escasez de tiempo libre y la sobrecarga para la salud que mujeres y hombres pueden tener en función de las responsabilidades asumidas.

■ ¿Quién realiza un perfil de actividades?

El perfil de actividades puede realizarse: por las personas que coordinan el proyecto en el país o región, por el personal del proyecto (local o expatriado), por un evaluador o consultor externo, por el personal de las contrapartes, o por los propios beneficiarios. En todos estos casos, es importante reconocer que las relaciones con las personas de quienes se desea obtener la información serán diferentes dependiendo de quién realice el ejercicio. Hay que cuidar que no se establezcan diferencias de status entre unos y otros, y que las conversaciones se desarrollen en un clima de respeto. Cuando el ejercicio se realiza por alguna persona “externa” a la comunidad, las diferencias en las culturas, las actitudes e incluso el lenguaje corporal determinan el tipo de relación que va a surgir con los hombres y mujeres de dicha comunidad. Existe siempre el riesgo de crear expectativas cuando se realiza este ejercicio y, en estos casos, la sinceridad es un apoyo fundamental en las relaciones que se establezcan.

■ Acceso y control de recursos

La asignación de roles a hombres y mujeres en una sociedad lleva consigo unos determinados niveles de acceso y control de recursos para realizar dichos roles, según el valor que la sociedad les atribuye. Este conjunto de recursos incluye aquellos necesarios para promover y proteger la salud de uno mismo y de otros. Entender el acceso y control relativos sobre los recursos nos ayuda a tomar conciencia del poder relativo (y del acceso diferenciado al poder) de los miembros de una sociedad. En lo que se refiere a mujeres y hombres, existe un desequilibrio de poder que se manifiesta en un acceso y control diferenciados sobre los recursos necesarios para responder a los problemas de salud.

>135

Definiciones: acceso y control

- Acceso: capacidad para usar un recurso.
- Control: capacidad para fijar el modo en que se va a usar ese recurso y la forma en que se van a utilizar los beneficios de su uso.

La distinción entre el acceso y el control de un recurso determinado es importante porque la capacidad para usar un recurso no implica, necesariamente, que uno vaya a poder definir el uso de dicho recurso. Por ejemplo, una mujer puede tener acceso al uso de preservativos para protegerse de ETS, pero en el momento de las relaciones sexuales puede no llegar a tener la capacidad para definir o controlar el uso del preservativo. Es importante, además, conocer de qué forma una acción de desarrollo (sea programa, política, proyecto o cualquier otro tipo de iniciativa) puede estar influyendo en el

acceso y control de mujeres y hombres sobre los distintos recursos y beneficios, no sólo de dicha acción sino también de aquellos con los que cuenta cotidianamente. Es frecuente, por ejemplo, que un proyecto contemple la generación de ingresos para un grupo de mujeres que tienen escaso control dentro del hogar sobre la forma de distribuirlos. También, es necesario considerar que a menudo hombres y mujeres tienen derechos informales sobre el acceso a determinados recursos (por ejemplo, el uso de la tierra o de determinados locales en una comunidad) que un proyecto no debiera erosionar involuntariamente.

Tipos de recursos

- Recursos económicos: trabajo, tierra, crédito, dinero en efectivo, equipamiento, alimentos, transporte, facilidades para el cuidado de los niños y para realizar tareas domésticas, seguridad social, vivienda, salud y saneamiento.
- Recursos sociales: redes de autoayuda (urbano, rurales, de parentesco, a corto o a largo plazo, cuidado de niños, tareas domésticas, búsqueda de trabajo, acceso a salud y alimentos), canales de información, servicios públicos.
- Recursos políticos: posiciones de liderazgo y movilización de personas con responsabilidad; oportunidades de comunicación, negociación y consenso.
- Tiempo: horas del día o épocas del año disponibles para uso discrecional, flexibilidad en las horas de trabajo pagadas.
- Movilidad: grado de limitación del movimiento físico impuesto por normas y costumbres; limitaciones para acceder a determinadas formas de transporte, impuestas por normas y costumbres.
- Información/educación: educación formal, educación informal, oportunidades para intercambiar opiniones e información.
- Recursos internos: autoestima, confianza y capacidad para expresar intereses propios (en privado y en público).

En el área de salud existen diversos ejemplos de interacción entre el acceso y control de recursos ²¹.

■ Para una mujer

a) Para que una mujer se dé cuenta de que tiene, por ejemplo, un problema ginecológico, necesita tener **acceso a información/educación** que le permita identificar los síntomas de un problema de salud.

b) Incluso, si reconoce que tiene dicho problema, puede no sentir la confianza suficiente para explicárselo a un médico. En este caso, el grado de desarrollo de sus **recursos internos** le proporcionaría la **autoestima** suficiente para tomar las medidas necesarias.

c) Aún dándose lo anterior, la decisión de una mujer de acudir a un médi-

²¹ PAHO (1997).

co puede no depender de ella, sino de su marido, padres, familia política, etc. En este momento es importante tener **control sobre recursos económicos** para cubrir el coste de la visita médica, el transporte, y el cuidado de los niños o las personas dependientes de esta mujer.

d) Las horas de atención de los servicios de salud, el tiempo de espera y el viaje pueden constituir importantes obstáculos debido a su falta de **control sobre su tiempo libre** que depende de sus obligaciones y responsabilidades reproductivas.

■ Para un hombre

a) Un hombre puede carecer de acceso a información sobre programas de detección de cáncer de próstata; o puede estar informado, pero decidir no acudir a una revisión por tener miedo o sentirse cohibido.

b) Un hombre puede tener control sobre las relaciones sexuales y, sin embargo, carecer de conocimiento o información correcta sobre sexualidad y reproducción porque no tiene la información adecuada. La falta de acceso a información puede llevar a unas prácticas sexuales que exponen tanto al hombre como a la mujer al riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.

>137

■ ¿Cómo se realiza un análisis del acceso y control de recursos de hombres y mujeres?

Para mejorar el conocimiento sobre los niveles de acceso y control que mujeres y hombres tienen sobre los recursos, el análisis de género identifica una serie de áreas que nos ayudan a comprender las limitaciones o barreras que experimentan unas y otros en sus quehaceres cotidianos. Estas áreas son principalmente el hogar, la comunidad, el mercado y el estado del entorno del proyecto. En todas ellas nos hacemos una serie de preguntas relacionadas principalmente con las normas, costumbres, derechos, responsabilidades, obligaciones; los recursos, beneficios; las actividades, roles, tareas, trabajo; y los procesos de dirección y control (las jerarquías de poder y de toma de decisiones)²². Esta información (si bien no es siempre fácil de obtener) nos provee de un conocimiento sólido sobre los márgenes de actuación que una determinada cultura asigna a hombres y mujeres, las barreras que experimentan y las diferencias entre ambos. Algunos ejemplos de estas preguntas serían:

- a)** ¿Quién toma las decisiones en el hogar? ¿Sobre qué temas?
- b)** ¿Quién decide sobre cómo se reparten los ingresos y los alimentos?
- c)** ¿Quién decide cuándo se ha de ir al médico, con qué medios de transporte, dentro del hogar?

²² Para más información sobre este tipo de análisis, véase Kabeer y Subrahmanian (1996).

- d)** ¿Quiénes compran y venden en el mercado? ¿Existe una diferenciación entre las actividades comerciales de los hombres y de las mujeres? ¿Existen limitaciones específicas para unos y otros sobre el acceso al crédito, el transporte de la mercancía, la negociación en la fijación de precios?
- e)** ¿Quién decide sobre temas que afectan a la comunidad?
- f)** ¿Está el Estado promoviendo normas que imponen barreras a unos grupos o a otros dentro de la comunidad en un tema específico?

■ Identificación de necesidades de mujeres y hombres

Sabemos que los hombres y las mujeres son biológicamente diferentes y hemos visto también cómo las distintas culturas, grupos socioeconómicos y generaciones traen consigo sus características y construcciones concretas de género ²³. Ambos aspectos (el biológico y el social) se entrecruzan y dan lugar a unos perfiles de salud diferenciados para mujeres y hombres. Con unos perfiles de salud diferentes podemos asumir entonces que los hombres y las mujeres tienen distintas necesidades en salud, y que éstas deben ser identificadas para poder responder de manera equitativa y eficiente en un proyecto. **Para poder alcanzar la equidad en términos de salud, es importante reconocer que distintos grupos de personas tienen necesidades diferentes y que, para poder atenderlas, éstas deben de ser identificadas adecuadamente.** Estas necesidades basadas en el género son fundamentalmente de dos tipos: aquellas que pretenden mejorar la calidad de vida y para ello atienden las necesidades básicas (y de salud) de las personas; y aquellas que se refieren más a las cuestiones de igualdad en una sociedad determinada y para ello se dirigen hacia una distribución más equitativa de los recursos de salud en dicha sociedad. Las primeras se denominan **necesidades prácticas de género**, y las segundas, **necesidades estratégicas de género**.

Necesidades prácticas

Normalmente de tipo inmediato, son aquellas que mujeres y hombres experimentan desde sus roles socialmente aceptados y que surgen fruto de sus responsabilidades cotidianas. Los proyectos que atienden las necesidades prácticas en el área de salud contribuyen a mejorar el bienestar de hombres y mujeres, ya que identifican los roles y responsabilidades de cada sexo y planifican la intervención en función de la situación específica de éstos. Sin embargo, estos proyectos se dirigen a incrementar el acceso a recursos pero no el control de los mismos y, por tanto, no tienen efecto alguno sobre las desigualdades de género existentes.

²³ Véase el primer capítulo de esta guía.

Necesidades estratégicas

Son aquellas que se experimentan desde una posición desigual en la sociedad; relacionadas con una redistribución de roles, responsabilidades y poder entre hombres y mujeres. En el área de salud, están enfocadas hacia la reducción de desigualdades que deterioran la salud, la autonomía del propio cuerpo y el deseo de experimentar un mayor bienestar físico y anímico.

A pesar de que esta distinción resulta muy útil para el análisis, hay que señalar que en la práctica no siempre se encuentra de forma tan explícita, ya que depende mucho de la cultura y el contexto donde nos situemos. Unas determinadas necesidades pueden ser prácticas y estratégicas a la vez, o pueden ser prácticas en una cultura determinada y estratégicas en otra. Por ejemplo, la necesidad de educación puede ser una necesidad práctica para las mujeres en una zona urbana de Honduras, y estratégica para un grupo de mujeres marroquíes de una zona rural. Además, es posible en algunos casos incidir en las necesidades estratégicas a través de la atención de necesidades prácticas. Podemos encontrar diversos ejemplos en las distintas iniciativas de comedores populares que surgieron en América Latina para hacer frente a los procesos de crisis y ajuste estructural de los años ochenta.

>139

Algunos de los grupos de mujeres que ejecutaron dichas iniciativas fueron madurando sus peticiones hacia una serie de reivindicaciones más relacionadas con los derechos de la mujer. Podemos encontrar ejemplos de estrategias que utilizan estos dos tipos de necesidades en un proyecto de prevención de HIV/SIDA ²⁴. Un proyecto que atiende las necesidades prácticas tendría como objetivo principal el de fomentar el uso de preservativos, ya que supone una de las barreras más eficaces a corto y medio plazo para detener el proceso de contagio. En determinados contextos culturales esta medida llegaría a ser suficiente. En muchos países la reducción de nuevos casos de VIH está directamente relacionada con el incremento del uso de preservativos. Una buena campaña de información y un fácil acceso a preservativos puede atender a esta necesidad práctica de hombres y mujeres. En otros contextos, la cultura determina una actitud de rechazo de los hombres hacia el uso de preservativos, basada en la idea de que contribuyen a reducir el placer sexual y suponen un reto a la virilidad y sexualidad masculinas. En estas condiciones, un hombre no aceptaría una sugerencia por parte de su compañera de que utilice preservativos. Ella, incluso siendo consciente de que su uso puede salvarle la vida, tiene poco poder en el proceso de negociación. Una amenaza de acabar con la relación por parte del hombre puede ser un condicionante suficiente para que la mujer no vuelva a mencionar el tema. En determinadas culturas, los hombres se sienten insultados

²⁴ OPS (1993).

si una mujer sugiere el uso de preservativos, ya que lo interpretan como una falta de confianza por parte de la mujer. En otros contextos, es la mujer la que se siente insultada si el hombre lo menciona, pues sugiere la posibilidad de que ésta mantiene relaciones sexuales con otros hombres. En relación con las necesidades estratégicas es importante señalar que, al haber surgido este concepto desde los movimientos de mujeres, su contenido se nutre de necesidades de mujeres más que de hombres, dado el desequilibrio continuado de relaciones de poder. En los últimos años estamos siendo testigos de la formación en varios países (del Norte y del Sur) de movimientos de hombres que están mostrando cómo las construcciones de género han creado también distorsiones en la identidad y los roles masculinos, y el efecto de éstas sobre la salud y bienestar de los hombres.

■ ¿Cómo se identifican las necesidades de género en un proyecto?

Hemos visto los tipos de necesidades de género que se pueden identificar en un proyecto. Pero para hacer un diagnóstico de género no nos basta con esto. Es necesario conocer también la forma en que se han identificado. En una intervención debemos preguntarnos siempre sobre quién/quienes han identificado las necesidades y cómo lo han hecho, ya que esto nos da una idea importante del grado de participación de los beneficiarios y las beneficiarias. Debemos conocer la existencia de espacios de articulación, es decir, de formas de reunión (aceptadas por la comunidad) en las que estos grupos pueden expresar sus necesidades. Además, es importante tener en cuenta el proceso a través del cual se madura la articulación de necesidades, y el momento de ese proceso en que los y las beneficiarias están involucrados/as en el proyecto. Por ejemplo, un grupo de mujeres que ha desarrollado un espacio y un proceso para discutir su situación no va a articular sus necesidades de la misma manera que un grupo recién formado, o que una comunidad en la que no existe un espacio de reunión para las mujeres.

■ Calidad de participación de hombres y mujeres en el proyecto

Con un análisis de género lo que pretendemos es identificar desigualdades y relaciones de poder entre grupos de distinta influencia dentro de una comunidad, que impiden o limitan la participación plena de estos grupos en los procesos de desarrollo. Si reflexionamos sobre lo que significa la participación plena y sobre cómo debieran participar los beneficiarios y beneficiarias en un proyecto, nos encontramos con que estos objetivos tienen más que ver con la capacidad de los “participantes” de decidir sobre el proceso y destino del proyecto que con la mera realización de actividades dentro del mismo. Por ello, es importante en este punto realizar una reflexión sobre la calidad de participación de los beneficiarios/as en el pro-

yecto, que como vemos a continuación puede ser de distintos tipos ²⁵.

Calidad de participación de las beneficiarias/os en el proyecto

- Son receptoras/es pasivas/os de la asistencia, materiales o servicios, sin participación en suministro ni control sobre su continuación.
- Realizan actividades prescritas por otros (por ejemplo: contribuir con trabajo, remunerado o no).
- Son consultadas/os sobre los problemas y necesidades aunque no necesariamente sobre el contexto, el análisis o alternativas.
- Son estimuladas/os a organizarse para atender sus propias necesidades, planificar soluciones para sus problemas y asumir responsabilidades en los procesos en que se ven involucrados.

En un primer acercamiento al análisis de la calidad de participación en un proyecto, es importante que la organización planificadora y ejecutora sea al menos consciente de qué nivel está utilizando. En este sentido, el grado de participación está estrechamente enlazado con la consecución de los objetivos del proyecto y con su **viabilidad o sostenibilidad**. No se pueden plantear unos objetivos ambiciosos (por ejemplo, aumento del bienestar general de una población) si la calidad de participación de los beneficiarios en el proyecto es baja (el bienestar de una población a largo plazo es cuestionable si todos o parte de los constituyentes carecen del control suficiente sobre los “recursos” que en última instancia llevan al bienestar). En este sentido, la participación plena de los beneficiarios proporciona al proyecto una legitimidad que evita o impide la imposición de soluciones de origen externo a la comunidad beneficiaria. El último nivel de la clasificación anterior corresponde con el concepto de **empoderamiento**, considerado desde la perspectiva de género como una de las estrategias más importantes para que las mujeres contribuyan en la cooperación al desarrollo con sus visiones y percepciones.

El empoderamiento, que se podría definir como un proceso por el cual los individuos desarrollan facultades y capacidades para actuar hacia un bien personal o colectivo, es un concepto que está íntimamente ligado como objetivo a las necesidades estratégicas de los grupos con menor influencia en un proyecto (entre los que se suelen encontrar las mujeres), y a la necesidad de que éstos adquieran un mayor control sobre los recursos que utilizan. Por otro lado, el carácter colectivo que la idea de empoderamiento conlleva explica también el énfasis que a menudo se da desde el análisis de género en la necesidad de detectar, o de crear, organizaciones, espacios, vida asociativa en general, que fomenten la expresión pública de estos grupos de menor influencia en una comunidad.

>141

²⁵ Basado en CCIC (1991).

■ Capacidad de las organizaciones para trabajar con perspectiva de género

No podemos olvidar a las organizaciones que participan en la planificación y ejecución del proyecto. Ellas también tienen una sensibilidad y capacidad respecto de las cuestiones de género que limita o posibilita la introducción de este enfoque en una acción de desarrollo. A pesar de utilizarse escasamente en la práctica, tiene una importancia fundamental en la mejora de los procesos de planificación y evaluación. Y esta escasa aplicación se explica, entre otros motivos, porque las organizaciones responsables son reacias a ser analizadas, no lo consideran importante, y tienden a buscar explicaciones sobre sus resultados en el espacio externo de actuación. Aún así, existen ya herramientas y procesos para realizar este análisis ²⁶, basados en estudios sobre cómo las relaciones de género influyen en la propia constitución de las organizaciones y el hecho de que éstas continúan elaborando políticas, programas y proyectos que no reconocen las desigualdades de género.

Bibliografía

- >142 CCIC (1991): *Two halves make a whole: balancing gender relations in development*, Ottawa.
- Coordinadora de ONGD de la Comunidad Autónoma Vasca (2001): *Guía para alfabetizarse en género y desarrollo*.
- Emakunde (1998): *Guía metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo*, Emakunde y Secretaría General de Acción Exterior (Dirección de Cooperación al Desarrollo), Gobierno Vasco.
- López, Irene y Sierra, Beatriz (2000): *Integrando el análisis de género en el desarrollo. Manual para técnicos de cooperación*, IUDC/UCM, AECL.
- Kabber, N. y Subrahmanian, R. (1996): *Institutions, Relations and Outcomes: Framework and Tools for Gender-Aware Planning*, IDS Discussion Paper nº 357.
- Ministry of Foreign Affairs (1999): *Navigating Gender: A Framework and a Tool for Participatory Development*, Helsinki, Finlandia.
- PAHO (1997): *Workshop on Gender, Health and Development: Facilitator's Guide*, PAHO, Washington, D.C.
- Williams, S.;J. Seed y A. Mwau (1997): *Manual de capacitación en género de Oxfam: Edición adaptada para América Latina y el Caribe*, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán/Oxfam Reino Unido e Irlanda.

²⁶ Este punto se desarrolla ampliamente en el capítulo x de esta guía.

Capítulo VII

Análisis de género y gestión del ciclo de un proyecto

Este capítulo pretende mostrar una aplicación práctica de la metodología propuesta en el capítulo anterior. Vamos a ver cómo podríamos integrar la dimensión de género en un proyecto de atención sanitaria en América del Sur. La primera parte muestra cómo realizar un análisis de género en un proyecto concreto. A partir de ese análisis podremos determinar si el proyecto cuenta ya en su estructura con los elementos necesarios para integrar la dimensión de género o si carece de determinadas premisas, y cuáles son éstas. En segundo lugar, se van a proponer sugerencias concretas sobre acciones que se han de contemplar en cada etapa del ciclo del proyecto para que éste incorpore la dimensión de género.

>143

1. Proyecto de atención y promoción de la salud en el sistema local de salud de San Juan (Área geográfica de América del Sur)

La ejecución del proyecto que vamos a analizar se inició en 1995 con la finalidad de apoyar el establecimiento de las condiciones básicas del sistema local de salud del distrito de San Juan. Se identificó el distrito de San Juan (40.000 habitantes) como área para iniciar el proyecto porque constituía una zona rural aislada, con un grado de crecimiento poblacional importante, deficiente infraestructura sanitaria y de recursos humanos del sector, y ausencia total de actores internacionales de cooperación. A partir de esta identificación, se señalaron los problemas principales y los principios generales de intervención. El proyecto consta de tres fases.

■ Fase 1: Cobertura de atención médica y elaboración e implementación del modelo de atención materno-infantil (1995-1998)

Su objetivo era la gestión de un centro de atención materno-infantil,

atención médica, capacitación del personal y elaboración de un modelo de intervención en el área materno-infantil. Esta fase comenzó con la rehabilitación y puesta en marcha de un hospital comarcal ya existente en la zona para proveer principalmente servicios en el área maternoinfantil.

■ Fase 2: Fortalecimiento del sistema local de salud en el Distrito de San Juan (1998-1999)

Su objetivo era la creación de la red periférica de servicios de salud del distrito (construcción de cuatro puestos de salud), implementación y fortalecimiento de los subsistemas del modelo de atención en la totalidad de los servicios de salud de la red (subsistemas: planificación y programación, recursos humanos, atención médica, administración y control, suministros, referencia y contrarreferencia, seguimiento y evaluación). En esta segunda fase, se propuso complementar la labor del hospital mediante la rehabilitación de cuatro puestos de salud y fortalecer toda la red de atención en general.

■ Fase 3: Consolidación del sistema local de salud en el Distrito de San Juan (2000-2001)

Su objetivo era la prestación de servicios de salud ampliando la calidad y cobertura, capacitación de recursos humanos locales cualificados y no cualificados; organización, participación y educación comunitaria en la creación de comités locales de salud; desarrollo de un programa de información, educación y comunicación dirigido a la totalidad de los habitantes del distrito; implementación de la estrategia “escuelas promotoras de salud”. Los objetivos de esta última fase se dirigen a consolidar el sistema puesto en marcha pero, además, pretenden promocionar la salud para generar estilos de vida más saludables entre sus pobladores. Por ello, el proyecto propone entre sus metas la participación comunitaria a través de los comités locales de salud y la educación e información dirigidas a la población en general, y a las escuelas en particular. La organización que identifica y ejecuta el proyecto es una ONG de acción humanitaria y cooperación al desarrollo que tiene como objetivo principal ayudar a los afectados por la guerra, la enfermedad, el hambre y la miseria. La contraparte local es el Ministerio de Salud, a través de los responsables nacionales y regionales. Su apoyo se centra principalmente en contratos laborales del personal local, abastecimiento de insumos médicos y apoyo en capacitación del personal local del distrito.

De una lectura general del proyecto nos surgen una serie de cuestiones relativas al **enfoque general** y su relación con la **dimensión de género**; cuestiones que trataremos de ir resolviendo a lo largo de este capítulo. Las pri-

meras cuestiones que nos planteamos se refieren a su enfoque respecto de las personas beneficiarias. ¿La acción está diseñada de manera participativa o tiene una orientación más bien asistencial? ¿A los beneficiarios se les considera como receptores de servicios de salud, o el proyecto pretende integrar las concepciones que ellos tienen sobre salud? ¿El proyecto se preocupa por conocer a fondo los problemas, necesidades y barreras que experimentan los hombres y mujeres de esa población en sus vidas cotidianas?

Estas cuestiones son importantes para realizar un análisis de género porque cuanto mayor sea el énfasis del proyecto en la provisión de servicios, en el aspecto asistencial, menor será la capacidad de éste para incorporar objetivos relacionados con las desigualdades sociales y la eliminación de barreras que determinados grupos (mujeres) puedan experimentar. Otra cuestión importante se refiere a la forma en que el proyecto en su totalidad considera a las mujeres y a los hombres desde sus identidades masculina y femenina. ¿El proyecto se basa en supuestos o ideas preconcebidas sobre los roles y responsabilidades de hombres y mujeres –en el hogar, en la generación de ingresos– o en información real? ¿Se describe a la mujer únicamente como madre, desde sus obligaciones en el ámbito doméstico? ¿Y los hombres, aparecen en el proyecto como padres y cónyuges? Desde la perspectiva de género, se advierte muy a menudo de los riesgos de establecer, a priori, ciertos supuestos sobre las identidades masculina y femenina y, en este caso, sobre las ideas de salud (salud sexual y reproductiva): las responsabilidades de las mujeres en el cuidado de los hijos, en la planificación familiar, los recursos necesarios para promover y proteger la salud, el concepto de salud para hombres y mujeres. Las mujeres beneficiarias que aparecen en este proyecto son principalmente las que se encuentran en edad fértil (un 23%) y se las considera dentro de sus obligaciones en el ámbito del hogar, pero no en el de generación de ingresos. En relación con los hombres, la información es escasa y no podemos asegurar que el proyecto considere su implicación o corresponsabilidad en el ámbito de la salud en general y, en particular, en la esfera sexual y reproductiva.

>145

2. Análisis de género en el proyecto

A continuación, se presenta una aplicación del análisis de género en este proyecto, según la metodología desarrollada en el capítulo anterior. Esta metodología se desarrolla sobre la base de una **serie de pasos** o aspectos que se investigarán sobre los hombres y mujeres beneficiarias, con el fin de conocer mejor las relaciones de género en esa sociedad. En cada paso (perfil de actividades de hombres y mujeres, acceso y control de recursos, identificación de necesidades, calidad de participación de las personas beneficiarias, análisis de las organizaciones implicadas) descubriremos hasta qué punto el proyecto ha considerado aspectos fundamentales en la vida de las personas, en sus relacio-

nes sociales y económicas, y que repercuten inequívocamente en su estado general de salud y bienestar. Son, además, aspectos fundamentales a la hora de valorar la relación que estas personas van a tener con el proyecto.

■ Perfil de actividades de hombres y mujeres

De la lectura de los documentos del proyecto no se desprende que exista un conocimiento sobre cómo organizan los y las beneficiarias su vida cotidiana: qué tareas realizan, cuáles son sus responsabilidades principales, de qué tiempos disponen. Asumimos que, en su mayoría, los usuarios del hospital van a ser mujeres, dado el objetivo inicial del proyecto (reducción de la morbilidad materno-infantil) y considerando también que la relación o posible participación de los hombres (como padres, cónyuges, etc.) no queda especificada. No se aporta información sobre si existen otras subcategorías sociales, en la población en general y entre las mujeres beneficiarias, que determinan distintas limitaciones a la hora de tratar los problemas o necesidades de salud (etnias, grupos socioeconómicos diferentes, etc.). Para el caso de las mujeres usuarias del hospital y centros de salud del proyecto hubiera sido muy útil conocer esa subdivisión en función del estado civil o responsabilidades dentro de la familia (por ejemplo, proporción de hogares monoparentales o de mujeres cabeza de familia, proporción de uniones no regulares en los grupos familiares). Estos aspectos determinan, en gran medida, las limitaciones en el acceso que las beneficiarias pueden tener a los servicios de salud del proyecto, dada la carga de responsabilidades que deben asumir. Además, pueden proporcionar información inicial sobre hábitos en el área de salud sexual y reproductiva.

En términos generales, parece que el proyecto asume directamente cuáles son las responsabilidades de las mujeres (o sus responsabilidades reproductivas: el cuidado de salud de sus hijos, el cuidado de su embarazo, ya que no menciona la posible existencia de responsabilidades productivas o en la generación de ingresos) y de los hombres (por defecto, como cabezas de familia o generadores de ingresos, ya que tampoco menciona nada a este respecto). En lo que se refiere a las responsabilidades en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, en general, no existe información clara sobre patrones de decisión en las parejas, costumbres o creencias, tanto en el ámbito de la identidad masculina como de la femenina. En los documentos del proyecto no aparece información alguna sobre la salud sexual y reproductiva en estas comunidades, o sobre las formas en las que el personal del hospital piensa abordar este tema en general, más allá de la información concreta sobre el uso de métodos de planificación familiar (se aportan datos concretos sobre el crecimiento del porcentaje de uso de métodos anticonceptivos en la vida del proyecto). No existe información concreta sobre si los usuarios de los métodos de planificación familiar suministrados por el proyecto son sólo mujeres (dejando a éstas entonces la responsabilidad del uso) o existe un porcentaje de hombres. De

esto se desprende que el proyecto asume que la principal responsabilidad de la planificación familiar corre a cargo de las mujeres.

Partiendo de lo anterior, se podría deducir que el proyecto puede estar proveyendo una serie de servicios importantes para la salud sexual y reproductiva, pero no necesariamente adaptados al ritmo de vida y a las posibilidades de las mujeres, que no conocemos. Además, a juzgar por la información existente, parece que el proyecto concede en general poca importancia al papel de los hombres en la salud sexual y reproductiva de las mujeres, en la suya propia y en la interdependencia de ambas. Finalmente, tampoco sabemos cuál es la capacidad o flexibilidad de las beneficiarias para recurrir a estos servicios. No parece haber reflexión alguna sobre si se proveen de la forma más adecuada y eficiente, dada la carga de responsabilidades cotidianas y las limitaciones de tiempo y movilidad de las usuarias. La figura de los promotores de salud podría ser de gran utilidad para la realización de un ejercicio participativo de perfil de actividades de hombres y mujeres, tal como se detalla en el capítulo anterior. Los documentos del proyecto no aportan información suficiente sobre los promotores de salud: sus actividades y sus funciones se dan por sobreentendidas. Sin embargo, el potencial de los y las promotoras para llegar a conocer aspectos más cualitativos de la vida de las personas beneficiarias del proyecto es importante. Con este ejercicio, el proyecto podría identificar muchos de los problemas o necesidades que surgen de las responsabilidades y obligaciones diarias de las beneficiarias y de sus cónyuges.

>147

■ Acceso y control de recursos

Este apartado hubiera comenzado con un estudio mínimamente básico para entender ese conjunto de recursos necesarios para promover y proteger la salud de uno mismo y de otros en el proyecto. Como hemos visto a lo largo de esta guía, estos recursos se ubican en gran medida en la esfera de lo social y lo económico, y su distribución no suele ser equitativa. No sabemos si en esa comunidad existe un desequilibrio de poder entre hombres y mujeres que se manifiesta en un acceso y control diferenciados sobre los recursos necesarios para responder a los problemas de salud. Por ejemplo, podríamos estudiar determinados aspectos de la vida cotidiana de los y las beneficiarias para determinar las limitaciones que experimentan en sus vidas, y de qué manera se relacionan con la promoción y la protección de la salud.

■ En el hogar

De la realización del perfil de actividades podemos conocer el reparto de responsabilidades dentro del hogar. Las preguntas que nos hacemos referentes al hogar serían en este caso de orden más cualitativo:

- a) ¿Cómo o quién decide sobre el método que se usará de planifica-

ción familiar?, si es que se usa un método.

b) ¿Existen costumbres, creencias o normas sobre el uso de determinados métodos de planificación familiar?

c) ¿Quién toma las decisiones en el hogar sobre el cuidado de los hijos, sobre el embarazo, sobre el reparto de alimentos, sobre la distribución de ingresos?

d) ¿Por qué tras un funcionamiento correcto del hospital las mujeres siguen prefiriendo dar a luz a sus hijos en casa?

e) ¿Quién decide en el hogar sobre cómo y cuándo ir al médico? ¿Hay otras formas de atender las enfermedades?

■ En la comunidad

a) ¿Quiénes o qué grupos ejercen influencia sobre acciones de mejora de la comunidad: agua potable, transporte, electricidad, etc.?

b) ¿Existen costumbres, creencias o normas sobre la forma de entender, promover y proteger la salud de las mujeres, de los hombres, de los niños en esa comunidad?

c) ¿Existen tensiones o conflictos debidos al crecimiento constante de la población alrededor del hospital por las migraciones?

■ En el Estado

a) ¿Qué planteamiento ha tenido y tiene el Estado sobre la atención a la salud?, ¿asistencial, paternalista, participativo?

b) ¿El Estado ha sido consistente y coherente en la provisión de servicios de salud?

c) ¿Se ha promovido desde los servicios de salud alguna ideología particular sobre la salud sexual y reproductiva? (Por ejemplo: promoción de programas de esterilización, prohibición de prácticas de aborto, etc.).

■ En el mercado

a) ¿Con qué obstáculos se encuentran las mujeres para llevar a cabo sus actividades económicas?, ¿son los mismos que los de los hombres?, ¿por qué?

b) ¿Qué relación tiene lo anterior con la promoción y la protección de la salud de uno mismo y de otros?

c) Sabemos que sólo el 55% de los niños están matriculados en escuelas, ¿realizan o ayudan a realizar entonces algún tipo de actividad productiva, y de qué manera influye esto en su salud?

Es importante, además, analizar los tipos de recursos que el proyecto contempla, y para esto podemos ayudarnos de la clasificación presen-

te en el capítulo anterior: recursos económicos, sociales, políticos, tiempo, movilidad, información/educación, recursos internos. El análisis de los tipos de recursos nos muestra cuáles de ellos son de importancia en relación con los objetivos del proyecto: de qué manera influyen en la promoción y protección de la salud, y qué estrategias y actividades debería plantear el proyecto con relación a su acceso y control por parte de las personas beneficiarias. Con relación a los recursos de información y educación, el proyecto considera su acceso como importante y propone una variedad de actividades de información y educación (ya sea a través de los promotores de salud, en el mismo hospital y centros de salud y, en la última fase, a través de las escuelas). Cualquier usuario/a de los servicios del hospital y centros de salud ha contado con una oferta suficiente de acciones de información y educación en temas de salud materno-infantil, salud sexual y reproductiva y enfermedades recurrentes en la zona como el paludismo y el dengue.

La parte del análisis de los **recursos de información y educación** que el proyecto no trata es de orden más cualitativo: se trataría de analizar de qué manera los receptores de esos cursos hacen uso de esa información, y si esto tiene un efecto sobre una mayor demanda de servicios del hospital y centros de salud. Por ejemplo, las mujeres deberían poder tomar las decisiones que consideren más convenientes sobre su salud sexual y reproductiva, y la salud de sus hijos, sobre la base de esta información/educación. Sin embargo, no sabemos si tienen el control necesario para tomar decisiones o realizar cambios en distintos aspectos de sus vidas relacionados con la salud, o si este control se asigna en esa sociedad a otros (por ejemplo, sus cónyuges). En lo que se refiere a los hombres, los documentos del proyecto no aportan información sobre si algunos de estos programas se dirigen específicamente a ellos como cónyuges o padres, y si se les ha involucrado lo suficientemente en todas las campañas de información/educación sobre planificación familiar, vacunación, etc.

En lo que se refiere a recursos como **tiempo y movilidad**, no se presenta información sobre la manera en que su escasez afecta a los usuarios/as de los servicios del proyecto. Sabemos que el 35% de las comunidades de la zona no cuenta con medios de transporte público y que, por tanto, existen dificultades para acceder físicamente a los centros de salud. Por otro lado, como el proyecto no aporta un análisis del perfil de actividades, no podemos saber si existen obstáculos en términos de flexibilidad de tiempo y movilidad para que las mujeres acudan (a veces con sus hijos, a veces solas) al hospital o a los centros de salud. Sería importante, además, conocer el control que las mujeres tienen sobre **recursos económicos** para cubrir el coste de la visita médica, el transporte, el cuidado de los niños o las personas dependientes, y para cubrir los costes de todos los aspectos relacionados con la salud en sus hogares (decisiones sobre alimentación, higiene, etc.). El diseño del proyecto se hubiera beneficiado, además, de un análisis de la comunidad que aporte información suficiente sobre los **recursos sociales** (redes sociales de autoayuda para el

cuidado de los niños, para afrontar crisis de alimentación, para búsqueda de información, etc.) que puedan tener un efecto sobre la promoción y protección de la salud de estas personas. Por último, el proyecto debiera haber considerado el papel que juegan los **recursos internos** (autoestima, confianza y capacidad para expresar intereses propios), tanto de mujeres como de hombres, a la hora de comunicarse con el personal médico, con los promotores de salud, las parteras y otras personas de la organización general.

En síntesis, podemos ver que en el proyecto se ha prestado más atención al incremento del acceso de algunos recursos importantes para mejorar ciertos aspectos de la salud de las y los beneficiarios. Sin embargo, se ha concedido escasa atención a los problemas de **control**, muy prevalentes en el caso de las mujeres y que, en última instancia, definen la efectividad y utilidad del acceso. Como se menciona en el capítulo anterior, la capacidad para usar un recurso no implica necesariamente que uno vaya a poder definir el uso de dicho recurso. No podemos saber hasta qué punto los usuarios de los servicios de salud del proyecto están efectivamente utilizando estos servicios para su propio beneficio.

■ Identificación de necesidades de mujeres y hombres

En el análisis de identificación de necesidades tendríamos que evaluar dos aspectos fundamentales.

- El primero consiste en analizar qué necesidades de la población se han identificado en el proyecto.

- El segundo, trata de averiguar la forma en que se han identificado dichas necesidades (cómo se han identificado y quiénes las han identificado), para determinar de qué manera los beneficiarios y las beneficiarias han participado en el proceso de identificación.

El proyecto se inicia con el objetivo de reducir la morbimortalidad maternoinfantil, realizando actividades en salud maternoinfantil e incrementando la cobertura y la eficacia de los servicios de asistencia. En los formularios del proyecto se alude a que ésta ha sido una necesidad “sentida” por la población, si bien no se aporta más información al respecto. No sabemos si existen en esa comunidad subcategorías sociales además de la de género (etnia, lugar de procedencia, religión) que determinen la existencia de necesidades concretas. Lo que sí hace el proyecto es dar preponderancia a la salud (y, por tanto, a las necesidades específicas de salud) de las mujeres en edad reproductiva y de los niños. Aún así, hubiera sido importante realizar una precisa identificación de los perfiles de salud de las mujeres, de los niños y de los

hombres. El único documento que trata de analizar las condiciones de salud generales de la población, el “diagnóstico rápido de salud”, elaborado en 1996, (como veremos en el análisis de la etapa de identificación) no aporta información lo suficientemente desagregada (por sexo y otras categorías sociales) como para extraer conclusiones sobre lo anterior.

Según la distinción entre **necesidades prácticas y estratégicas** de género propuesta en el capítulo anterior, podríamos deducir que el proyecto identifica un conjunto de necesidades prácticas de mujeres en edad reproductiva y de sus hijos. De hecho, las necesidades de salud identificadas corresponden a aquellas más inmediatas que experimentan las mujeres como madres y responsables de la salud infantil. Son, además, consideradas como prácticas por el proyecto porque éste se concentra fundamentalmente en actividades que mejoran el acceso a los servicios de salud de este grupo de mujeres y niños. En etapas sucesivas del proyecto, este acceso se extiende (sobre todo en actividades de información) a otros grupos sociales, como adolescentes o niños y niñas en escuelas, o a la población en general a través de medios de comunicación como la radio. La identificación de necesidades está estrechamente relacionada con la detección de problemas, obstáculos o fuentes de conflicto que las personas beneficiarias pueden estar experimentando con relación a su estado de salud general y sexual y reproductivo en particular. En este sentido, el proyecto se podría haber nutrido de un estudio participativo y de orden más cualitativo sobre la existencia de determinados problemas de las beneficiarias (violencia doméstica, embarazos no deseados) relacionados con la salud maternoinfantil.

>151

Las necesidades identificadas en este proyecto podrían llegar a convertirse en estratégicas si éste, además de dirigirse a incrementar el acceso a recursos para la promoción y protección de la salud maternoinfantil, se orientara a equilibrar el control de los recursos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva por parte de hombres y mujeres y, más tarde, de la salud en general. En este ámbito, son importantes todas aquellas actividades que tratan los procesos de negociación o toma de decisiones en las relaciones sexuales, en la planificación familiar, en el reparto de responsabilidades para el cuidado de la salud de los hijos y de otras personas dependientes. Estas actividades podrían llegar a tener un impacto sobre las relaciones de género, sobre el equilibrio (o desequilibrio) en la toma de decisiones que afectan la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres beneficiarios del proyecto.

Los documentos del proyecto no aportan información suficiente para poder establecer conclusiones con relación al análisis de la forma o proceso de identificación de necesidades. No podemos responder a las preguntas de quiénes han identificado esas necesidades y cómo se han identificado. No existe información sobre la posible existencia de espacios de articulación de necesidades, es decir, de grupos u organizaciones (de mujeres, asociaciones de padres, con mayor o menor antigüedad) que hayan podido expresar su interés por mejorar las condiciones de salud en esta área en particular, o que hayan

podido hacer peticiones sobre posibles modificaciones en el tipo de servicios que el hospital y centros de salud ofrecen. La justificación del proyecto se basa en que la población tiene alta motivación en ámbitos preventivos vinculados a la salud reproductiva, pero bajo nivel educativo y de recursos, circunstancias que llegan a determinar que un incremento en el acceso a servicios en este ámbito podría estar produciendo importantes mejoras. Con relación a esta justificación, hubiera sido relevante para el análisis de género conocer la información por la que se ha llegado a averiguar esa “alta motivación” por parte de los beneficiarios, para poder así contrastarla con el crecimiento de la demanda de los servicios que ofrece el proyecto.

■ Calidad de participación de los/as beneficiarios/as en el proyecto

Desde sus inicios, el proyecto considera la participación comunitaria como una de las principales “estrategias de intervención planteadas para el logro de los objetivos propuestos”. De hecho, en el convenio-proyecto se presenta un organigrama de la forma en que éste va a funcionar. Está compuesto de consejo ejecutivo (organizaciones contrapartes y española), coordinador del proyecto, director médico del centro de salud, y comité comunitario. De éste último se dice que estando “conformado por representantes de las comunidades culturales beneficiarias, es la base organizativa fundamental para la que la población pueda informarse, conocer, comprender libremente, expresarse, aportar creativamente y actuar con todos los que influyen en su vida sanitaria. Dicho comité participará en la planificación y ejecución de actividades en la comunidad, así como en el desarrollo de actividades periódicas sobre la marcha del proyecto y del centro de salud”.

Estas expectativas no se ven, sin embargo, reflejadas en acciones concretas durante el desarrollo del proyecto. Al finalizar la primera etapa (febrero de 1996) se realiza una “evaluación de las condiciones de eficiencia” en la que se concluye que el área de participación comunitaria “presenta los valores más bajos y requerirá los mayores esfuerzos”. Una visita de evaluación en agosto de 1998 (durante la realización de la segunda etapa: abril 1998–septiembre 1999) argumenta que: “la comunidad de la zona no es muy propicia a la participación comunitaria, por lo que los niveles de participación son bajos”. Desde el propio proyecto se deduce que no se han hecho esfuerzos suficientes para tomar contacto con la comunidad. De hecho, en un informe de seguimiento de la tercera etapa (en 1999) se señala que “se están realizando reuniones con los pobladores de las distintas comunidades, a través de los responsables de los puestos de salud, para fortalecer su inclusión en las actividades de salud de la comunidad”, si bien no especifica quiénes son estos “pobladores” y a qué grupos representan en la comunidad.

Desde el análisis de género tendríamos que examinar dos aspectos relativos a la participación comunitaria:

- El primero está relacionado con la manera en que este proyecto define la participación comunitaria.
- El segundo consiste en tratar de determinar el grado de participación de las personas beneficiarias del proyecto.

Para la perspectiva de género, la participación comunitaria se entiende como la participación de las personas en su comunidad (hombres, mujeres, de diferente status socioeconómico, etnias, religiones) de manera que todas ellas tengan espacios para hacer llegar sus opiniones. Partiendo de esta idea, desde el análisis de género evaluaríamos la forma en que los/as beneficiarios/as participan en esa sociedad. Si ésta es desigual, tendríamos que ver los mecanismos que establece el proyecto para que la participación en el mismo sea equitativa. En el proyecto, sin embargo, encontramos que la participación comunitaria se evalúa en términos de participación con instituciones, en concreto con otras instituciones oficiales (escuelas, colegios), medios de comunicación social y con los promotores de salud del proyecto. El informe final del proyecto señala que: “la Intendencia Municipal, la Junta Municipal, los líderes de la Iglesia Católica y los comités locales de salud, representantes de la población beneficiaria, cuentan con el inventario de las mejoras introducidas en el proyecto.” De esta concepción de participación comunitaria que establece el proyecto surgen una serie de preguntas: ¿de qué manera participan los/as beneficiarios/as en estas instituciones?, ¿el proyecto supone que estos grupos representan a las mujeres beneficiarias?, ¿qué intereses propios tienen estos grupos?, ¿los distintos subgrupos que integran esa comunidad pueden hacer llegar sus opiniones a través de estas instituciones?, ¿no están representando algunas de ellas más bien a otros intereses como los del Estado o la Iglesia?

En segundo lugar, cuando contrastamos la información presentada en el proyecto con el cuadro que establece los diferentes grados de participación del capítulo anterior, vemos que las beneficiarias/os de los servicios de salud aparecen más bien como “receptoras/es pasivas/os de la asistencia, materiales o servicios, sin ninguna participación en su suministro ni control sobre su continuación”. En la última fase del proyecto se incorporan los comités locales de salud y el trabajo con profesores y alumnos de escuelas. No obstante, hay que considerar que esta fase tiene una duración de un año y que el porcentaje de niños matriculados en las escuelas es del 55%, lo cual no implica que todos ellos asistan asiduamente. Además, el trabajo con las escuelas parece consistir más bien en campañas y programas de educación e información, que en una participación activa desde el punto de vista de profesores y alumnos. El análisis de los comités de salud nos lleva a conclusio-

nes semejantes en cuanto al nivel de participación, si bien sus funciones parecen adecuarse más al grado que se define como “realización de actividades prescritas por otros (por ejemplo, contribuir con trabajo, remunerado o no)”. Estos comités, compuestos de personas voluntarias, no surgen a petición de los beneficiarios, sino que son impulsados por el propio proyecto. Sus principales funciones son “tareas de mantenimiento de los puestos, concienciación de la población beneficiaria sobre patologías prevalentes, mecanismos de prevención y asistencia”. No existe información sobre si esos comités son consultados por la dirección del proyecto con relación a problemas y necesidades que surgen entre la población. En cuanto a su organización, los documentos sobre la composición de los comités muestran que, si bien los hombres aparecen en proporción minoritaria, ocupan todos los puestos directivos. Sería, además, de interés averiguar si las “tareas de mantenimiento de los puestos” han tenido que ser asumidas por las mujeres.

Finalmente, restaría analizar a los promotores de salud como agentes de participación. Sabemos que éstos trabajan de manera voluntaria en el proyecto, pero la información sobre sus funciones y sobre el impacto de éstos en el proyecto es escasa. Desde el análisis de género nos haríamos preguntas como: ¿quiénes son?, ¿cuándo y dónde realizan estas tareas?, ¿qué nivel de influencia tienen en la comunidad?, ¿cuáles son las razones por las que se han decidido a realizar este trabajo? Con relación al papel de las mujeres en el proyecto, sabemos que el 90% del personal del hospital son mujeres, y que la gran mayoría de promotores de salud y parteras empíricas lo son también. El potencial para incorporar algunas actividades que fomenten el empoderamiento de las mujeres, incluso si éste fuera únicamente en el ámbito de los sistemas de salud en la zona, es muy importante. Estas actividades podrían haberse incorporado de manera paralela durante todo el desarrollo del proyecto, con resultados posiblemente interesantes para la propia viabilidad interna de la acción.

A modo de conclusión, podríamos agregar que **el trabajo en la participación de la comunidad (en su fortalecimiento, para que se involucre en el proyecto) debe ir dirigido a las personas que la integran para que sean ellas quienes fortalezcan y desarrollen sus modos de organizarse, a ser posible con objetivos abiertos y flexibles sobre las formas que van a tomar esas organizaciones.** La participación real se desarrolla cuando el proyecto se mantiene al margen de definir resultados y se concentra en acompañar el proceso. De esta manera, el proyecto hace posible la introducción del último nivel de participación en el que los/as beneficiarios/as “son estimulados a organizarse para atender sus propias necesidades, planificar soluciones para sus problemas y asumir responsabilidades en los procesos en que se ven involucrados”.

■ Capacidad de las organizaciones para trabajar con perspectiva de género

Las organizaciones involucradas en todas las etapas del proyecto tienen también unas posibilidades o capacidades respecto de las cuestiones de género que limitan o posibilitan la introducción de este enfoque en una acción de desarrollo. En este caso, el análisis se dirigiría a la ONGD española y su contraparte, el Ministerio de Salud del país receptor. Algunas de las cuestiones que se podrían tratar en el análisis son las siguientes:

■ Las percepciones y actitudes del personal de la ONGD española y del Ministerio de Salud respecto de los temas de género. Este aspecto puede ser trabajado en talleres organizados para el personal de las instituciones implicadas, en los cuales se incluyan discusiones sobre, por ejemplo:

- a) La forma en que se llevan a cabo las actividades.
- b) Las actitudes hacia el conocimiento local.
- c) Las ideas en torno a la participación de las mujeres.
- d) El conocimiento de la política institucional.
- e) La percepción sobre la necesidad para los trabajadores de campo de mejorar su trabajo para y con las mujeres y los aspectos de género.

>155

■ La existencia de una política de género dentro de las instituciones y su capacidad para la planificación, ejecución y cooperación con otras instituciones. Las organizaciones pueden no tener una política de género, o tenerla, pero no contar con la capacidad para hacerla operativa en la práctica. Algunas de las preguntas básicas para determinar tal capacidad son las siguientes:

- a) ¿Cómo se ha formulado la política de género? ¿con qué enfoque e ideología (asistencialista, centrada en las mujeres aisladamente, incluyendo las relaciones de género y el empoderamiento...)?
- b) ¿Qué experiencia previa tiene la organización en temas de género?
- c) ¿El desarrollo de la política de género está apoyado en el ámbito de la dirección?
- d) ¿Existe personal formado y capacitado para llevar a cabo proyectos con perspectiva de género?
- e) ¿Existen expertos/as y asignación de responsabilidades sobre los temas de género?
- f) ¿Existen instrumentos para la planificación, seguimiento y evaluación de la dimensión de género de los proyectos?
- g) ¿Se destinan recursos a la puesta en práctica de la política de género: económicos, de tiempo, infraestructura, personal?
- h) ¿Es una organización integrada, conectada con los movimientos a

favor de la igualdad, con las políticas gubernamentales de promoción de la mujer?

i) ¿Cuál es su capacidad de coordinación con otras instituciones de trabajo de género?

j) ¿Pertenece a redes de género?

■ La cultura de la organización forma parte de las normas culturales e ideología imperantes ¿Es una cultura favorable a las cuestiones de género respecto de la organización del trabajo, el espacio y tiempo? Además del debate sobre el impacto que la división sexual del trabajo tiene en la población beneficiaria de los proyectos, la propia organización deberá cuestionarse cómo asume este mismo reparto de tareas tanto en su organización interna como en la interrelación de ésta con los espacios privados de sus miembros. La división estricta entre público y privado que establece nuestra cultura asume que no hay interrelaciones entre ambas o que, al menos, no debe haber implicaciones de la esfera privada sobre el desempeño en el espacio público.

3. Integración del análisis de género en ciclo del proyecto

>156

Hasta ahora hemos visto cómo se puede aplicar el análisis de género en un proyecto. Lo hemos realizado a través de una serie de pasos o preguntas que revelan toda la información relativa a la dimensión de género con la que el proyecto cuenta o de la que carece. Hemos visto cómo esta dimensión de género aparece con todo su contenido, sus implicaciones, su relevancia, a medida que vamos analizando cada paso. En este momento, es posible que nos surjan todavía más preguntas, y esta vez tienen que ver con el funcionamiento del proyecto: ¿qué podríamos haber hecho si hubiéramos contado con toda esta información desde el principio?, ¿cómo incorporarla en la planificación, diseño, ejecución, seguimiento o evaluación de una acción de desarrollo? A continuación, se presentan, a modo indicativo, algunas ideas sobre cómo podríamos haber integrado la perspectiva de género en todas las etapas de este proyecto.

■ Identificación

Esta es la fase más importante si queremos hacer una verdadera integración de la dimensión de género en el proyecto. En ella debería obtenerse toda la información de la que no se disponía en el análisis anterior, para poder así planificar atendiendo a información real (y no a supuestos o ideas preconcebidas) sobre las vidas de los hombres y mujeres beneficiarios: sus responsabilidades, sus actividades, la falta de acceso o control sobre las mismas, los principales problemas o necesidades que experimentan, etc. Toda la informa-

ción obtenida en la etapa de identificación deberá ser desagregada por sexo si queremos integrar la perspectiva de género. Los únicos datos, estadísticas e información desagregadas por sexo que aparecen en la documentación del proyecto están relacionados con indicadores de salud muy generales para mujeres y hombres. Existe un análisis preliminar de la población implicada, un “diagnóstico rápido de salud del Distrito de San Juan”, elaborado en noviembre de 1996, que evalúa los factores de mayor importancia para las condiciones generales de salud (políticas, servicios sociales de salud, abastecimiento de agua potable, electricidad, etc., transporte, educación), medio ambiente, estructura y composición de la población. Los únicos datos que se presentan desagregados por sexo en estos rubros se refieren a la estructura de la población e indicadores sobre mortalidad materna. La distribución de la población en el distrito se presenta por familias, sin que exista ninguna especificación sobre los tipos de familias existentes y porcentajes (monoparentales, uniones de hecho, duración media de las uniones, etc.), información que sería de relevancia para comprender las decisiones que se toman en materia de salud sexual y reproductiva.

El proyecto debería, además, aportar información desagregada sobre la situación diferenciada de mujeres y hombres en las actividades económicas (tipos de actividades, derechos de propiedad, acceso a crédito), en el reparto de responsabilidades y tareas dentro del hogar, y en la sociedad civil (tipos de organizaciones: de hombres, de mujeres, mixtas; posiciones que ocupan mujeres y hombres dentro de estas organizaciones; niveles de influencia en la comunidad y su relación con las instituciones públicas locales). Esta información, obtenida en el ámbito nacional y regional, podría ser extrapolada a la zona del proyecto para tener una idea de los posibles aspectos críticos a tener en cuenta en la identificación. Para la obtención de toda esta información general hubiera sido muy útil identificar organizaciones locales con conocimientos o interés sobre la dimensión de género, organizaciones de mujeres o que promueven los intereses de la mujer (en el ámbito nacional o local), y a ser posible consultar con profesionales nacionales con experiencia en cuestiones de género relevantes para el proyecto. De estas organizaciones y profesionales se podría obtener mucha de la información sobre las relaciones de género en el país en general y, posiblemente, en la zona del proyecto.

En el área de interés para la ejecución del proyecto, se podría haber realizado un proceso de identificación de necesidades, prioridades y problemas específicos de los hombres y mujeres implicados, a través de metodologías participativas, mediante un análisis de género participativo que incluyera aspectos como: perfil de actividades de hombres y mujeres, acceso y control de recursos, identificación de necesidades, calidad de participación en la comunidad. Los grupos para realizar estas metodologías participativas podrían haberse organizado en función de las categorías sociales existentes en esa comunidad, como por ejemplo (además de por sexo) las diferentes etnias,

niveles socioeconómicos, etc. De esta manera, se posibilita la identificación de problemas más específicos, de posibles fuentes de conflicto dentro de la comunidad, de barreras a la participación y de estrategias para superarlas.

Con relación a la salud, estos ejercicios participativos podrían emplearse para explorar conjuntamente determinadas cuestiones básicas:

- ¿Qué entienden las/os beneficiarias/os por promoción y protección de la salud?
- ¿Qué entienden las mujeres y los hombres por SSR?
- ¿Qué visión tienen de un buen sistema de salud?
- ¿Qué papel podrían desempeñar ellas y ellos en el proyecto?

La intención en la formulación de estas preguntas no es únicamente el conocer las respuestas, también es una forma de expresar confianza y otorgar o ceder responsabilidad a los posibles beneficiarios desde el inicio.

■ **Formulación**

Para la aplicación del EML ²⁷ y su planificación, sería preciso utilizar técnicas participativas para llegar a un acuerdo sobre prioridades, aún cuando éstas tengan que acomodarse al tipo de actividades en que la ONGD española suele participar. Un proyecto que desde el comienzo incorpora la dimensión de género debe realizar una identificación participativa de problemas, objetivos y alternativas o estrategias posibles para alcanzar los objetivos, en la que se asegure que los grupos de menor influencia (incluidas las mujeres) tengan derecho a voz y opinión. En el proyecto, las prioridades parecen establecerse desde las organizaciones contrapartes y española. No existe información sobre posibles consultas para llegar a un acuerdo sobre prioridades con los beneficiarios. Se menciona que ellos mismos señalan la necesidad de estos servicios, pero los documentos no añaden ninguna información explicativa. Cuando existen desequilibrios en la situación de hombres y mujeres es importante considerar qué actividades centradas específicamente en las mujeres, o qué medidas de acción positiva son necesarias para que las mujeres puedan acudir de manera más regular al hospital y centros de salud, y aumentar su participación. A menudo es necesario realizar, además, actividades específicamente con y para hombres. En este proyecto hubiera sido positivo involucrar más a los hombres como cónyuges y padres, y en parte como responsables de la salud de sus mujeres e hijos, a través de actividades específicas. Al planificar activida-

²⁷ Sobre la integración de la dimensión de género en el EML, véase Comisión de las Comunidades Europeas (1993); López y Sierra (2000).

des es importante no aumentar la carga de trabajo de hombres y mujeres ni utilizarlos como mano de obra no remunerada, a no ser que ellos mismos lo propongan. Es necesario, además, que este plan de actividades prevea mecanismos para la resolución de posibles conflictos que pudieran surgir en la comunidad a raíz del proyecto. En esta fase de formulación es preciso contemplar el nivel de apropiación de la acción por parte de los implicados que asegure la viabilidad del proyecto. En el caso del proyecto este nivel es bajo. Cuando el apoyo de la ONG española finaliza, la gestión del proyecto retorna al Ministerio de Salud. No parece existir ningún grupo consolidado en el ámbito civil que se responsabilice para que el sistema de salud desarrollado por el proyecto mantenga su nivel de financiación original o se organice para obtener otros medios de financiación. Con relación al presupuesto, es necesario asignar partidas específicas para aquellas actividades relacionadas con la dimensión de género del proyecto que así lo requieran.

■ Indicadores

Los indicadores elaborados para el proyecto se concentran fundamentalmente en las actividades mensuales de prestación de servicios desde el hospital y centros de salud: porcentajes de cobertura del control prenatal, de atención al parto institucional, cobertura del programa ampliado de inmunizaciones, prestaciones de planificación familiar. Se definen, además, otros indicadores para analizar la capacitación del personal del proyecto (participación en los cursos de formación para parteras y promotores), la participación comunitaria (constitución de comités locales de salud) y la educación en salud (emisiones por medios radiales, talleres impartidos en escuelas). Todos ellos son cuantitativos, lo cual es importante porque aportan información básica sobre la realización de las actividades y el nivel de consecución de los resultados. Sin embargo, para poder conocer mejor la medida en que se alcanzan los objetivos hubiera sido necesario complementar a éstos con indicadores cualitativos ²⁸.

>159

El objetivo general del proyecto es: “contribuir al desarrollo social del distrito de San Juan y al aumento del nivel de vida de sus pobladores, a través de la consolidación del sistema local de salud”. El principal indicador presentado para el logro de este objetivo (la disminución de la tasa de mortalidad

²⁸ Los indicadores cuantitativos se definen como medidas de cantidad, como por ejemplo, el número de personas propietarias de máquinas de coser en una localidad. Los indicadores cualitativos, por otro lado, pueden definirse como las percepciones o los juicios de las personas sobre un tema, como la confianza que unas determinadas personas pueden tener en que las máquinas de coser les proporcionen independencia económica. Estos indicadores nos ayudan a conocer aspectos relativos a la calidad de vida por medio de información sobre niveles de satisfacción o insatisfacción percibidos de condiciones personales o socioeconómicas. Los indicadores cualitativos también pueden estar sujetos a la cuantificación: el número de personas que se muestran satisfechas con un determinado proyecto de desarrollo sería un indicador cualitativo de éxito del proyecto.

maternoinfantil) parece poco adecuado si tenemos en cuenta que en el propio proyecto se reconoce la “complejidad” que implica realizar estudios al respecto, y el hecho de que los datos de que se disponen señalan que dicha tasa ha disminuido en el ámbito nacional, por lo que es difícil establecer conclusiones sobre el impacto del proyecto. Dejando de lado este indicador, y volviendo al objetivo general, nos encontramos con que los indicadores propuestos en el proyecto se refieren a la parte de “la consolidación del sistema local de salud” (es decir sobre la prestación de servicios), pero no aportan información sobre hasta qué punto esta “consolidación del sistema de salud” propuesta por el proyecto contribuye al desarrollo social del distrito y la mejora de la calidad de vida de los pobladores. Los indicadores cuantitativos presentan limitaciones a la hora de analizar aspectos relacionados con la calidad de la atención, con lo que piensan las personas de esa atención, con su impacto en el ámbito de desarrollo social:

- El número de preservativos distribuidos no asegura que las mujeres puedan negociar libremente su uso.

- El número de niñas y niños vacunados no nos dice nada sobre si las mujeres y los hombres piensan que ésta es la necesidad más importante o acuciante en términos de salud para sus hijos.

- La cantidad de parteras y promotores formados no nos aporta información sobre si éstos están realizando su tarea sin obstáculos, sobre si ellos (y los beneficiarios/as) piensan que su tarea es efectiva y cuáles son las formas de mejorarla.

- El que se hayan constituido comités locales de salud no responde sobre su utilidad efectiva para la comunidad.

El proyecto podría contemplar algunos indicadores cualitativos para la formulación como los que se proponen a continuación:

- Evaluaciones de padres/madres sobre la salud de sus hijos y la propia.

- Opiniones de hombres y mujeres sobre qué es estar bien alimentado y cómo se deben distribuir los alimentos (complementado con datos reales sobre distribución de alimentos y lactancia materna, y abuso de alcohol y drogas).

- Accesibilidad en la atención de salud: opiniones sobre la facilidad en las relaciones de hombres y mujeres con personal médico masculino y femenino.

- Opiniones, visiones, ideas de hombres y mujeres sobre el significado

de planificación familiar y las distintas opciones.

- Seguridad y violencia: facilidades para denunciar y encontrar asesoramiento (complementado con indicadores cuantitativos sobre casos de maltrato y abuso en mujeres y niños, y sobre violencia física contra los hombres).

■ Ejecución

En esta fase es importante organizar las actividades de manera que se adapten a las necesidades de las mujeres que acuden al hospital (que parecen ser las principales usuarias) y de los hombres en su caso:

- Considerar el calendario, ubicación y duración de las actividades. Tener en cuenta las múltiples responsabilidades de las mujeres (responsabilidades domésticas, generación de ingresos y otras) que les hace disponer de menos tiempo libre. Tener en cuenta la forma de organizar el tiempo de los hombres y en qué estaciones del año es más intenso el trabajo, ya que el proyecto se desarrolla en un área rural.

- Considerar la movilidad de las mujeres y la flexibilidad que tienen para ausentarse del hogar durante largos períodos. ¿Existen normas o costumbres que limitan su capacidad de desplazarse en lugares públicos?

>161

- Si las mujeres no pueden hablar con libertad en grupos mixtos, organizar por separado las reuniones o la formación. Observar de qué manera se comunican con el personal médico y buscar soluciones para los obstáculos a la comunicación.

El equipo de gestión del proyecto deber estar organizado de manera que cuente con personal con conocimiento de género y de técnicas participativas. Es importante estimular la concienciación, cuando sea necesario sobre las cuestiones de género mediante reuniones destinadas al personal de gestión del hospital, de la coordinación de la ONGD española en el país, de dirigentes o personas con influencia en la comunidad, y de los grupos destinatarios. Es preciso, además, identificar y discutir obstáculos a la comunicación en el equipo de gestión y ejecución del proyecto: problemas de lenguaje, diferencias en el nivel de instrucción y experiencia profesional, diferencias en normas, costumbres, roles sociales y culturales. El proyecto debería, por último, proporcionar información suficiente al personal (sobre todo en el hospital y centros de salud) sobre el perfil de actividades de los usuarios o participantes (hombres y mujeres), el acceso y control de recursos, y los factores socioculturales que inciden en la salud y en el acceso a los servicios.

■ Seguimiento

En esta etapa se hubiera podido completar el análisis cuantitativo del progreso de las actividades, los fondos desembolsados y los resultados esperados con un análisis cualitativo del progreso de la intervención, diferenciando entre género y otras categorías de agrupación social (raza, etnia, nivel socioeconómico, etc.). A fin de cuentas, el objetivo general del proyecto pretende generar un cambio social, y para poder conocer los posibles cambios que se generan en este tipo de procesos sociales es preciso realizar un análisis de orden cualitativo ²⁹. Este tipo de análisis se podría profundizar al introducir indicadores cualitativos en los informes de seguimiento para ver más de cerca los procesos de cambio que va generando el proyecto y poder sugerir modificaciones en caso necesario. Algunos ejemplos de indicadores cualitativos para los informes de seguimiento serían:

- Opiniones de habitantes en la zona del proyecto sobre la utilidad de los promotores de salud.

- Opiniones sobre la utilidad de los comités de salud.

- ¿La concepción sobre la promoción y la protección de la salud de los beneficiarios/as ha cambiado?

- Opiniones sobre la utilidad efectiva de los métodos de planificación familiar ofrecidos en el proyecto.

- Utilidad de los programas de educación y formación en salud del proyecto según los participantes en esos programas.

- Satisfacción de los servicios por parte de las madres.

Como ejemplo, este proyecto podría haber utilizado el análisis cualitativo para identificar sus obstáculos a la hora de tratar las cuestiones de género y las culturales. En concreto, en los informes de seguimiento se constata que el número de partos atendidos se encuentra muy por debajo de los esperados para ese distrito. Este tipo de análisis nos informaría sobre las razones por las que las mujeres prefieren que sus hijos nazcan en el hogar, a pesar de las mejoras en atención introducidas por el proyecto. El análisis de género, y todos los

²⁹ El análisis cualitativo se utiliza para comprender procesos sociales, para analizar por qué y cómo una situación en particular detectada por indicadores se ha producido, y cómo se puede cambiar esta situación en el futuro. El análisis cualitativo puede (y debe) realizarse en todas las etapas del ciclo del proyecto, y debe utilizarse conjuntamente con indicadores cuantitativos y cualitativos.

elementos que lo componen, debería integrarse en esta etapa de seguimiento y quedar reflejado en sus informes: sería necesario incluir un análisis del impacto en el acceso y control de recursos y beneficios que el proyecto aporta a los beneficiarios/as, y un análisis del nivel de participación (barreras identificadas y medios para reducirlas o eliminarlas) de hombres y mujeres en el proyecto. Además, podrían utilizarse técnicas participativas para revisión colectiva y análisis críticos de los avances con las diferentes partes implicadas.

La figura de los promotores de salud podría haberse potenciado más en esta etapa: se supone que estos promotores entregan un informe de actividades y, sin embargo, la posibilidad de que estos informes lleguen a retroalimentar el proceso es cuestionable. No aparecen en la documentación y no se percibe que hayan tenido impacto alguno en la marcha del proyecto. Sería importante además analizar el tipo de información que se pide a estos promotores, ya que son ellos principalmente los que tienen la posibilidad de aportar información cualitativa. En concreto, ellos podrían haber obtenido la información sobre los indicadores cualitativos propuestos anteriormente.

■ Evaluación

La evaluación que incorpora la dimensión de género tendría que analizar, en primer lugar, el peso de las consideraciones de género entre los objetivos principales, que siempre será mayor en aquellos que pretenden generar cambios (mejoras) en el ámbito social y de calidad de vida. Todo cambio o proceso social incluye aspectos que, inevitablemente, afectan a las relaciones de género: se redistribuyen los recursos, su acceso y control aumentan para unos u otros, aumentan o disminuyen las responsabilidades, el peso del trabajo, etc. Los efectos sobre el equilibrio de responsabilidades, obligaciones y poder entre hombres y mujeres deben ser evaluados. Este es el caso del proyecto que pretende, en definitiva, contribuir al desarrollo social y al aumento de la calidad de vida de los habitantes del Distrito de San Juan. Así, desde la evaluación deberíamos analizar hasta qué punto la asistencia médica planteada en el proyecto ha tenido un impacto sobre las relaciones de género. Este impacto puede ser negativo si la situación de la mujer se ha deteriorado en comparación con la situación anterior a la ejecución, y en comparación con la posición de los hombres (principalmente en áreas como la salud sexual y reproductiva, y la protección de la salud infantil). Es posible que el proyecto haya incrementado la responsabilidad de las mujeres o la haya dejado intacta. Es posible que el impacto haya sido positivo, si se ha producido un reequilibrio en las responsabilidades y en la forma de tomar decisiones.

Las preguntas que podríamos hacer para la evaluación del impacto en las relaciones de género serían del siguiente tipo: ¿hasta qué punto el acceso a métodos de planificación familiar ha dado lugar a unas relaciones sexuales más

equitativas, o hasta qué punto ha dado más libertad a las mujeres para decidir sobre su salud sexual y reproductiva?; el acceso a salud preventiva para los niños o vacunación, ¿ha contribuido a un mayor conocimiento, a que se involucren y responsabilicen más los padres en la salud de sus hijos?; ¿se ha mejorado la participación de los cónyuges en los servicios de atención a las mujeres embarazadas? En lo que se refiere a la viabilidad del proyecto, la integración de la dimensión de género implica que los beneficiarios y beneficiarias de la intervención deben salir con un mayor nivel de control sobre sus propias vidas, o empoderamiento, que se reflejará en un reparto más equitativo de las decisiones, mayor nivel de influencia y poder en la comunidad. Esto repercutirá en la durabilidad de una intervención, ya que será mayor el interés y la voluntad de las distintas personas involucradas por continuar o mantenerla en el tiempo. Para que esto ocurra es preciso que la intervención establezca las condiciones necesarias para que los distintos grupos implicados pasen de ser beneficiarios a “apropiarse” en alguna medida de la intervención. Y esto sólo puede suceder si la intervención es sensible a los intereses, visiones y prioridades de los grupos implicados.

La “apropiación” del proyecto por parte de los beneficiarios permite su continuidad, trasladar la viabilidad desde factores externos al proyecto a condiciones internas. En concreto, la viabilidad del proyecto que analizamos se asegura con un sistema de autofinanciación en forma de tasas de asistencia, sin excluir a los que no puedan sufragarlas. Con los fondos generados se consigue abastecer parte de los medicamentos e insumos médicos y proporcionar un suplemento honorario a parte del personal. Cuando el proyecto termina, la gestión pasa a ser responsabilidad de la contraparte, el Ministerio de Salud, que centralizará la gestión de estos fondos. El proyecto no incluye entre sus objetivos ninguna estrategia para conseguir la apropiación por parte de los beneficiarios: comités locales, organizaciones civiles que actúen de intermediarios entre la financiación externa y el proyecto para que la ONG española pueda retirar su apoyo. Por último, en lo que se refiere al funcionamiento del proyecto como tal, sería necesario analizar hasta qué punto se ha integrado la perspectiva de género en todas las etapas anteriores (planificación, formulación, ejecución, seguimiento).

4. A modo de conclusión

La integración de la dimensión de género se realiza para que tanto mujeres como hombres adquieran más conocimiento y control sobre sus vidas, sus responsabilidades y obligaciones, que vienen muy determinadas por sus identidades masculina y femenina. **El objetivo principal consiste en promover espacios en los que tanto hombres como mujeres puedan reflexionar sobre sus roles y responsabilidades e identificar sus propias**

necesidades, planificar soluciones para sus problemas y asumir responsabilidades en los procesos en que se ven involucrados, con un equilibrio de poder en la toma de decisiones. Por todo esto, no podemos pretender integrar la dimensión de género en un proyecto en el que no conocemos verdaderamente a los beneficiarios, y en el que ellos no participan con sus opiniones.

En este sentido, es interesante observar la evolución del proyecto y de sus objetivos. Las dos primeras fases se concentran principalmente en mejorar la infraestructura sanitaria a través del incremento de la cobertura y eficacia sus servicios, la mejora del equipamiento y del personal cualificado, y el funcionamiento del sistema de intervención en general (suministros, referencia y contrarreferencia, administración y control). Es sólo en la última fase cuando sus objetivos empiezan a dirigirse a la participación y educación comunitaria, si bien con actividades programadas desde la planificación del proyecto. Otra posibilidad, quizá más interesante desde el punto de vista del desarrollo social, hubiera sido revertir este proceso: comenzar trabajando de forma más cercana con la comunidad, entender el concepto de salud (y de salud sexual y reproductiva) que tienen los diferentes grupos que la componen, analizar los factores que influyen en esas ideas sobre salud y, por último, planificar a partir de este proceso un sistema de salud sostenible a largo plazo.

Finalmente, cuando integramos la dimensión de género, y en general en todo proyecto que incluye como objetivo general procesos de cambio social y de mejora de nivel de vida, es necesario fortalecer el análisis cualitativo. Para entender los procesos sociales y sus cambios es preciso analizar los factores o fuerzas sociales que han causado esos cambios, y este análisis debe aparecer en todas las fases del ciclo del proyecto. Los objetivos, actividades y resultados deben reconocer su parte cualitativa, e ir acompañados de indicadores cualitativos (además de cuantitativos) que impidan la pérdida de este tipo de información durante todo el proceso.

>165

Bibliografía

- CIDA (1997): *Guide to gender sensitive indicators*, Quebec.
- Comisión de las Comunidades Europeas (1993): *Gestión del ciclo de un proyecto: enfoque integrado y marco lógico*, Bruselas, Ayuda al Desarrollo, Unidad de evaluación.
- López, Irene y Sierra, Beatriz (2000): *Integrando el análisis de género en el desarrollo. Manual para técnicos de cooperación*, IUDC/UCM, AECL.

Capítulo VIII

La oficina que nos acoge

Una vez en el terreno y después de habernos familiarizado con nuestro proyecto, ver cómo integrar el enfoque de género en su ciclo de vida y cómo avanzar para poder hacer su seguimiento, debemos también mirar hacia el tipo de organización en la que trabajamos y hacia las organizaciones con las que nuestra propia organización trabaja. Existen al menos cuatro cuestiones que debemos analizar con respecto a la oficina que nos acoge: el tipo de organización en la que estamos ³⁰, la experiencia previa que tenga sobre salud y género, la naturaleza de las contrapartes con las que coopera, y la financiación que recibe o puede recibir en género y salud.

>167

1. El tipo de organización en la que estoy y las contrapartes

En primer lugar, prestemos atención a la oficina que nos acoge. ¿En qué tipo de organización trabajamos? Normalmente nos encontraremos con que nuestro trabajo lo realizamos en una ONGD de desarrollo española o local, en una oficina de una Agencia bilateral —bien española o en su caso de otro país desarrollado— o en un organismo multilateral de desarrollo. Existen muchas diferencias entre una ONGD española y una local a la hora de trabajar el enfoque de género en el terreno. Hay ONGD locales de países en desarrollo que son mucho más receptivas a trabajar la dimensión de género porque ya tienen una experiencia previa con otras ONGD de otros países, con mayor bagaje que aquellas españolas para las cuales el género no ha sido una cuestión prioritaria hasta hace poco tiempo. Además, durante bastante tiempo la cooperación ha ido exigiendo a sus contrapartes locales desarrollar estrategias de género dentro de sus instituciones, aun cuando los organismos demandantes no contaban con su

³⁰ Algunas de estas cuestiones también se tratan en el capítulo x, sobre todo lo relacionado con la integración de la perspectiva de género en la vida de la organización.

propia política de género o, cuando menos, con ninguna experiencia en el tema. Por ello, hay muchas ONGD locales que resultan ser mejores lugares para trabajar con enfoque de género que las españolas.

Si la oficina que nos acoge forma parte de las Oficinas Técnicas de Cooperación (OTC), de la propia AECI o de otras agencias de cooperación bilateral, entonces nuestro enfoque de trabajo será totalmente diferente. Normalmente, las relaciones de género en las OTC que las agencias estatales tienen distribuidas por todo el mundo en desarrollo se caracterizan por haber heredado una estructura e ideología dominada por valores masculinos, que se refleja, entre otras cosas, en una menor presencia de mujeres en cargos de decisión y responsabilidad, y en una menor tradición en impulso de políticas institucionales de género. También, puede que nuestro trabajo se desempeñe en una oficina de un organismo multilateral, donde el discurso y algunas de las prácticas de la institucionalización de género ya han sido asumidas, pero donde la realidad suele responder más a una política de imagen que a una apuesta asumida e interiorizada por todas las personas de la organización. En cualquiera de los casos que hemos expuesto, que responden a modelos más o menos estereotipados, debemos prestar atención a ciertos elementos que nos ayudan a identificar la capacidad de las organizaciones para trabajar con perspectiva de género ³¹.

>168

■ ¿Existe experiencia previa en análisis de género?

Nuestro análisis debe también identificar las posibilidades de apoyo institucional con las que contamos, si existe ya un trabajo previo en que podamos apoyarnos o si tenemos que empezar de nuevo y abriendo camino. ¿Soy la única persona que trabaja las relaciones de género en la organización, o existen más colegas con ganas de incorporar la perspectiva de género en su trabajo diario? La facilidad y efectividad de nuestra labor va a depender en buena medida de la respuesta a estas dos preguntas. Sabemos ya que la integración de la dimensión de género en los proyectos concretos, ha dependido, hasta ahora, más de la voluntad y motivación personal de quien trabaja en las oficinas y en los proyectos, que de una estrategia meditada e implementada por las organizaciones responsables. Por lo tanto, si dentro de nuestra organización existe ya una persona que ha tenido experiencia previa de análisis de género en la zona, debemos solicitarle su apoyo y colaboración para poder enriquecer nuestro trabajo con su experiencia y conocimiento sobre la realidad de género de la zona. Obviamente, lo ideal sería llegar a una oficina que cuente con un equipo de personas expertas en temas de género y que promueva su integración en las distintas áreas de trabajo de la organización.

³¹ López y Sierra (2000).

Sin embargo, hasta el momento, muy pocas organizaciones españolas han elaborado e interiorizado políticas de género que guíen las actuaciones en materia de igualdad de género en los programas de cooperación, aunque exista, dentro de las estructuras, algún departamento o unidad de género ³² encargada de trabajar el tema del género y las mujeres. De hecho, la existencia de estas unidades o departamentos ha sido muy cuestionada, ya que dependen de su diseño (competencias e independencia con que se las dote y del personal que se contrate) para que puedan ser efectivas y eficientes. La experiencia también ha mostrado que la mera existencia de estos departamentos no sólo no garantiza avances en las relaciones de género de las instituciones y sus actividades, sino que en algunos casos ha limitado su esfera de acción, al quedarse encasillado para los “temas de mujeres”.

Así pues, una buena estrategia de género, para “aterrizar” en una organización, debe basarse en los siguientes pasos:

■ En primer lugar, al llegar a tu lugar de trabajo y conocer al equipo humano de compañeros/as con quienes vas a trabajar, debes presentarte y tomarte unos días para ir explicando a todo el equipo en qué consiste la incorporación de la dimensión de género en el trabajo diario. Cada cual tiene que buscar su propia forma de hacer partícipes a sus compañeros de trabajo de la importancia de trabajar las desigualdades de género, y para esto es de gran ayuda establecer un diálogo abierto, permanente y basado en el respeto. Una parte fundamental de nuestras posibilidades de éxito en el trabajo depende de nuestra propia imagen como “expertos/as” de género, y de que nuestras tareas sean conocidas y legitimadas por todas las personas. En muchas sociedades, como sucede en la española, existe ya una ideología en torno a “los temas de mujeres”, “el feminismo” o “ser feminista” que entra en juego en el lugar de trabajo mucho antes de que podamos incluso explicar en qué consiste integrar el análisis de género en la cooperación. Aunque no podamos luchar contra ello directamente, sí podemos ir cambiando estos estereotipos con nuestra actitud y comportamiento.

>169

■ Una vez que nos hemos presentado, y cuando ya no hay dudas sobre lo que queremos hacer, cuando hemos determinado en qué consiste el enfoque de género, es importante documentarse, hacer nuestro propio diagnóstico de género respecto de las relaciones políticas, económicas, sociales, culturales y jurídicas que operan en el país para hombres y mujeres. Ello nos va a servir, en primer lugar, para conocer y señalar las desigualdades que existen entre hombres y mujeres, y definir nuestros objetivos hacia aquellos campos que mayor prioridad tengan. La documentación va a incluir, desde estadísticas encontradas en instituciones nacionales oficiales, asociaciones, investigaciones

³² En el caso español, la AECI cuenta con una Unidad de Género dentro de su estructura formal, dependiente del Gabinete Técnico desde 1997; aunque con anterioridad tuviese ya personal que se ocupaba de la igualdad entre hombres y mujeres.

académicas, datos de portales de internet del Banco Mundial, del PNUD, de la UNESCO, etc. sobre los temas más diversos como educación, salud, mercado laboral, planes de igualdad de oportunidades, etc. En segundo lugar, esta información nos va a guiar sobre las cuestiones, problemas o necesidades más importantes (relativas a las desigualdades entre hombres y mujeres) que podemos encontrar en nuestra observación en el terreno. Para brindar calidad en nuestro trabajo es muy importante que nuestra actitud sea tolerante y receptiva sobre todo al comienzo, mientras realizamos un reconocimiento de la cultura, aunque observemos una ignorancia total sobre el tema o, incluso, comportamientos machistas o actitudes de desconfianza hacia nuestro trabajo. De la impresión que causemos cuando nos incorporemos a la oficina y al proyecto, dependerá que nos escuchen, nos apoyen y nos “tomen en serio” el resto del tiempo que vamos a trabajar allí. Además, de la información social y cultural que recojamos del análisis realizado las primeras semanas va a depender que nuestro futuro enfoque sea apropiado y positivo y, por tanto, favorable para el cambio hacia una mayor igualdad entre los géneros. Cuando lleguemos a nuestra organización es imprescindible comparar lo menos posible nuestro propio bagaje (nuestro esquema de género establecido) con lo que nos encontramos.

■ En tercer lugar, cuando ya conoces la información básica sobre el terreno en el que te mueves, puedes pensar en propuestas abiertas con el resto del equipo, sobre aquellas áreas que te parecen más importantes. Busca aliados concretos que te ayuden con acciones puntuales y apoyo en recursos financieros, de tiempo, de logística, etc. de sus propios proyectos o ámbitos de actuación. A continuación, si es posible, también busca para tus propuestas o proyecto colaboradores nacionales e internacionales, como apoyo técnico de organismos multilaterales que tengan proyectos en curso sobre temas relacionados con tu identificación y que apoyen la igualdad de género desde instituciones legitimadas. Algunos de estos organismos colaboradores pueden ser las unidades de género del PNUD, de otras agencias internacionales que se encuentren sobre tu terreno, o los propios mecanismos de igualdad del país en el que te encuentras.

■ Finalmente, debemos ser conscientes de que nuestro trabajo y tiempo en la organización no es eterno (ni debe serlo), sino que debe ir integrándose en la corriente principal de la organización. Ante la posibilidad de nuestra ausencia, sin embargo, es aconsejable identificar una persona que haya colaborado en nuestro trabajo, pueda ser un punto focal al que se puede acudir en casos de dudas, y que pueda dar un seguimiento a la estrategia iniciada a más corto plazo. No olvides tampoco de dejar siempre constancia escrita de tu trabajo, y de aportar materiales (libros, documentos, vídeos, etc.), que puedan servir en el futuro de referencia para próximas iniciativas.

■ Las organizaciones contrapartes

Una vez identificado el tipo de organización, establecidas las alianzas con aquellas personas que consideramos clave, bien por su capacidad de decisión dentro de la organización, bien por su conocimiento y experiencia en las relaciones de género, nos queda atender a la oficina que nos acoge como contraparte. No debemos olvidar tampoco establecer contacto con las organizaciones y asociaciones locales de la zona, ya que son generalmente ellas las que mejor conocen la situación de las mujeres, las características de las relaciones de género y la experiencia previa (tanto positiva como contradictoria) sobre la que podemos apoyarnos.

2. La financiación para nuestro trabajo

Otro de los aspectos que debemos considerar cuando nos encontramos trabajando sobre el terreno es el de conocer las instituciones que financian proyectos de cooperación para el desarrollo en el ámbito nacional e internacional, e identificar a aquéllas a las que podríamos contactar para conseguir dicha financiación. Considerando las posibilidades en el escenario internacional podemos encontrar varios actores a los que podemos presentar proyectos en sus diversas convocatorias para canalizar fondos destinados a proyectos sobre género y/o salud. En primer lugar, está la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que es una de las primeras organizaciones internacionales que prestó atención a la cuestión de género y salud en los proyectos de cooperación internacional, y cuenta con agencias especializadas para apoyar la problemática que los temas de salud y/o género presentan en los países en desarrollo. Así, conviene que nos informemos sobre las convocatorias y oportunidades que proporciona por una parte la World Health Organization (WHO; <http://www.who.org>) u Organización Mundial de la Salud (OMS) en su traducción al español. La OMS, con sede en Noruega, y cuya Directora General actualmente es Gro Harlem Brundtland, trabaja en los principales temas de salud que también afectan a las mujeres, con programas de acción humanitaria y de emergencia, derechos sexuales y reproductivos, así como programas de promoción y protección de la salud, control de enfermedades contagiosas, asistencia a refugiados y atención a mujeres con VIH, etc.

Así, dentro de estos programas se encuentran el ONUSIDA, o Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (se puede acceder a la información a través de la dirección <http://www.unaids.org>). Además, podemos acudir al FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas), que es la agencia especializada en la promoción de la salud reproductiva, con sede en Nueva York y oficinas en la mayoría de los países receptores de ayuda. El FNUAP desarrolla proyectos y ofrece asesoramiento e información a todas las organizacio-

nes interesadas en la promoción de la salud reproductiva. Últimamente, y para dar respuesta a acontecimientos políticos de ámbito mundial, ha puesto en marcha un programa llamado: "Esfuerzo internacional para salvar la vida de las mujeres afganas mediante la provisión de atención médica para temas reproductivos". Dentro del sistema de Naciones Unidas, podemos contactar con la División para el Avance de la Mujer (DAW) que integra al Fondo de Desarrollo para las Mujeres, conocida como UNIFEM, junto con otras instancias como la Comisión para el Status de las Mujeres (CSW) y el proyecto Observatorio de las Mujeres o WomenWatch Project. También se desarrolla aquí trabajo de género y salud.

Finalmente, cabe señalar que durante el primer semestre del año 2001, la Organización de las Naciones Unidas ha publicado un informe del Secretario General que puede ser fundamental para avanzar en temas de género y salud, ya que proporciona una guía en el ámbito mundial sobre prácticas que deben ser conocidas o evitadas para mejorar la salud y calidad de vida de las mujeres. El documento se llama *Prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de las mujeres*, y la referencia de dicho informe del Secretario General es A/56/316.

Fechas señaladas para salud y mujeres

8 de marzo	Día Internacional de la Mujer Trabajadora
7 de abril	Día Mundial de la Salud
10 de octubre	Día Mundial de la Salud Mental
1 de diciembre	Día Mundial de la Lucha contra el SIDA

Además, dependiendo de la región en la que nos encontremos, también podemos establecer contacto para pedir información sobre las áreas de trabajo y las vías de financiación a los bancos regionales de desarrollo. Así, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), y el Banco Africano de Desarrollo (BAD) han puesto en marcha en la última década distintos proyectos dentro del área de género y salud, cuyas experiencias pueden ser útiles a nuestro propio proyecto. Otros bancos regionales existentes son: el Banco Centroamericano de Integración Económica (BCIE), el Banco Asiático de Desarrollo (BASD) o el Banco de Desarrollo de África del Este (BDAE). Otra gran organización que tiene abierta casi permanentemente una vía de financiación para el avance de los países menos desarrollados es la UE. Dentro de la estructura de la Comisión Europea, se encuentra la Dirección General de Desarrollo que trabaja simultáneamente en temas de género, en temas de salud, SIDA y población en los países en desarrollo, haciendo énfasis en "los temas de población, la salud sexual y reproductiva, los derechos y seguridad de la maternidad, las enfermedades de transmisión sexual, especialmente el VIH/SIDA, así como en acelerar

la acción global contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis" ³³. En esta Dirección General encontramos un apartado específico de financiación, que se divide según áreas de actuación (Fondo Europeo de Desarrollo, los países de Asia y América Latina, y los países mediterráneos y de Oriente próximo), y líneas temáticas de trabajo (línea para VIH/SIDA y población, enfermedades contagiosas y ayuda humanitaria, etc.). En España podemos destacar tres tipos de instituciones que nos pueden apoyar financiando nuestros proyectos de género y salud. En primer lugar, dentro de las instituciones de la Administración Central, podemos acudir al órgano encargado de atender la promoción de la igualdad y la reducción de las desigualdades entre los hombres y las mujeres. Nos referimos al Instituto de la Mujer, órgano dependiente del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, cuyo Departamento de Cooperación Internacional contiene una línea abierta anualmente para apoyar la cooperación al desarrollo desde el punto de vista de la igualdad de oportunidades. Ello a través del Programa de Cooperación Internacional "Mujeres y Desarrollo", que abre dos convocatorias para subvencionar proyectos de cooperación a ONGD de desarrollo españolas, así como a las ONGD de América Latina, el Caribe, África del Norte y Europa del Este. Dentro también de la Administración Central, y ubicada en el organigrama de la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), se encuentra la Unidad de Género, que puede también apoyar proyectos de cooperación al desarrollo mediante la asistencia técnica y la orientación basada en la experiencia de anteriores proyectos de cooperación financiados por la AECI, así como guías y directrices sobre cómo abordar el tema de género y salud según las recomendaciones internacionales y regionales.

>173

También, podemos encontrar financiación en género y salud en los programas de cooperación al desarrollo de las diferentes comunidades autónomas de España. Hoy en día, casi todas las comunidades autónomas tienen un organismo, bien sea Instituto de la Mujer, Casa de la Mujer, u Oficina de la Mujer, encargado de velar por la igualdad entre hombres y mujeres, a los que podemos acercarnos para conocer cuáles son las vías de financiación descentralizada con que cuentan para el tema de género y salud. En especial, el Instituto Vasco de la Mujer (Emakunde) junto con la oficina de cooperación del Gobierno vasco, que ha sido uno de los institutos pioneros y más generosos a la hora de poner en marcha proyectos de cooperación para el desarrollo en temas de salud y mujeres. Cabe mencionar, asimismo, al Instituto Canario de la Mujer, el Instituto Andaluz de la Mujer, que han apoyado y subvencionado diferentes intervenciones específicas en el área de género y salud.

Finalmente, para terminar con las instituciones susceptibles de financiar proyectos y programas de cooperación para el desarrollo en temas específicos de género y salud, tenemos que acercarnos a los departamentos de coopera-

³³ Véase Marie Stopes International (2000).

ción y desarrollo de los gobiernos locales, de los ayuntamientos, donde también existen pequeñas líneas de financiación de proyectos de cooperación internacional. Debemos dirigirnos a cada uno de estos gobiernos a la hora de informarnos sobre sus líneas prioritarias de financiación, plazos, solicitudes, etc. Además, podemos considerar el apoyo y los recursos que pueden aportar las asociaciones y colectivos locales mixtos y de mujeres, pues si bien no nos aportarán dinero en efectivo, sí que pueden suministrar capital humano y técnico muy valioso para nuestros proyectos.

Nivel internacional

- ONU: salud (OMS, FNUAP, ONUSIDA...), género (UNIFEM, *Womenwatch*, etc.)
- Banco Mundial

Nivel regional

- Unión Europea
- Bancos Regionales

Nivel estatal

- Agencia Española de Cooperación
- Instituto de la Mujer (mecanismo de igualdad)

Nivel de comunidades autónomas y local

- Institutos autonómicos de la mujer
- Ayuntamientos
- Asociaciones y colectivos

>174

■ Los formularios para la financiación

Una vez identificadas aquellas instituciones capaces de brindarnos financiación y a las cuales vamos a presentar nuestro proyecto de desarrollo, debemos también reflexionar sobre cómo hacerlo para que éstas aprecien que en nuestra organización trabajamos con perspectiva de género en las actuaciones que llevamos a cabo. Normalmente, la mayoría de las instituciones que acabamos de mencionar cuentan con un formulario bastante complejo y variado en el que aparece un apartado sobre el impacto de nuestro proyecto en las cuestiones de género. No es fácil completar este apartado. En primer lugar, porque no tiene mucho sentido en sí mismo. Si un proyecto de cooperación para el desarrollo está formulado con enfoque de género como hemos aprendido, este apartado dentro del formulario no debería existir. Cualquier proyecto que involucre a la población beneficiaria, por técnico y específico que sea, debe incorporar la perspectiva de género de manera transversal. Ya hemos visto cómo la perspectiva de género se integra de principio a fin en un proyecto, no en un apartado específico; sin embargo, no

parece ser tan claro para el personal y para la dirección de las instituciones financiadoras. Así que, por mucho que nos pese, si queremos financiación para nuestros proyectos, debemos integrar la perspectiva de género transversalmente en nuestro proyecto y, además, rellenar el apartado de "género"; de manera que lo hagamos de la forma más clara y completa posible.

En primer lugar, debemos dejar constancia de que el objetivo general del proyecto y los objetivos específicos responden a las necesidades e intereses de la población beneficiaria, es decir, de los hombres y mujeres. Los resultados, por tanto, serán resultados que satisfacen necesidades prácticas, y puede que también necesidades estratégicas (de mayor igualdad) de mujeres y hombres; esto debemos señalarlo en el mencionado apartado de género. Además, es importante que señalemos en este apartado cuáles son los indicadores específicos de género que vamos a utilizar para hacer el seguimiento y evaluación de nuestro proyecto; para ello podemos repasar el capítulo VI de esta guía sobre herramientas metodológicas. Finalmente, es importante hacer una mención también a cómo se ha garantizado una participación activa y con capacidad de decisión de los hombres y las mujeres de la población, señalando qué medidas específicas han sido necesarias programar para que la participación de hombres y mujeres pueda ser igualitaria en calidad y cantidad.

Como ya sabemos, integrar la perspectiva de género en los proyectos de cooperación para el desarrollo requiere de grandes dosis de sentido común y buena voluntad; en este apartado podremos incluir todas aquellas claves del proyecto que ayuden a identificarlo como un proyecto que apoya o favorece la igualdad entre hombres y mujeres y el empoderamiento de las mujeres. No olvidemos que es preferible tener un proyecto que integre la dimensión de género en todas las áreas de actuación, a que sepamos rellenar correctamente el apartado del formulario que se refiere a la dimensión de género. La superación de este formalismo es otro de los retos que podemos identificar para el trabajo en la oficina que nos acoge, si lo que queremos es integrar la dimensión de género en los proyectos de cooperación en salud.

>175

Bibliografía

- Marie Stopes International (2000): *Guía de la ayuda de la Comunidad Europea en materia de Población y Salud Reproductiva*.
- Swedish International Cooperation Agency (1996): *Mainstreaming: A Strategy for Achieving Equality Between Women and Men. A Think Piece*.
- López, Irene y Sierra, Beatriz (2000): *Integrando el análisis de género en el desarrollo. Manual para técnicos de cooperación*, IUDC/UCM, AECL.

Capítulo IX

Experiencias de nuestro trabajo en el terreno

Cuando tomamos conciencia de los problemas y efectos de la dimensión de género comenzamos a ver de qué manera inciden en nuestra vida cotidiana, desde nuestro trabajo en el terreno hasta nuestra situación personal. La perspectiva de género nos permite averiguar cuáles son las causas de muchos de los problemas que debemos afrontar, y para los que debemos encontrar una solución más profunda. Ahora analizaremos algunos ejemplos relacionados con la dimensión de género extraídos de nuestro trabajo en el terreno, y daremos algunos consejos prácticos para trabajar para el cambio.

>177

■ Caso nº 1

Una mujer de 24 años trae a su hijo recién nacido para que lo vacunes. Cuando vas escribiendo su historia clínica te cuenta que es su sexto hijo. Dice que está muy cansada y que espera no tener más hijos. Ha oído hablar de la planificación familiar, pero dice que su marido no quiere que recurra a ella.

■ ¿Qué podrías hacer?

Comienza por preguntarle por qué piensa que su marido no quiere que recurra a la planificación familiar. Hay muchas razones por las que podría no querer que su mujer utilice métodos de planificación familiar. Estas incluyen: falta de información sobre los riesgos de la planificación, creencias religiosas que prohíben los métodos de planificación familiar, normas sociales que fomentan las familias numerosas o el deseo de tener un hijo si todavía no tiene ninguno. Un mito común es que las mujeres que utilizan la anticoncepción se vuelven promiscuas. Escucha atenta y respetuosamente. Pregúntale qué piensa ella de la planificación. ¿Desea utilizarla? ¿Cómo se sentiría ella si su mari-

do deseara utilizar la planificación familiar? Si lo consideras adecuado, bríndale información sobre los diversos métodos que existen. Explícale de forma sencilla como actúa cada uno de los métodos para evitar el embarazo y su relativa seguridad cuando se los compara con lo que significaría para ella un nuevo embarazo. Si su resistencia a utilizar métodos de anticoncepción se funda en temores, corrige su falta de información. Bríndale información sobre planificación familiar natural y coito interrumpido. Puedes sugerirle que venga a la consulta con su marido. Explícale que tendrías mucho gusto en hablar con él y abordar cualquier problema que pudiera tener. Si ella piensa que su marido no va a querer venir a la consulta para una visita, pero que ella quisiera evitar otro embarazo, hazle conocer los métodos que tiene a su disposición, aclarándole que debe tener cuidado de no correr ningún riesgo. Bríndale información sobre la forma de negociar con su marido el uso de métodos de planificación familiar.

■ Trabajar para el cambio

- a)** Brinda educación. Pon información sobre planificación familiar a disposición de todos –chicos y chicas, mujeres y hombres.
- b)** Promueve debates con mujeres o parejas sobre temas y experiencias relacionados con la planificación familiar.
- c)** Organiza una campaña en los medios de comunicación para explicar los beneficios que la planificación familiar ofrece a la mujer individualmente, a la familia y a la comunidad.
- d)** Intenta que los métodos de planificación familiar sean accesibles, a precios reducidos. Asegúrate que estos medios están al alcance de las poblaciones rurales y urbanas, y tanto de los adolescentes como de los matrimonios.
- e)** Capacita a trabajadores masculinos para que proporcionen formación a los hombres sobre los beneficios de la planificación familiar.
- f)** Aborda el tema de la religión local y la planificación familiar. Si un método de planificación familiar se puede explicar de forma que respete las creencias religiosas, ayudará a que tenga mayor aceptación.

■ Caso n° 2

Una mujer de 35 años se presenta en la consulta quejándose de un dolor de estómago crónico. Observas que tiene aspecto de estar muy cansada y mal alimentada. Cuando la examinas descubres que tiene hematomas en la parte superior de los brazos y en las piernas. Cuando le preguntas cómo se ha hecho esos moratones, ella trata de minimizar su importancia o musita algo respecto de una caída. Cuando consultas con otros miembros del equipo te enteras de

que ha venido a menudo a la consulta con moratones, y que una vez vino con un brazo roto. Cuando la interrogas con mayor detalle admite que su marido la golpeó y que esto ya ha ocurrido antes, pero agrega que es asunto suyo y que tiene miedo de hacer algo al respecto.

■ **¿Qué podrías hacer?**

Ante todo asegúrale que no harás nada sin que ella esté de acuerdo. Trata de averiguar cuántas veces ha ocurrido esto antes. Si ella está en peligro, ayúdala a decidir lo que quiere hacer: si quiere o no irse de su casa. Ayúdala a elaborar un plan de seguridad.

■ **Organiza un plan de seguridad**

Los profesionales sanitarios pueden ayudar a las mujeres a protegerse contra la violencia familiar, aún cuando la mujer no esté preparada para abandonar su casa o denunciar los maltratos de sus parejas. Cuando las pacientes tienen un plan de seguridad personal están en condiciones de hacer frente a las situaciones de violencia. A continuación, tienes una serie de sugerencias para ayudar a la mujer a confeccionar su propio plan de seguridad personal:

- a)** Identificar a uno o a varios vecinos a quienes poder hablarles de la violencia y pedirles que busquen ayuda si oyen disturbios en su casa.
- b)** Si una discusión parece inevitable, tratar de que tenga lugar en una habitación o en una parte de la casa de donde la mujer pueda salir fácilmente. Debe quedarse lejos de cualquier habitación donde haya armas.
- c)** Practicar la manera de abandonar su casa de forma segura. Identificar las puertas, ventanas, ascensor o escaleras más adecuadas.
- d)** Tener preparado un bolso que contenga un juego de llaves, dinero, documentos importantes y ropa. Dejar ese bolso en casa de un pariente o amigo, por si debe abandonar su casa apresuradamente.
- e)** Elegir una palabra clave para utilizar con sus hijos, familia, amigos y vecinos cuando necesita ayuda urgente o quiere que llamen a la policía.
- f)** Decidir dónde ir si tiene que abandonar su casa y tener un plan para llegar allí (incluso aunque ella piense que no va a necesitarlo).
- g)** Utilizar su instinto y razonamiento. Si la situación es peligrosa, considerar la posibilidad de acceder a lo que pide el abusador, a fin de calmarlo. La mujer maltratada tiene derecho a protegerse y a proteger a sus hijos.

>179

■ **Consejo general**

La mejor manera de descubrir una historia de maltrato en pacientes mujeres consiste en hacer preguntas al respecto. No obstante, hay varios tipos

de lesiones físicas, trastornos y comportamientos de la paciente que pueden despertar en el/la profesional sospechas de violencia doméstica o maltrato sexual. Cuando se observan estas señales o “signos de alarma”, el /la profesional debería sentirse seguro/a y preguntar a sus pacientes sobre un posible maltrato, recordando que debe mostrarse decidido y respetuoso de la privacidad de la paciente.

- a)** Quejas crónicas, poco concretas, que no tienen causa física obvia.
- b)** Lesiones que no concuerdan con la explicación de cómo ocurrieron.
- c)** Una pareja del sexo masculino que está demasiado pendiente, que controla o que no se despega de la mujer.
- d)** Daño físico durante el embarazo.
- e)** Demora entre el momento en que se producen las lesiones y el momento en que acude en busca de tratamiento.

Cuando examinas a una mujer, procura siempre buscar señales de maltrato. A menudo los hombres golpean a sus mujeres en lugares del cuerpo en donde no se ven las marcas. Si observas una marca inusual, moratones o cicatrices pregunta cómo se produjeron. O si una mujer se presenta con dolores, sangrando o con una fractura pregúntale si ha sido golpeada. Recuerda que muchas mujeres maltratadas dirán que se hirieron de forma accidental.

>180

■ Trabajar para el cambio

- a)** El/la trabajador/a sanitario/a puede:
 - Educarse a sí mismo/a respecto del maltrato físico, sexual y emocional y explorar sus propios desvíos, temores y prejuicios.
 - Brindar a las víctimas de la violencia atención y apoyo, sin opinión.
 - Hacer preguntas a las pacientes de forma amistosa, amable.
- b)** Quienes dirigen programas de salud reproductiva pueden:
 - Establecer políticas y procedimientos para preguntarles a las mujeres sobre maltratos.
 - Elaborar protocolos que indiquen claramente los cuidados adecuados y las formas de referir a las víctimas de maltrato.
 - Promover el acceso a la anticoncepción de urgencia.
 - Facilitar locales a los grupos de mujeres que intentan organizar grupos y celebrar reuniones.
- c)** La comunidad puede:
 - Instalar una “casa segura” o refugio para las mujeres sin casas.
 - Solicitar comprensión, y preocupación para las víctimas.
 - Cuestionar las interpretaciones culturales y religiosas que justifican la violencia y el maltrato de la mujer.
 - Incorporar a los programas educativos debates sobre relaciones saludables y alternativas para la violencia.

Parte cuarta **Volvemos**

Capítulo X

A. Nuestra organización

Suele comentarse que las y los médicos son malos pacientes cuando enferman, ¿será cierto? Si acaso la respuesta es afirmativa, el ejemplo quizá nos ayude a entender que la tarea de integrar la perspectiva de género en nuestra organización puede ser más difícil que animar a nuestras contrapartes del Sur a que lo hagan. También es posible que ellas perciban mejor las desigualdades que existen en nuestro organismo, a veces desde afuera se ven las cosas con más claridad. Está bastante extendida en las ONGD la idea de que como las mujeres del Norte no vivimos, en general, situaciones tan extremas de opresión como las mujeres del Sur, ¡ya no hay problemas de género! Pero así como sabemos que salud no es simplemente "ausencia de enfermedad", hemos de asimilar que equidad de género no es simplemente tener iguales derechos y oportunidades, o que las mujeres no sufran violencia física... Es algo más. En este capítulo vamos a abordar los elementos que constituyen ese algo más en el ámbito de nuestra organización. Y es que resulta clave para nuestro trabajo de desarrollo que empeemos por mirarnos a nosotras y nosotros mismos, y que nuestro análisis de género empiece en nuestra "propia casa".

>183

1. Las ONGD son instituciones "generizadas"

Las ONGD son entidades legalmente constituidas, sin fines de lucro y autónomas, que trabajan en el ámbito de la solidaridad internacional y la cooperación para el desarrollo. Están integradas por ciudadanas y ciudadanos que creen en la necesidad de la cooperación solidaria entre los pueblos y se rigen por un conjunto de valores éticos que dan sentido a su existencia y justifican su quehacer. Como establece su Código de Conducta, las ONGD promueven el

desarrollo entendido como un “proceso de cambio social, económico, político y cultural que requiere la organización participativa y el uso democrático del poder por los miembros de una comunidad (...) crea condiciones de equidad en el acceso a los recursos (...) y abre mejores oportunidades de vida al ser humano para que despliegue todas sus potencialidades”. Además, en tanto se auto-definen como agentes de transformación social, las ONGD participan activamente en el cambio social proponiendo unas relaciones Norte-Sur más justas, y concediendo gran importancia a tres elementos del desarrollo humano:

- La equidad de género.
- El respeto al medio ambiente.
- La promoción de los derechos humanos.

Integrar la perspectiva de género tanto en sus planteamientos de trabajo como en sus dinámicas internas, es coherente con los postulados políticos que caracterizan a las ONGD. A pesar de que sería esperable un entusiasta afán de las ONGD por dirigir su trabajo hacia el logro de la equidad de género, no es difícil constatar que surgen dudas, resistencias pasivas o francas oposiciones cuando se insiste en el tema. Lejos de desanimarnos, hemos de saber que la tarea de hacer más sensibles a las ONGD en cuanto a la desigualdad de género requiere importantes cambios en las concepciones y actitudes, tanto personales como colectivas. Estos cambios no son sencillos pues las ONGD, por mucha disposición al cambio que tengan, no dejan de ser instituciones, es decir, organismos complejos que generan, mantienen y reproducen relaciones sociales. Si vemos a nuestra organización desde este ángulo, nos daremos cuenta que participa de un conjunto de características comunes a las organizaciones sociales:

- Refleja y reproduce relaciones de poder entre colectivos diversos.
- Opera con personas que han incorporado la ideología predominante sobre las relaciones sociales (y sobre las relaciones de género, en particular).
- Realiza una distribución de recursos favorable a quienes tienen el poder.
- Tiene unas estructuras jerarquizadas.
- Cuenta con unas reglas, procedimientos y prácticas que refuerzan estos aspectos en su funcionamiento cotidiano.

Las relaciones de género establecidas por el orden social que asignan a las mujeres menores cuotas de recursos y poder que a los hombres también

están presentes en las ONGD. Por eso, se afirma que éstas son instituciones “generizadas”, que a menudo refuerzan la división genérica del trabajo en su interior y el desigual acceso a los recursos y al poder, tanto a través de sus programas de trabajo como de sus dinámicas institucionales. Ocurre a menudo que las ONGD, al ser entidades donde abunda la buena voluntad y el compañerismo, corren el riesgo de creerse a salvo de ciertas problemáticas sociales. Si aceptamos que las relaciones desiguales entre hombres y mujeres también están presentes en su interior adoptando, por supuesto, expresiones propias de la sociedad en que vivimos, estaremos en buen camino para comenzar a revisar nuestras prácticas organizativas.

2. ¿Qué implica integrar la perspectiva de género en la vida de una organización?

Integrar la perspectiva de género en el funcionamiento de una organización requiere de un trabajo sistemático que apunte a institucionalizar una nueva cultura de la organización.

- **Institucionalización:** proceso a través del que las prácticas sociales se hacen regulares y continuas como para formar parte del devenir cotidiano.

- **Cultura de la organización:** conjunto de conocimientos, ideas, relaciones sociales, normas y valores compartidos por las personas que la integra.

La tarea sólo será exitosa cuando la perspectiva de género esté integrada como práctica regular, en todos los ámbitos que conforman una organización social. Para lograrlo, deben ser revisados tanto los objetivos y políticas de la organización (nivel sustancial), como los procedimientos y mecanismos que rigen sus estructuras internas (nivel estructural), y las creencias, actitudes y valores explícitos e implícitos de sus integrantes (nivel cultural). Una condición indispensable para lograr transformaciones en estos tres niveles es la disposición del organismo al cambio cultural. Como plantea el CAD, "las posibilidades de éxito en la integración de las consideraciones de género se incrementan cuando la organización tiene flexibilidad y una actitud abierta ante las nuevas ideas en general, así como voluntad de cambiar y de incorporar las aportaciones de los diversos sectores de la población" ³⁴. Si ya hemos dado el primer paso (reconocer la existencia de relaciones desiguales entre las mujeres y los hombres de nuestra organización), y estamos en disposición de emprender el segundo (ver la cuestión con una actitud abierta y flexible), éste es el momento de no olvidar que la integración de la perspectiva de género en la dinámica institucional no está

³⁴ Ministerio de Asuntos Exteriores/SECIPI (1998).

exenta de conflictos y resistencias. Ello es así porque pensar en clave de género obliga a que nos cuestionemos frontalmente las jerarquías, reales y simbólicas, que caracterizan las relaciones entre los hombres y las mujeres. Los cambios en el orden de género imperante en nuestra sociedad y, como no puede ser de otra manera, también en nuestra organización, es a menudo vivida como una amenaza por el personal de la organización. Es importante tener en cuenta que los cambios en la organización son complejos y no se puede responsabilizar, exclusivamente, a una o dos personas, de generarlos. Es fundamental que se implique a todo el personal de la organización en esta etapa, ya que si no se corre el riesgo de entender que si la organización no avanza en las cuestiones de género es porque las agentes de cambio no tienen buen método para convencer al personal y/o generan excesiva confrontación.

Los estilos de debate son variados y, efectivamente, unos son más eficaces que otros, pero la labor de remover relaciones sociales como las de género (que por ser tan arraigadas es difícil cuestionarlas) no se consigue sólo con buenas metodologías o estilos adecuados. Hacer de nuestra organización un espacio más coherente con la equidad de género requiere que revisemos cómo opera la desigualdad entre mujeres y hombres en cada uno de los niveles institucionales antes mencionados, y que pongamos voluntad colectiva y empeño personal en iniciar los necesarios procesos de cambio.

>186

■ Concepciones y políticas sensibles a la equidad de género

El primer aspecto que hemos de revisar son las concepciones políticas globales y los objetivos de nuestro organismo, de modo que podamos afirmar categóricamente que nuestra organización aspira a un desarrollo humano y equitativo, también en términos de género. Sin ello, es muy difícil que la equidad de género esté explícitamente reflejada en las metas que queremos lograr con nuestra acción y, por tanto, en las estrategias que usaremos para hacerlas realidad. Hacer nuestra política y objetivos globales más favorables a la igualdad entre las mujeres y los hombres no significa aumentar el número de proyectos que tienen a las mujeres como principales destinatarias. A menudo, estos proyectos no resuelven los problemas de las mujeres y sólo contribuyen a aumentar la brecha de desigualdad entre los géneros, al dar por válida la actual división sexual del trabajo.

Tomemos como ejemplo los clásicos proyectos de salud maternoinfantil. La sola formulación del título ya acepta que la responsabilidad del cuidado de las niñas y niños es tarea exclusiva de las madres. Esto, evidentemente, es así, sin embargo... ¿debe ser así? Adelantándonos a la previsible respuesta de que es muy difícil lograr que los hombres se involucren en la atención de sus criaturas, pero hay quienes lo hacen, ¿nos rendimos antes de realizar el primer esfuerzo? Las resistencias a la revisión de nuestras concepciones suelen ser

muchas y variadas. Argumentos que serían inadmisibles en otros campos del trabajo se consideran obstáculos insalvables cuando de las relaciones de género se trata. ¿Acaso no cuestionamos las tradiciones cuando el objetivo es conservar el medio ambiente?

■ Integrar la perspectiva de género en la política general de nuestra organización implicaría:

a) Poner el énfasis en cambiar el enfoque básico de la intervención, más que en desarrollar una serie de actividades paralelas. No se trata de hacer más actividades (reuniones con mujeres, por ejemplo), sino de revisar los objetivos de aquellas que ya estamos desempeñando.

b) Analizar, por ejemplo, qué concepciones sustentan los proyectos de salud materno-infantil que apoyamos: ¿cuestionan la ausencia de los padres en los controles prenatales?, ¿combaten el maltrato hospitalario a las mujeres?, ¿critican la preferencia por el hijo varón en tanto pauta cultural universal que discrimina a las niñas y humilla a las madres?, ¿forman también a los padres, hermanos o abuelos en cómo cuidar al recién nacido?

c) Lograr que las intervenciones de desarrollo vayan más allá de dar respuesta a las necesidades concretas de las mujeres. El objetivo general es erradicar la desigualdad entre hombres y mujeres; las actividades específicas con mujeres deben contribuir al logro de ese objetivo general.

d) Comprender que las intervenciones en salud no se deben limitar a facilitar el acceso de las mujeres a los servicios sanitarios. Una problemática tan grave como el desigual reparto intrafamiliar de los alimentos (que sigue en todas las sociedades pautas jerarquizadas de género y ocasiona tasas superiores de desnutrición femenina) ha de ser abordada en todo trabajo de salud, pues difícilmente se reducirá la brecha de género en el acceso al alimento si no hacemos de ello un objetivo de nuestro trabajo.

e) Prestar atención al empoderamiento de las mujeres, individual y colectivo, así como a la manera en que los hombres facilitan u obstaculizan el avance de las mujeres.

f) Involucrar a los hombres en el objetivo de la equidad de género, lo que significa, en primer lugar, considerarlos corresponsables de la reproducción y, en segundo lugar, considerarlos coprotagonistas del cambio, pues es difícil imaginar que las relaciones desiguales entre los géneros vayan a cambiar sólo por los esfuerzos de las mujeres.

g) Contar con una política de género que esté integrada en la política global del organismo, que haya sido discutida por todo el personal y aprobada por sus instancias de dirección.

La política de género no puede limitarse a ser un documento elaborado y/o conocido únicamente por un grupo de expertas o expertos en género; asimismo, su puesta en práctica requiere algo más que su publicación en diseño bonito. Hay que involucrar a toda la organización en su discusión, sin olvidar que es responsabilidad de la dirección del organismo el rendir cuentas periódicamente sobre los avances en este campo. La prueba del compromiso político de una organización con la meta de la equidad de género se pone de manifiesto en la adjudicación de recursos financieros, humanos, técnicos y de tiempo, al trabajo en este terreno. Si logramos elaborar una política de género que no esté unida a nuestra política global sino integrada totalmente en ella, pero no definimos cómo se va a poner en práctica, quién y cómo le va a dar seguimiento y qué indicadores usaremos para evaluar su cumplimiento, habremos hecho el trabajo a medias.

■ Procedimientos y estructuras que propicien la equidad de género

Revisar la estructura de nuestro organismo, sus reglas, mecanismos operativos y rutina de trabajo es imprescindible para hacer que la dinámica organizativa sea más sensible a las desigualdades entre las mujeres y los hombres. En lo concreto, ello supone tener datos objetivos sobre qué tipo de personas tienen más o menos oportunidades de llegar a las instancias de dirección, qué características tiene el voluntariado de nuestra organización y qué funciones le son asignadas, qué particular división genérica del trabajo existe en el organismo (quiénes están en las discusiones estratégicas y quiénes en las labores administrativas o de apoyo, quiénes son siempre logistas y quiénes coordinadores de país o programa), qué características tiene el personal expatriado, etc.

■ Integrar la perspectiva de género en nuestra estructura organizativa implicaría:

- a) Introducir criterios de contratación, selección y promoción del personal, de modo que se favorezca la presencia equitativa de los géneros en todas las áreas y niveles del organismo, en sede y en el terreno.
- b) Promover la utilización de metodologías participativas para asegurar que las mujeres de nuestra organización formulan explícitamente sus necesidades e intereses, y para garantizar que éstas forman parte de la agenda y de la práctica regular del organismo.
- c) Poner en marcha mecanismos que garanticen la participación de las mujeres en el debate de temas sustantivos y en la toma de decisiones institucionales.
- d) Investigar y crear herramientas conceptuales y analíticas sensibles al género e incorporarlas a los manuales, guías, formatos y procedimientos.

tos que nos ayudan a planificar, dar seguimiento y evaluar nuestras intervenciones en salud.

e) Contratar personal especializado para trabajar en las cuestiones de género y/o formar en estos temas al conjunto de la organización.

Todas estas acciones tienen como objetivo hacer más equitativa y democrática la estructura de la organización desde el punto de vista del género. Pero esto no se logra a golpe de órdenes o normativas. Es necesario un análisis exhaustivo de quién es quién en el organigrama de la institución, una discusión colectiva sobre las resistencias de las mujeres a participar en espacios de decisión (y de los hombres a salir de ellos), un debate sin prejuicios sobre las formas habituales en que se ejerce el poder en la organización. Es de esperar, y hay que prepararse para ello de la mejor manera posible, que el resultado de estas discusiones sea un fuerte cuestionamiento por parte de las mujeres sobre el monopolio masculino de las instancias de dirección, del poder simbólico de los hombres a la hora de definir las reglas del juego institucional, los temas importantes de la agenda de trabajo, las prácticas de promoción y representación de la organización. También es cierto que hay un debate en las ONGD sobre cuál es la mejor manera de asegurar que la perspectiva de género se integre en la dinámica cotidiana de la organización. A menudo la discusión está polarizada entre dos alternativas: la creación de una comisión o grupo de género versus su integración en toda las áreas de trabajo de la organización. El debate plantea, por un lado, que la creación de unidades especializadas llevaría a marginalizar los temas de género y, por otro, que si éstos son responsabilidad de todo el mundo, el género se perdería en el conjunto de otras tareas. La conclusión a la que han llegado las ONGD que llevan más tiempo en estas discusiones es que lo deseable es combinar ambas estrategias.

>189

■ Una cultura de la organización que no fomente desigualdades de género

Desentrañar la cultura de una organización es una tarea compleja porque implica introducirse en el terreno de lo no explícito, lo supuesto, donde los imaginarios y representaciones colectivas son lo más importante y, precisamente por ese carácter, son más difíciles de reconocer y dan pie a diversas interpretaciones.

■ Las relaciones de género están también presentes en la cultura de la organización y podemos observar sus manifestaciones en:

a) Las presencias concretas de mujeres y hombres en los diversos ámbitos de la organización.

- b)** Las conductas que unas y otros se permiten o se reprimen en los espacios laborales formales e informales.
- c)** Las relaciones que establecen entre sí en los espacios laborales.
- d)** El reconocimiento de las diferentes habilidades que aportan.
- e)** La identificación que el organismo hace de las necesidades e intereses de unas y otros, y las respuestas que da a los mismos.
- f)** El lugar en la escala de valores que se atribuye a las actividades que tradicionalmente han realizado las mujeres y los hombres.
- g)** La valoración de los estilos de gestión que, de manera mayoritaria, ejercen las mujeres y los que ejercen los hombres.
- h)** El imaginario colectivo que se tiene de lo femenino y lo masculino.
- i)** La importancia que se da a lo racional y al logro, pero también a lo emocional y a las relaciones.
- j)** Los símbolos, rituales, ambiente, y sus héroes o heroínas y villanas o villanos que se reconocen en su historia.
- k)** Las formas de resolución de conflictos.
- l)** Los estilos y mecanismos -formales e informales- de comunicación y toma de decisiones.

No basta con una muestra

La política de acción afirmativa de NOVIB (ONGD holandesa) contribuyó a un fuerte incremento de la proporción de mujeres en niveles medios y superiores de dirección, incluyendo el nombramiento de una feminista como uno de sus tres directores. De acuerdo con un informe del equipo de trabajo, el resultado es que se han integrado las cuestiones de género (por ejemplo, la asignación de recursos a mujeres) en el corazón de la dirección de la organización, mientras en el ámbito de la cultura organizacional se ha abierto más espacio para estilos de trabajo diferentes. Por otro lado, no hay evidencia de que las burócratas o directoras representen los intereses de las mujeres necesariamente. Las investigaciones también indican cierta ambigüedad de las mujeres que ocupan puestos de diseño de políticas con respecto a ser definidas públicamente como feministas "sin que esto signifique necesariamente que no sean feministas", o que pueden estar de acuerdo con prioridades de políticas definidas por los hombres, para salvaguardar sus propios puestos y evitar un enfrentamiento constante con sus colegas masculinos. Esto es probable para mujeres cuota en estructuras de dirección abrumadoramente masculinas. Lo único que garantiza la sensibilidad de género en la organización es la presencia de un número significativo de mujeres que constituyan una proporción crítica (según la ONU, el umbral de masa crítica es de 30 a 35% del equipo de trabajo) y entre las que haya mujeres fuertes, con sensibilidad de género y comprometidas con el empoderamiento de la mujer y la igualdad. Esto es lo que hace la diferencia entre el acceso y una presencia de control o estratégica de las mujeres. (Fuente: Macdonald, M. et al (1997).

Todos estos y otros elementos que guardan relación con las relaciones de género están siempre presentes en los colectivos humanos, sean mixtos o segregados. El análisis de su influencia en el entorno laboral, sin embargo, es más reciente. No podemos olvidar que hasta hace pocos años, los espacios laborales y asociativos han sido predominantemente masculinos y, por tanto, definidos según los intereses, necesidades, aspiraciones, motivaciones, conductas y anhelos de los hombres. El modelo social imperante divide la vida en dos ámbitos: el mundo laboral (público) y el familiar (privado). Los hombres han sido socializados para moverse como pez en el agua en el primero mientras las mujeres han sido designadas reinas del hogar. Una de las normas del sistema de relaciones de género es que ambos mundos se mantengan separados. Producto de cientos de años de vigencia de esta división de la vida encontramos que uno de los elementos centrales de la identidad masculina es el trabajo (entendido como el quehacer fuera de casa por el que se recibe una remuneración) que se hace visible en logros.

La cultura del logro hace énfasis en los datos, razonamientos y análisis, supuestamente, objetivos, así como en la mensurabilidad de los resultados (número de proyectos, número de países con los que se coopera, número de redes en las que se participa, monto de dinero que se gestiona...). Por el contrario, las metas asignadas a las mujeres, orientadas hacia lo familiar y difícilmente cuantificables, se centran en la construcción de relaciones y el tejido de vínculos personales que hagan posible la realización del trabajo. El estilo femenino de gestión parece que tiende a llenar las carencias de relaciones afectivas que tiene el ámbito laboral, aunque no es fácil que este estilo se desarrolle pues ha de enfrentar una tendencia histórica que considera que los afectos y los sentimientos obstaculizan la discusión racional y la acción política. El agobio, la extenuante dinámica de trabajo, la falta de tiempo, la escasez de personal para lograr los objetivos, son quejas recurrentes en las ONGD. Revisándolas, podríamos preguntarnos si el énfasis de su trabajo se está poniendo en el logro o en generar relaciones de trabajo favorables a las diversas circunstancias personales de sus integrantes.

Históricamente, la responsabilidad de las mujeres por el hogar y por los hijos ha permitido a los hombres pasar muchas horas en el trabajo, viajar sin problemas y llevar adelante sus vidas laborales sin que lo privado irrumpa en la esfera de lo público. Pero la mayoría de las mujeres no disponen de derechos recíprocos, por lo que sus opciones son: integrarse en las actividades marginales o menos exigentes de la organización, o cuestionar los valores que imperan en ella. **Integrar la perspectiva de género en la organización significa revisar profundamente su cultura, de modo que la igualdad entre mujeres y hombres sea asumida como un valor central de la organización. Esa es la única garantía real de un cambio cultural permanente y significativo.**

Algunas ONGD han desarrollado indicadores para evaluar si la cultura de la organización es amistosa hacia las mujeres y favorecedora de la equidad de género. Podemos preguntarnos en qué medida están presentes estos elementos en nuestro organismo:

- a)** Los materiales que se exhiben en el local (cuadros, carteles, anuncios...) ¿son irrespetuosos con las mujeres?
- b)** ¿La organización ofrece instalaciones apropiadas: servicios higiénicos, guardería...?
- c)** ¿Existen procedimientos para tratar casos de acoso sexual?
- d)** Tanto hombres como mujeres ¿se abstienen de hacer chistes o comentarios ofensivos por su contenido misógino u homófobo?
- e)** La diversidad de estilos entre hombres y mujeres ¿se considera una fortaleza de la organización y no se valoran sólo en función del sexo sino de su aporte?
- f)** ¿La organización ofrece arreglos laborales que permitan combinar las responsabilidades laborales con las responsabilidades reproductivas de sus integrantes (empleo a tiempo parcial, horarios flexibles, permisos de maternidad y paternidad, etc.)?
- g)** ¿Se ponen en cuestión los criterios que claramente favorecen un modelo tradicional masculino en el desempeño del trabajo, por ejemplo, el de la disponibilidad total?
- h)** ¿Se llevan a cabo políticas de acción positiva dirigidas a las mujeres?
- i)** ¿Se fomenta y alienta el cumplimiento de roles y responsabilidades de cuidado en los hombres?
- j)** ¿La igualdad de género no es presentada como una pesada carga que hay que cumplir porque queda bien o consigue fondos? ¿Se alienta como una posibilidad de crecimiento personal y de mejora de las relaciones humanas?

3. Capacitación de género

Para avanzar en la institucionalización de la perspectiva de género, algunas ONGD han desarrollado una herramienta muy útil y preciada: la capacitación de género, proceso de naturaleza política que cuestiona el carácter excluyente del desarrollo, clarifica los conceptos de dominación y subordinación genéricas, percibe las relaciones de género como relaciones sociales de poder, y liga estos conceptos con una reflexión en el ámbito de lo personal y de las ONGD como instituciones. La capacitación de género no es un vehículo para enseñar cómo incorporar la perspectiva de género en los programas de trabajo (mediante herramientas de planificación tales como los marcos de Harvard, Moser, Kabeer, etc.). Se trata, sobre todo, de un proceso para generar con-

ciencia sobre las implicaciones que una actividad tiene en cuanto a las relaciones desiguales entre mujeres y hombres. La capacitación de género es, antes que nada, un proceso de transformación personal y colectiva: pretende que los nuevos conocimientos adquiridos en torno a las cuestiones de género conlleven un cambio en las actitudes de quienes integran la organización. Tiene como principales características las siguientes:

- a)** Es un proceso educativo continuo, que no se limita al evento concreto de formación sino que requiere un seguimiento y actualización permanente de la reflexión personal y colectiva.
- b)** Es una propuesta formativa que debe ser desarrollada por todas las áreas de la organización, desde la dirección hasta el voluntariado y el personal administrativo. Esta formación debiera realizarse dentro del horario laboral para que sea percibida no como una apuesta personal sino como una necesidad organizativa y laboral, conlleva la crítica de la cultura de trabajo de la institución y puede generar espacios de reflexión sobre temas teóricos y estratégicos asociados al campo del desarrollo.
- c)** La capacitación de género no es sobre las mujeres o para las mujeres, sino que trata sobre las mujeres y los hombres, y sus relaciones de poder. Esta consideración hace imprescindible que los hombres se capaciten en cuestiones de género.
- d)** Es una actividad profesional altamente especializada, que requiere de quienes la realizan una formación continua para ser capaces de adaptarla a diferentes contextos, generando instrumentos y metodologías adecuadas.

>193

El trabajo de las ONGD que más han avanzado en estas cuestiones ha demostrado que, para capacitar al personal de las organizaciones en la comprensión y análisis de los temas de género, es necesario invertir recursos humanos y financieros en ello. Y sobre todo, que la capacitación de género es un proceso continuo y no una actividad de un día: las personas capacitadas deben tener la posibilidad de trabajar en un contexto que les apoye permitiéndoles poner en práctica las habilidades y los nuevos conocimientos adquiridos. Igualmente, ha mostrado la importancia de involucrar en el proceso de concienciación sobre género a quienes toman las decisiones y dirigen las organizaciones, pues “cuantos menos gerentes y directores apoyen los nuevos enfoques e iniciativas, menos pueden éstas ser puestas en práctica por el personal subalterno de la organización”. Según el CAD, “la experiencia demuestra que para suscitar interés en las cuestiones de igualdad de género en el seno de las instituciones, no basta con impartir un pequeño curso para personal seleccionado. Será necesario esforzarse por comprender la actividad de la organización y su funcionamiento, con el fin de desarrollar estrategias que aseguren que las consideraciones sobre igualdad entre mujeres y hombres formen parte de la

rutina diaria”. El trabajo destinado a generar conciencia y cambios de actitudes en un sentido favorable a la equidad de género en nuestra organización tendrá implicaciones en el campo de la formación del personal (asistencia a seminarios, talleres y conferencias para mejorar la comprensión de estos temas), de los análisis y publicaciones internas y hacia fuera de la organización (boletines y campañas específicas), y de las relaciones con las contrapartes (redes o proyectos con organismos del Sur que trabajan en temas de género), etc. Aunque algunas consecuencias de la concienciación de género provoquen temores en nuestra organización en particular, aquellas relacionadas con el cuestionamiento de las ideas y comportamientos de sus integrantes, la experiencia de otras organizaciones de cooperación muestra que los cambios en este terreno son mínimos o cosméticos si no se modifican las creencias y actitudes personales con relación a los temas de género.

En resumen, la tarea de integrar la perspectiva de género en nuestra organización no es fácil y requiere de mucho trabajo. Pero, además de ser una tarea políticamente necesaria y correcta, es también una magnífica posibilidad de desarrollar nuestra capacidad de enfrentar una cultura que hace desiguales a quienes llegamos a este mundo únicamente con diferencias biológicas. Es una oportunidad para combatir la hostilidad desencadenada entre prototipos masculinos y femeninos excluyentes; y es también una ocasión de apertura, aprendizaje y enriquecimiento a través de la valoración de la diversidad genérica. Y también puede ser una aventura apasionante, novedosa...

>194

Bibliografía

- Antolín, Luisa: (1999): “La perspectiva de género en la cooperación de las ONGD’s”, en Villota, Paloma: *Globalización y Género*, Síntesis, Madrid, 1999.
- CONGD (1997): “Documento del Grupo de Mujeres y Desarrollo de la CONGD”, en *Más allá de Beijing. Género, Cooperación y Desarrollo*, CONGD, Madrid.
- Delso, Ana (1999): “La incorporación del enfoque de género en el trabajo de las ONGD’s” en *Relaciones de Género y Desarrollo*, Libros de la Catarata-IUDC/UCM, Madrid, 1999.
- IEPALA (1997-1998): *La perspectiva de género en la ONGD’s españolas, Informe de la investigación realizada por IEPALA*, cofinanciada por la SECIPI, Madrid.
- Murguialday, C. et al. (2000): “Perspectiva de género en las ONGD vascas”, Mugarik Gabe, Seminario Mujer y Desarrollo, Bilbao.
- Navarro, N. (2001): “Género desde una perspectiva intraorganizacional: visión, obstáculos y estrategias”, en *Política de Género y ONGD*, ACSUR-Las Segovias, Madrid.

B. El trabajo de los hombres: apuntes para la reflexión

En este momento, los hombres estamos cómodamente instalados dentro de un marco político y jurídico de garantías sobre la igualdad de oportunidades para ambos sexos. La comodidad resulta obvia por varias razones:

- El actual marco jurídico de garantías ha sido, y es, más fruto de la lucha de las mujeres que de los hombres.

- Estas garantías de igualdad encuentran grandes dificultades para la implantación real en el tejido sociolaboral.

>195

- De una u otra manera, esta supuesta igualdad, ha permitido en muchos casos, eximir a los hombres del análisis profundo y honesto del modelo masculino. Sólo desde este análisis reflexivo y responsable podremos garantizar la auténtica igualdad.

Al analizar el lugar que ocupa el trabajo público y remunerado para el hombre, desde su masculinidad, encontramos algunas ideas interesantes:

- La actual división del mundo laboral en privado y público, y dentro de este último en sectores (horizontal) y posiciones (vertical), se ha intentado explicar (a veces justificar) apelando a nuestra biología, reforzada y modulada por un aprendizaje social, que ha conformado personalidades, habilidades, y por tanto intereses vocacionales diferentes, en mujeres y hombres.

- Se han omitido los estudios que han constatado más similitudes que diferencias entre mujeres y hombres. Fuera de los estereotipos interiorizados, los hombres no somos tan diferentes a las mujeres, ni tan similares entre nosotros.

- Interesa mantener a toda costa la actual situación de separación de los ámbitos privado y público por el beneficio que para los varones ha supuesto

siempre el reparto de roles de género, y concretamente en la actualidad, por la situación precaria del empleo

- Es necesario comprender y analizar la dimensión de género con otras situaciones vitales (edad, etnia, orientación sexual, geografía, cultura, etc.), porque de nada nos sirve generalizar el comportamiento de todos los hombres, y de todas las mujeres.

Cuando observamos los efectos de la pérdida del trabajo, encontramos gran parte de las razones que el varón encuentra para que su trabajo ocupe la centralidad en su construcción como hombre. Estas razones son además de, o van más allá de que este trabajo represente la única fuente de ingresos para la subsistencia y su pérdida suponga una auténtica dificultad para una mínima calidad de vida. ¿Por qué el trabajo adquiere esta centralidad en la vida masculina? ¿Qué motiva entonces la mayor implicación y disponibilidad (características manejadas actualmente para mantener situaciones diferenciales con las mujeres en el trabajo) de los hombres, en y para el trabajo? A fin de cuentas:

- El modelo hegemónico masculino viene siendo cuestionado y desmontado en gran parte de sus atribuciones y cualidades. De todas ellas la más resistente sigue siendo el ser proveedor, o al menos más proveedor que ellas, de medios de subsistencia y consumo.

- La mayoría de los trabajadores no nos sentimos partícipes de esa cultura del logro que propone el trabajo público, al estar alejados de los lugares y puestos donde se deciden y ejecutan las acciones determinantes para ello.

- El liderazgo, autoridad y prestigio es patrimonio de algunos trabajadores, que no de la gran mayoría que somos.

Debe haber, a pesar de lo anterior, algunas razones que proponen al hombre no perder el elemento del “trabajo generador de ingresos” como inherente a la naturaleza masculina:

- Permite al varón autonomía y control sobre su tiempo de trabajo y ocio.

- El principio de autoridad está íntimamente ligado a la posesión de los medios de subsistencia.

- Le permite eludir la responsabilidad del “maternaje” y cuidado de la familia, evitando uno de sus más rancios temores a la intimidad afectiva y el compromiso.

■ Justifica que alguien, la mujer, debe asumir las tareas necesarias para mantener la estructura doméstica como bien de consumo del productor (el hombre).

■ A pesar de que las tareas domésticas sean un bien de consumo, son difíciles de medir y de cuantificar, por lo que resulta más fácil desvalorizarlas que remunerarlas.

Hasta aquí podríamos considerar como adquiere el varón una identidad laboral masculina, el por qué de la trascendencia del trabajo para el hombre. Ahora, observemos cómo vive esta identidad en el lugar de trabajo. Debemos, de nuevo, recordar la necesidad de contemplar otras variables, además del género, para analizar los valores, actitudes y conductas que el hombre manifiesta en su lugar cotidiano de trabajo, para no caer en generalizaciones:

■ El hombre ya no es el rey en el lugar de trabajo, pero actúa como regente en aspectos estructurales y organizativos.

■ Muchos hombres comparten la creencia de que el acceso igualitario al trabajo es ya un fruto de la similar formación curricular de mujeres y hombres y del marco jurídico que así lo regula. Olvidamos, sistemáticamente, entre otros aspectos, el “currículum oculto”³⁵ que en todo el proceso formativo va matizando y modulando, “generizando” en suma, las aspiraciones e intereses personales.

>197

■ No pocos varones culpan a la mujer, en su incursión en el mundo laboral, de la precaria situación del empleo. En todo caso consideran el trabajo femenino como auxiliar y subordinado al (realmente trascendente) masculino.

■ Sigue existiendo una división por sectores del trabajo masculino y femenino, y cuando la mujer se aventura en un sector considerado masculino, algunos mantienen que el grado de feminización de este trabajo llevará a una reducción de los objetivos y logros productivos.

En la distribución jerárquica del trabajo es donde se están removiendo de nuevo las interiorizaciones sobre las capacidades organizativas y de liderazgo, diferentes en mujeres y hombres. Sin interés por colonizar a nadie, ni a nada, los hombres podríamos presentar algunas propuestas para la reflexión:

■ Los hombres ya sabemos, y lo que es mejor, ellas también lo saben, que las desigualdades no pueden justificarse, explicarse, o racionalizarse por causas biológicas, psicológicas, e incluso sociológicas.

³⁵ El “currículum oculto” se refiere a la existencia de criterios no objetivos en los concursos para la promoción profesional, que tienen que ver con prejuicios o supuestos culturales.

■ ¿Por cuánto tiempo podremos mantener los hombres la ficción de representar a toda la raza humana?

■ ¿Cuánto tardaremos en admitir que nuestros privilegios lo son a costa de los derechos de las mujeres? ¿Cuántos de aquellos no lo son tanto, compensados con el beneficio de su desaparición para las mujeres y los hombres?

■ Si ha de existir una identidad masculina, es necesario encontrarnos en terrenos no abonados por la sospecha, el pudor y el falso heroísmo, para descubrir qué cosas podemos mantener desde nuestra masculinidad.

■ Debemos escuchar al hombre que no quiere competir y/o pelear, al débil, al que su mujer provee de medios de subsistencia, al padre, al que no tiene hijos, al enamorado de otro hombre, al de identidad desconocida, al que se parece a nosotros y al que no se parece en nada a nosotros.

■ Escuchemos lo que tiene que decirnos eliminando cualquier prejuicio y temor al acercamiento íntimo a lo que suponemos idéntico, para comprobar que es la diversidad lo que más nos acerca a la auténtica dimensión humana.

>198

■ Después hablemos nosotros y de nosotros, sin adornos especulativos de nuestras convicciones, con afectación y emotividad. Así, quizá, podamos descubrir que el modelo masculino constriñe más que libera.

■ En el trabajo, es la diversidad lo que resulta creativo y productivo, no la uniformidad acrítica.

■ Debemos considerar el trabajo en función del bienestar que crea en la familia y la comunidad, y esto no sólo es consecuencia de la remuneración económica.

■ Si excluimos, limitamos y dificultamos el trabajo de alguien, alguien se considerará autorizado para hacer lo mismo con el nuestro.

■ Es difícil ponerse en lugar de otro/a si antes no hemos encontrado el nuestro, y esto resulta complicado si permitimos que nos lo señalen los demás.

Capítulo XI

Reflexiones finales sobre la experiencia

Estas últimas páginas contienen las reflexiones finales que pretenden resumir los principales problemas que han sido abordados a lo largo de esta guía, desde la perspectiva de la experiencia práctica de profesionales que han trabajado en el terreno en el ámbito de la salud. A partir de sus opiniones, expresadas en un grupo de discusión realizado en Médicos del Mundo, se han identificado obstáculos, alternativas y recomendaciones para integrar y trabajar la dimensión de género en los proyectos de salud.

>199

■ Mirádonos hacia adentro

Hemos aprendido que para trabajar los temas de género, así como cualquier otro aspecto de la identidad de las personas, las aptitudes y actitudes personales son determinantes. La falta de ética, o las actitudes misóginas, homófobas o racistas impiden el desarrollo de proyectos orientados hacia la equidad y que, por tanto, puedan integrar la dimensión de género. Es muy importante revisar las propias limitaciones en este sentido. Nadie está libre de adoptar posturas eurocéntricas, racistas, misóginas u homófobas, tanto en nuestro entorno como en un contexto diferente al nuestro. Es difícil desprenderse de la cultura machista en la que estamos inmersos/as. Sólo desde la toma de conciencia crítica de nuestros prejuicios podremos intentar revertirlos. En este sentido, es importante que las ONGD sean más cuidadosas a la hora de seleccionar a su personal, incluyendo una evaluación cualitativa de las actitudes de los cooperantes o profesionales de la cooperación. Los beneficiarios acaban identificando a la persona con la organización, por lo que el comportamiento y las actitudes de los cooperantes van a tener una influencia en las opiniones, confianza y respeto de la población beneficiaria hacia la organización ejecutora. Por eso, es clave que el cooperante tome una actitud de respeto y desarrolle la comunicación con talento. Es necesario tener una actitud de permanen-

te escucha, consulta y receptividad para ir definiendo las vías de actuación más adecuadas. No escandalizarse o dar muestras de ello ante ningún comentario o acción de las personas del país receptor. Hay que evitar realizar juicios prematuros, demasiado rápidos o basados en prejuicios, formas de pensar o principios de la cultura del cooperante.

■ Pero... ¿a quién está beneficiando mi trabajo?

Muchas veces vamos a encontrarnos diferencias entre lo que se hace en cooperación y lo que realmente se necesita. Eso puede ser debido a los condicionantes de la política exterior o comercial que afectan a los proyectos, a una incorrecta identificación de necesidades y a los propios límites de la política interna de la ONGD. Algunas dificultades de nuestro trabajo se explican por el carácter cambiante de las políticas de cooperación, que oscilan en función de intereses o motivaciones de las relaciones exteriores, o de las prioridades coyunturales de un determinado equipo de gobierno. Los cambios institucionales, de los acuerdos internacionales, de las políticas gubernamentales y la presencia de intereses empresariales pueden generar dificultades en el planteamiento a largo plazo de las acciones de cooperación, y en la consecución de los objetivos de desarrollo humano perseguidos. En la cooperación para el desarrollo, la coherencia y coordinación de las políticas, así como la concentración de las intervenciones, es un problema aún no resuelto. A lo que se suma el escaso margen de maniobra que pueden desarrollar las ONGD respecto de su relación con las financiadoras, que definen los objetivos y formas de trabajo. En definitiva, no resulta fácil desvincular la ayuda al desarrollo de otras motivaciones políticas, económicas o comerciales. Es importante evitar que se mezclen objetivos que a veces pueden resultar contradictorios, y que sitúan a los cooperantes y profesionales de la cooperación ante la imposibilidad de dar sentido a su trabajo. Pueden producirse importantes crisis de sentido de lo que se está haciendo y en qué se está participando. Pueden generarse sentimientos de ser utilizado en un juego político y una importante pérdida de legitimidad de las intervenciones que pretenden ser de desarrollo.

En algunos casos, la crisis de sentido puede ser tan importante que obligue a los cooperantes a abandonar el trabajo o incluso el ámbito de la cooperación. **La forma de superar tal crisis está muy relacionada con la posibilidad de trascender los condicionantes políticos de la cooperación y la mala gestión y poner las energías en la dimensión humana de los proyectos. Es decir, en la relación directa con las personas que se pretende beneficiar y en la propia capacidad de nuestros proyectos para transformar la realidad. Las necesidades de salud y, en concreto, de salud sexual y reproductiva son tan grandes que contribuir de algún modo a cubrirlas es el mayor sentido de nuestras acciones de cooperación.**

■ Demos mayor importancia a la identificación

En la determinación de las acciones de cooperación, en muchos casos, las prioridades vienen dadas por la oficina central de la ONGD y la organización financiadora, lo que no debería resultar contradictorio con el apoyo suficiente de la fase de identificación en el terreno. Muchas veces no se le presta demasiada atención cuando se impone la urgencia por presentar proyectos a las convocatorias, que a su vez definen sus propias prioridades. En general, la identificación se realiza mediante un proceso basado en una misión exploratoria, en la cual se realizan acuerdos con las autoridades locales. Posteriormente se envía a los cooperantes, que son quienes identifican y tienen la responsabilidad de adaptar la propuesta a las necesidades reales de las y los beneficiarios. Es clave apoyar y dar importancia a este trabajo. De él va a depender en buena medida el éxito del proyecto. Cuando no se ha identificado bien un proyecto, se producen múltiples dificultades para su ejecución con éxito. En este caso, conviene reorientarlo, fundamentándolo bien, ya que de este modo nos aseguramos que nuestra organización lo comprenda y los financiadores lo acepten. Además, conviene que los proyectos tengan como objetivo su integración en los sistemas locales de salud para asegurar su sinergia y sostenibilidad, evitando que se creen unas estructuras que después no puedan mantenerse.

Como hemos repetido a lo largo de esta guía, resulta imprescindible que se cuide el desarrollo de un proceso de identificación propio de las comunidades. Dentro de las mismas es necesario identificar a todos los sectores implicados. Conocemos, por ejemplo, la experiencia de un programa de prevención del embarazo adolescente en las escuelas, en que a pesar de contarse con el apoyo del director y las instituciones sanitarias, se vio bloqueado por quejas de los padres, por motivos religiosos o culturales, que no fueron implicados en el proyecto. Para realizar este tipo de identificación más compleja es importante dedicar tiempo y recursos, no es suficiente con las misiones cortas (de una o dos semanas) que se suelen realizar. La mejor forma para identificar es vivir un tiempo en la comunidad donde va a ejecutarse el proyecto

>201

■ ¿Cómo podemos trabajar con las contrapartes?

Identificar bien a la contraparte es muy importante. Debemos asegurarnos que comparten los principios básicos de la cooperación, y no sobrevalorar o minusvalorar sus capacidades. Conviene que los proyectos estén apoyados políticamente, enmarcados en un programa gubernamental, y con el máximo apoyo público, privado y de ONGD posible. ¿Cómo conseguir esos apoyos en temas tan delicados como salud sexual y reproductiva, sobre todo en determinados contextos como algunos países árabes?. No hay una receta general, depende de cada país o comunidad. Puede tratarse de un proceso lento,

donde se vaya trabajando, en primer lugar, en salud maternoinfantil, con el fin de reducir la mortalidad materna y el problema se vaya asociando con el espaciamiento de los nacimientos, de forma que se introduzcan aspectos de planificación familiar y salud reproductiva. Es importante la presencia y el diálogo, no violentando la forma local de percibir los problemas y las soluciones. Pero no olvidemos que es nuestra responsabilidad intentarlo. A veces, se puede asociar un proyecto con otros algo más ambiciosos desde una perspectiva de género: por ejemplo, plantear la prevención del SIDA de forma indirecta, en relación con la prevención del embarazo adolescente, que puede ser un aspecto más aceptable para las autoridades locales.

■ La importancia del trabajo conjunto con la oficina central

Los modelos teóricos no siempre permiten recoger la realidad. Es importante que las personas de la oficina central comprendan lo que ocurre en el terreno, las limitaciones y oportunidades que se plantean en el trabajo de campo. Para ello, por ejemplo, convendría que tuvieran alguna experiencia anterior en países en desarrollo que les permita desarrollar empatía con lo que pueda ocurrir en el terreno. La realidad es cambiante, y la gestión de los proyectos ha de ser flexible y permitir la adaptación a nuevas circunstancias. En la fase de seguimiento, el trasvase de información es crucial, y es importante que el personal de la oficina central pueda ponerse en el lugar de los expatriados. Es muy importante tener el respaldo de la ONGD, que debería tener explicitados unos principios, política o estrategia de género que respalde el trabajo de los cooperantes en el terreno, que les proporcione el marco general de negociación y de actuación. Asimismo, hay que evitar dar la impresión a la contraparte y los beneficiarios de que los intentos de integrar la dimensión de género es algo personal del cooperante, fundamentando la intervención en las directrices propias de la organización.

■ ¿Cómo trabajar aspectos de género y salud sexual y reproductiva? Algunos principios de buena práctica

Pueden pensarse metodologías para trabajar en género, pero no recetas. Conviene relacionarse con apertura de espíritu, poner empeño en la comprensión de lo diferente y aprender a adaptarnos a las circunstancias. Nunca violentar y evitar generar conflictos.

■ Escuchar, observar y aprender

Puede no ser necesario ir demasiado despacio, pero sí con cautela. Si se

aplica un esquema de intervención copiado del que se puede aplicar a un barrio de una ciudad española es muy probable que el proyecto fracase. Antes de nada, es necesario estar escuchando y viendo, con mucho respeto, durante un tiempo. Ellas y ellos saben más que tú, por lo que conviene que valores y desarrolles un proceso de intercambio con la comunidad. No tengas miedo a equivocarte, forma parte del proceso.

■ **Ni un solo paso sin haber consultado a todos los sectores de la comunidad, el más pequeño es importante**

Es clave integrarse en el proceso de relaciones de la propia comunidad, es decir, identificar las redes sociales preexistentes. Las redes no son espacios formales, es una realidad más sutil, mucho menos visible y no por ello menos importante. Es imprescindible considerar todos los grupos y redes y hablar con todos ellos, pero no de forma inquisitiva sino conversando con naturalidad, como si hablaras con tus vecinos, por ejemplo. El proyecto tendrá éxito con los aportes de todos los sectores interesados, si no, probablemente fracasará.

■ **Contar con los hombres**

Es muy importante contar con los hombres. Por ejemplo, un programa de SIDA no tendrá éxito si no se involucra a los hombres, pero puede resultar necesario establecer consultas separadas para ellos y ellas. Puede ocurrir que ellos estén interesados en participar y no haberles prestado atención en el proyecto. Muchas veces no sirven los cauces formales (grandes cursos...) para trabajar con los beneficiarios, sino más bien la utilización de los grupos sociales preexistentes, donde se reúnen e intercambian información y sus integrantes se respetan entre ellos. En todos los temas de salud sexual y reproductiva es tan importante trabajar con los hombres como trabajar con las mujeres.

>203

■ **Generar confianza y cuidar las relaciones**

Podemos encontrarnos con dificultades para establecer una relación de confianza con las personas a las que va dirigido el proyecto. El problema puede tener que ver con las experiencias previas de cooperación y/o con las actitudes del personal en el terreno. Puede haberse generado una desconfianza porque los participantes sientan que los proyectos anteriores sólo les haya significado más trabajo o porque "sois los únicos que os habéis quedado". Hay que dar mucho antes de pretender contar con una relación de confianza, sobre todo cuando se está de paso. Es importante establecer cierta estabilidad en el vínculo: cuando los cooperantes se van las relaciones se resienten mucho. Crear falsas expectativas no está bien, ni enviar personal al terreno para resolver sus problemas personales. Quien está en el terreno es quien conoce esa

realidad, quien se queda y quien asume las consecuencias de las visitas esporádicas. Las actitudes en el terreno son clave para generar una relación de confianza mutua y comunicación fluida. Por eso, es muy importante establecer mecanismos de control que eviten eventuales conductas contrarias a los principios éticos de la cooperación.

■ Apoyar procesos graduales

En ocasiones, puede resultar mucho más fácil empezar por infraestructuras, equipamiento y formación, y de manera gradual ir abordando aspectos de salud reproductiva, que son de índole psicosocial, que abordarlos desde las primeras acciones de cooperación que se llevan a cabo en una comunidad. Conviene que comprendamos el momento en que se encuentran los planteamientos de género, y de salud sexual y reproductiva en cada realidad. Para ello, es imprescindible aplicar el análisis de género y aceptar las propias limitaciones de la ayuda al desarrollo.

■ ¿Cómo trabajar el empoderamiento de las mujeres?

>204

A veces, el trabajo con mujeres puede resultar fácil si se encuentran organizadas de alguna manera: en una cooperativa o en torno a un centro de salud, por ejemplo. Además, dependiendo de los contextos culturales, existen algunos temas más fácilmente abordables que otros. El empoderamiento es un proceso complejo, donde resulta imprescindible respetar el propio ritmo de las personas. En cualquier caso, siempre existirá un cierto margen de manobra para identificar necesidades y actividades que contribuyan al empoderamiento, y que puedan integrarse en el proyecto. Con frecuencia, será más fácil trabajar sobre hechos concretos (por ejemplo, los problemas de salud e incluso el riesgo de muerte materna derivados del excesivo número de hijos o del escaso espaciamiento entre los mismos) que sobre ideas como “planificación familiar”. El empoderamiento puede a veces promoverse más fácilmente a través de acciones concretas que a través de explicaciones o discursos sobre derechos. Las mujeres pueden sentirse muchas veces más implicadas en la resolución de ciertos problemas como la regulación del número de hijos que sobre su participación política, por ejemplo. Sólo si visualizan los beneficios concretos que pueden obtener participarán en un proceso de cambio.

■ Nuestra experiencia nos ha enriquecido, aprovechémosla

Todas las personas entrevistadas han afirmado su crecimiento personal generado a partir de las experiencias de terreno. Aprendemos a ser más humil-

des. Aprendemos que podemos ser racistas y clasistas. Se atraviesan crisis importantes, pero de cada crisis se crece, avanzando hacia una mejor comunicación humana. Se aprende a ser tolerante y a no fanatizar, a relativizar. Las cooperantes y los cooperantes han insistido mucho en que la experiencia te hace más receptiva/a a la realidad social, sobre todo si dicha experiencia ha sido en comunidades pequeñas. Es importante buscar la forma de aprovechar esa riqueza a la vuelta. Las organizaciones deberían ser mucho más receptivas en ese sentido, y abrir espacios de encuentro y debate con los expatriados que han vuelto. Podría aprovecharse mucho más su experiencia para elaborar conocimiento en la organización, para mejorar los procesos de identificación, teniendo en cuenta sus recomendaciones respecto de países y realidades concretas. También sería posible vincular mucho más la acción en el Tercer Mundo con la realidad de la inmigración y el Cuarto Mundo, aquí, en nuestro propio país. Tenemos mucho que aprender de los que han vuelto.

Glosario

■ **Análisis de género:** es la herramienta básica del enfoque de GED. Parte de la consideración de las formas en que los hombres y las mujeres participan de forma diferente en el hogar, en la economía y en la sociedad, y trata de identificar las estructuras y procesos (legislación, instituciones sociales y políticas, prácticas de socialización, prácticas y políticas de empleo) que perpetúan los patrones de desventaja de las mujeres.

■ **Androcentrismo:** consiste en ver el mundo desde lo masculino tomando al varón de la especie como parámetro o modelo de lo humano.

■ **Condición:** de las mujeres (o de los hombres), se refiere a sus condiciones concretas de vida, a sus condiciones materiales y su esfera de experiencia inmediata, expresada en función del trabajo que realiza, el lugar en que vive, sus necesidades y las de las personas que conforman su hogar.

■ **Derechos reproductivos:** incluyen el derecho del individuo a la integridad de su cuerpo y la seguridad de su persona; los derechos de las parejas e individuos a decidir sobre la cantidad y espaciamiento de sus hijos y tener acceso a la información, educación y medios necesarios para lograrlo; el derecho a lograr el más alto nivel de salud sexual y reproductiva; y el derecho a tomar decisiones relativas a la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia.

■ **Empoderamiento:** puede definirse como un proceso mediante el cual las mujeres, individual y colectivamente, toman conciencia sobre cómo las relaciones de poder operan en sus vidas y ganan la autoconfianza y la fuerza necesarias para cambiar las desigualdades de género en el hogar, la comunidad a los niveles nacional, regional e internacional. Una definición completa del empoderamiento incluye componentes cognitivos, psicológicos, políticos y económicos, todos ellos interrelacionados entre sí.

■ **Enfoque del marco lógico:** es una herramienta analítica para la planificación y gestión de proyectos orientada por objetivos.

■ **Género:** roles, responsabilidades y oportunidades asignados al hecho de ser hombre y ser mujer, y a las relaciones socioculturales entre ambos. Estos atributos, oportunidades y relaciones están socialmente construidos y se aprenden a través del proceso de socialización. Son específicos de cada cultura y cambian a lo largo del tiempo, entre otras razones, como resultado de la acción política. En la mayor parte de las sociedades hay diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres en las actividades que realizan, el acceso y control de los recursos, y en las oportunidades para tomar decisiones. Otros importantes criterios del análisis sociocultural incluyen la clase social, la raza, la orientación sexual, el nivel de pobreza, los grupos étnicos y la edad.

■ **Ginotipia:** es la imposibilidad de ver lo femenino o imposibilidad de aceptar la existencia autónoma de personas del sexo femenino.

■ **Homofilia:** simpatía hacia la homosexualidad.

■ **Indicadores cualitativos:** se definen como las percepciones y juicios de las personas sobre un tema. Por ejemplo, la confianza que unas determinadas personas pueden tener en que las máquinas de coser les proporcionen independencia económica.

■ **Indicadores cuantitativos:** se definen como medidas de cantidad. Por ejemplo, como el número de personas propietarias de máquinas de coser en una localidad.

■ **Infecciones de transmisión sexual:** comprenden todas las infecciones en las que la transmisión sexual tiene importancia epidemiológica, y constituyen una causa importante de salud precaria y muerte.

■ **Integración (*mainstreaming*):** estrategia que sitúa las cuestiones sobre igualdad entre los géneros en el centro de las decisiones políticas más importantes, de las estructuras institucionales y de la asignación de recursos más relevantes, incluyendo los puntos de vista y prioridades de hombres y mujeres en la toma de decisiones sobre los procesos y objetivos de desarrollo.

■ **Intereses de género:** son aquéllos que las mujeres (o los hombres en su caso) pueden desarrollar en virtud de su ubicación social de acuerdo a sus atributos de género. Pueden ser estratégicos o prácticos: cada uno se origina de distinto modo y tiene diferentes implicaciones para la subjetividad de las mujeres.

■ **Masculinidad:** conjunto de atributos, valores, funciones y conductas que se suponen esenciales al varón en una cultura determinada.

■ **Morbilidad:** indicador que se utiliza en epidemiología para valorar el número de personas enfermas por un determinado trastorno en relación a una población definida.

■ **Mutilación genital:** aquellos procedimientos que implican la escisión total o parcial de los genitales externos femeninos y cualquier otra lesión de los órganos genitales femeninos, sea por razones culturales o por cualquier otro motivo terapéutico.

■ **Necesidades prácticas de género:** son las necesidades de las mujeres como actrices de roles predeterminados por la sociedad, y como responsables de ciertas cargas y obligaciones sociales preestablecidas, destinadas a la familia inmediata y la comunidad local.

■ **Necesidades estratégicas de género:** derivan, no de los esfuerzos de las mujeres por cumplir con sus obligaciones tradicionales sino de la creciente toma de conciencia de las mujeres de que las estructuras de dominio y privilegio masculino son imposiciones sociales y, por tanto, susceptibles al cambio.

■ **Posición: de las mujeres (o de los hombres)** se refiere a la desigual ubicación social, política, económica y cultural de las mujeres respecto de los hombres en un contexto determinado. La de las mujeres se manifiesta subordinada en las relaciones de género.

■ **Relaciones de género:** aquél tipo de relaciones sociales determinadas por el género de las personas, que crean diferencias en la posición relativa de hombres y mujeres, de manera única en cada contexto. La posición relativa se expresa en un conjunto de derechos, obligaciones y responsabilidades recíprocas, interrelacionadas de manera dinámica y, por ello, susceptibles al cambio y la evolución. Si las circunstancias económicas, sociales o políticas se modifican, ya sea por cambios en las condiciones de mercado regionales o globales, o por cambios en el contexto político, los derechos y responsabilidades que delimitan los ámbitos de actuación de hombres y mujeres se redefinen de acuerdo con esos cambios.

■ **Salud sexual y reproductiva:** un enfoque integral para analizar y responder a las nece-

sidades de hombres y mujeres respecto a la sexualidad y reproducción. Con conceptos como: derecho, equidad, dignidad, empoderamiento, autodeterminación y responsabilidad en la vida de hombres y mujeres, en la sociedad, en la familia o en las relaciones sexuales.

■ **Sexismo:** es el hecho de formular hipótesis injustificadas (o al menos sin fundamento) sobre las capacidades, los objetivos y los roles sociales de una persona sobre la única base de sus diferencias sexuales. El sexismo, al igual que el racismo u otras afirmaciones o actitudes basadas en prejuicios, muestra la imposibilidad de trabajar con grupos diferentes al de pertenencia del individuo que los mantiene.

■ **Tasa de Morbilidad:** nº de personas enfermas en relación a la población total.

■ **Trabajo comunitario:** se refiere a la organización colectiva de eventos y servicios sociales: ceremonias y celebraciones, actividades de mejora de la comunidad, participación en grupos y organizaciones, actividades políticas locales, etc.

■ **Trabajo productivo:** producción de bienes y servicios destinados a la venta y al consumo.

■ **Trabajo reproductivo:** se refiere al cuidado y manutención de la casa y sus miembros, incluyendo el embarazo y cuidado de los niños, adultos y ancianos, la preparación de alimentos, la recolección de agua y fuentes de energía, las compras, la administración de la casa y el cuidado de la salud.

■ **Viabilidad (sostenibilidad):** la viabilidad o sostenibilidad de una acción o proyecto de desarrollo es la capacidad de dicha acción y sus efectos positivos de continuar en el tiempo una vez retirada la financiación externa.

Siglas

- **CAD:** Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE.
- **CCIC:** Consejo Canadiense para la Cooperación Internacional.
- **CEDAW:** Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres.
- **CIDA (ACDI):** Agencia Canadiense de Desarrollo Internacional.
- **CIPD:** Conferencia Internacional de Población y Desarrollo.
- **EML:** Enfoque del marco lógico.
- **ETS:** Enfermedades de transmisión sexual.
- **FNUAP:** Fondo de Naciones Unidas para la Población.
- **GCP:** Gestión del ciclo del proyecto.
- **GED:** Género en el desarrollo.
- **HAP:** Política de la UE sobre salud, sida y población.
- **ITS:** Infecciones de transmisión sexual.
- **MED:** Mujeres en el desarrollo.
- **MGF:** Mutilación genital femenina.
- **OCDE:** Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
- **OIT:** Organización Internacional del Trabajo.
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **ONGD:** Organización No Gubernamental para el Desarrollo.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud. (En inglés PAHO).
- **PNUD:** Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
- **SSR:** Salud sexual y reproductiva.
- **UE:** Unión Europea.
- **UNIFEM:** Fondo de Naciones Unidas para la Mujer.
- **VIH:** Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Bibliografía general

- ACNUR (1995): *Sexual Violence Against Refugees. Guidelines on Prevention and Response*, ACNUR, Ginebra.
- ACNUR (1999): *Reproductive Health in Refugee Situations. An Inter-agency Field Manual*, Ginebra. (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/interagency_manual_on_RH_in_refugee_situations/index.en.htm)
- Amorós, Celia (1985): *Hacia una crítica de la razón patriarcal*, Anthropos, Madrid.
- Antolín, Luisa y Lucia Mazarrasa (1997): *Cooperación en salud con perspectiva de género*, Departamento de Salud Internacional, Escuela Nacional de Salud Pública, Instituto de Salud Carlos III, FNUAP, FPFE, Madrid.
- Antolín, Luisa (coord.) (2000): *Política de género y gestión de ONGD*, ACSUR-Las Segovias, Madrid.
- Argibay, Manuel; Celorio, Gema y Juan José Celorio (1998): *Vidas paralelas de las mujeres. Guía didáctica de educación para el desarrollo*, HEGOA, Bilbao.
- Burns, A.; Lovich, R.; Maxwell, J. y K. Shapiro, K. (1999): *Donde no hay doctor para mujeres, un manual para la salud de la mujer*, Fundación Hesperian, Berkeley.
- CAD/OCDE (1996): *El papel de la cooperación para el desarrollo en los albores del s. XXI*, Informe de la 34 Reunión de Alto Nivel del CAD de mayo de 1996, Paris.
- CCIC (1991): *Two Halves Make a Whole: Balancing Gender Relations in Development*, CCIC, Ottawa.
- CIDA (1997): *Guide to gender sensitive indicators*, Quebec.
- CIDA (1999): *CIDA's Policy on Gender Equality*, Quebec.
- Comisión de las Comunidades Europeas (1993): *Gestión del ciclo de un proyecto: enfoque integrado y marco lógico*, Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas.
- Coordinadora de ONGD del País Vasco Grupo Mujer (2001): *Guía para alfabetizarse en género y desarrollo*, Bilbao.
- De Keijzer, Benno (1991): *La masculinidad como factor de riesgo. Estrategias para el cambio*, GTZ, Managua.
- Delso, A. (1999): "La incorporación del enfoque de género en el trabajo de las organizaciones no gubernamentales de desarrollo", en López, I. y Alcalde, A.R.: *Relaciones de género y desarrollo. Hacia la equidad de la cooperación*, La Catarata/IUDC/UCM, Madrid, 1999.
- Eade, D. (ed.) (1998): *Desarrollo y diversidad social*, CIP-Icaria, Barcelona.
- Emakunde (1998): *Guía Metodológica para integrar la perspectiva de género en proyectos y programas de desarrollo*, Emakunde y Secretaría General de Acción Exterior (Dirección de Cooperación al Desarrollo), Gobierno Vasco, Vitoria.
- Family Health International (s.f.): *Through a Gender Lens: The Importance of Integrating Gender Issues into PHN Projects and Programs*. (www.fhi.org/en/wsp/wspubs/thruhen.html)

- Federación de Planificación Familiar de España (2000): *Las mujeres en los países en desarrollo*, FPFE, Madrid.
- FNUAP (1999): *Violencia contra las niñas y las mujeres. Prioridad de salud pública*, FNUAP, Nueva York.
- FNUAP (2001): *Estado de la población mundial 2001*, FNUAP, Nueva York.
- Gade, Deborah y Williams, Suzanne (1998): *The Oxfam Handbook of Development and Relief*, Oxfam, Londres.
- Haider, Raana (1996): *Gender and Development*, The American University in Cairo Press, Cairo.
- Hernández, I. y A. Rodríguez (1996): *Igualdad, desarrollo y paz. Luces y sombras de la acción internacional por los derechos de las mujeres*, Cuadernos de Trabajo, nº 17, HEGOA.
- Instituto de la Mujer (1996): *Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción*, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Instituto de la Mujer (1999a): *Las conferencias mundiales de Naciones Unidas sobre las mujeres*, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Instituto de la Mujer (1999b): *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*, Serie Estudios, Instituto de la Mujer, Madrid.
- Instituto de la Mujer (2001): *La atención socio-sanitaria ante la violencia contra las mujeres*, Instituto de la Mujer, Madrid.
- IPPF (1997): *Salud sexual y reproductiva, un nuevo enfoque comunitario*, IPPF, Londres.
- IPPF (2000): *Manual for Evaluating Quality of Care from a Gender Perspective*. (<http://www.ipfwhr.org/resources/index.htm>)
- Kabeer, N. y R. Subrahmanian (1996): *Institutions, Relations and Outcomes: Framework and Tools for Gender-Aware Planning*, IDS Discussion Paper nº 357, Brighton.
- Kaufman, Michael (1989): "Construcción de la masculinidad y la tríada de la violencia", en *Hombres. Placer, poder y cambio*, CIPAF, Santo Domingo.
- Lagarde, Marcela (1993): *Los cautiverios de las mujeres*, Colección Postgrado, UNAM, México.
- Lagarde, Marcela (1996): *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Cuadernos inacabados nº 25, horas y Horas, Madrid.
- León, M. (comp.) (1997): *Poder y empoderamiento de las mujeres*, T.M. y Facultad de Ciencias Humanas, Santafé de Bogotá.
- López, I. y Sierra, B. (2001): *Integrando el análisis de género en el desarrollo. Manual para técnicos de cooperación*, IUDC/UCM-AECL, Madrid.
- Macdonald, M. et al. (1997): *Género y cambio organizacional. Tendiendo puentes entre la política y la práctica*, Real Instituto para el Trópico, Amsterdam, 2000.
- Marie Stopes International (2000): *Guía de la ayuda de la Comunidad Europea en materia de población y salud reproductiva*, Marie Stopes International, Londres.
- Martínez Benlloch, I. y Bonilla Campos, A. (2000): *Sistema Sexo/Género, identidades y construcción de la subjetividad*, Universitat de València, Valencia.
- Martins Costa, D. y G. Heisler Neves (1995): "Desarrollo institucional, género y ONG:

- un debate posible”, en *Género y desarrollo Institucional en ONG*, Instituto de la Mujer e IBAM, Madrid.
- Matamala, M.I y Mainon, P (1996): *Salud de la mujer, calidad de la atención y género*, Ediciones LOM, Santiago de Chile.
- Miedzian, Myriam (1995): *Chicos son, hombres serán. ¿Cómo romper los lazos entre masculinidad y violencia?*, Cuadernos inacabados, nº 17, horas y Horas, Madrid.
- Ministerio de Asuntos Exteriores/SECIPI (1998): *Directrices y guía de conceptos del CAD sobre igualdad entre mujeres y hombres*, Ministerio de Asuntos Exteriores/SECIPI, Madrid.
- Ministerio de Asuntos Exteriores/SECIPI (2000): *El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE: Doctrina y actividades*, Ministerio de Asuntos Exteriores/SECIPI, Madrid.
- Ministry of Foreign Affairs of Finland (1999a): *Navigating Gender: A Framework and a Tool for Participatory Development*, Department for International Development Cooperation, Helsinki.
- Ministry of Foreign Affairs of Finland (1999b): *Navigating Culture: A Road Map to Culture and Development*, Department for International Development Cooperation, Helsinki.
- Moore, H. (1999): *Antropología y feminismo*, Cátedra, Colección Feminismos, Madrid.
- Murguialday, C., Del Río, A., Anitua, E y Maño, C. (2000): *Perspectiva de género en las ONGD vascas*, Mugarik Gabe, Seminario Mujer y Desarrollo, Bilbao.
- NORAD (1997): *El enfoque del marco lógico: manual para la planificación de proyectos orientada mediante objetivos*, IUDC-UCM/CEDEAL, Madrid.
- OMS/Ministerio de Sanidad y Consumo de España y Secretaría General Técnica Cooperación Española: Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS (electrónica), suscripción gratuita al fax: +41.227914171, Correo electrónico: rhl@who.ch (Mr. J. Tendra Khanna).
- OPS (1993): *Género, Mujer y Salud en las Américas*, Publicación científica nº 541, OPS, Washington.
- PAHO (1997): *Workshop on Gender, Health and Development: Facilitator's Guide*, PAHO, Washington, D.C.
- PAHO (2001): *Equity & Health, Views from the Pan American Sanitary Bureau*, PAHO, Occasional Publication nº 8, Washington D.C.
- Panos Institute and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2001): *Young Men and HIV: Culture, Poverty and Sexual Risk*, Nueva York.
- PNUD (2000): *Informe de desarrollo humano*, Ediciones Mundi-Prensa, Madrid.
- Population Reports (1995): *Supplement: Female Genital Mutilation: A Reproductive Health Concern*, Series J, No 41, Vol. XXIII, No. 3, octubre.
- Population Reports (1999): *Ending Violence Against Women*, Series L, Number 11, December. (<http://www.jhuccp.org/>)
- Rosenberg, Marshall (2000): *Comunicación no violenta*, Ediciones Urano, Barcelona.
- Sagarra, M. y Carabí, A. (eds.) (2000): *Nuevas Masculinidades*, Icaria, Barcelona.
- Sánchez- Palencia, C. y Hidalgo, J. (eds.) (2001): *Masculino plural: construcciones de*

la masculinidad, Universitat de Lleida, Lleida.

Satir, V (1972): *Nuevas relaciones humanas en el núcleo familiar*, Pax México, México D.F.

Shankar Singh, Jyoti (2001): *Un nuevo consenso sobre población*, Icaria/CIDOB, Barcelona.

Sociedad Española de Contracepción (2001): *Manual de salud reproductiva en la adolescencia. Aspectos básicos y clínicos*, SEC, Madrid.

Swedish International Development Cooperation Agency (1996): *Mainstreaming: A Strategy for Achieving Equality between Women and Men. A Think Piece*, SIDA, Estocolmo.

Swedish International Development Cooperation Agency (1998): *Making a Difference. Gender Equality in Bilateral Development Cooperation*, SIDA, Estocolmo.

The Boston Women's Health Book Collective (2000): *Nuestros cuerpos, nuestras vidas*, Plaza y Janés, Barcelona.

Tsui, A. Wasserheit, J. (1997): *Reproductive Health in Developing Countries: Expanding Dimensions, Building Solutions*, National Research Council, Washington.

UNAIDS (1998): *Facing the Challenges of HIV/AIDS/STDS: a Gender Based Response*. (www.unaids.org/publications.)

Valdés, T. y J. Olavarría (eds.) (1997): *Masculinidad/es, poder y crisis*, ISIS Internacional FLACSO, Ediciones de las mujeres, nº 24, Santiago de Chile.

Vargas, V.; Rodríguez, R.; Brew, J.; Wide e I. López (1997): *Más allá de Beijing. Género, cooperación y desarrollo*, Temas de Cooperación 9, CONGD-España, Madrid.

>214 Villota, Paloma (1999): *Globalización y género*, Síntesis, Madrid.

WHO (1991): *Maternal Mortality: a Global Factbook*, World Health Organization, Ginebra.

WHO (1996): *Revised 1990. Estimates of Maternal Mortality: a New Approach by WHO and UNICEF*, WHO, Ginebra.

WHO (1999a): *Gender and Health: Technical Paper*, WHO, Ginebra.

WHO (1999b): *Selecting Reproductive Health Indicators: A Guide for District Managers*, WHO, Ginebra.

WHO (2000): *Violence Against Women*, Fact Sheet No 239, June 2000, Ginebra.

Williams, S.; Seed, J. y A. Mwau (1997): *Manual de capacitación en género de Oxfam: edición adaptada para América Latina y el Caribe*, Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán/Oxfam Reino Unido e Irlanda, Lima.

Recursos en internet

- Agencia Española de Cooperación Internacional: www.aeci.es
- Comité de Ayuda al Desarrollo: www.oecd.org/dac/gender
- Coordinadora de ONGD–España: www.congde.org
- Instituto de la Mujer: www.mtas.es/mujer
- UE: www.europa.eu.int/dgs/development
- IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres (Beijing: www.undp.org/fwcw).
- European NGO's for Sexual and Reproductive Health and Rights, Population and Development: www.eurongos.org
- Federación de Planificación Familiar de España: www.fpfe.org
- Fondo de Población de las Naciones Unidas: www.unfpa.org
- Foro de ONG Cairo + 5: www.ngoforum.org
- Global Reproductive Health Forum: www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet
- Grupo de Trabajo de Igualdad de Género del CAD: www.oecd.org/dac/gender
- FLACSO, Simposio sobre participación masculina en la salud sexual y reproductiva: www.flacso.cl/bibliomasc.htm
- Health, Empowerment Rights and Accountability (HERA): www.iwhc.org/hera/index.htm
- Institute of Development Studies. Bridge (Briefings on Development and Gender): www.ids.ac.uk/bridge
- Isis Internacional: www.isis.cl/
- IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar): www.ippf.org
- Organización Mundial de la Salud: www.who.org
- Qweb Sweden (Red Mundial para la Promoción de la Salud de las Mujeres y la Igualdad entre los Géneros): www.qweb.kvinnoforum.se
- Reproductive Health Online–Reproline: www.reproline.jhu.edu
- RSMLAC (Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe): www.redesalud.web.cl
- Women Watch: www.un.org/womenwatch
- MDM España: www.medicosdelmundo.org
- Mujeres en Red: www.nodo50.org/mujeresred
- Population Information Program, The Johns Hopkins School of Public Health: PopRepts@welchlink.welch.jhu.edu
- Population Reports, Serie J, nº 4: Métodos de planificación familiar, nueva orientación, 1996: www.jhuccp.org/prs
- Oxfam: www.oneworld.org/oxfam/ publish@OXFAM.org.uk
- Emergency Contraception Website: www.opr.princeton.edu/ec/
- UNIFEM (Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres): www.unifem.undp.org
- Engender Health: Improving Women's Health Worldwide: www.avsc.org/
- Center for Health and Gender Equity: www.genderhealth.org/
- The Population Council: www.popcouncil.org/
- The International Women's Health Coalition (IWHC): www.iwhc.org/
- Hivafrica: www.hivafrica.org/
- Female Genital Mutilation Education and Networking Project: www.fgmnetwork.org/
- Maximizing Access and Quality: www.maqweb.org/