

MÉDICOS DEL MUNDO



I TALLER Género, Salud Reproductiva y Cooperación

**Madrid, 16 y 17 de abril de 1999
Organizado por: Área de la Mujer de Médicos del Mundo**

PRESENTACIÓN DE LAS JORNADAS

RICARDO ANGORA, Presidente de Médicos del Mundo

Quiero dar la bienvenida con una breve reflexión sobre la perspectiva de género en las intervenciones humanitarias, a las prestigiosas ponentes y a todas/os las/os asistentes a este taller de "Género, salud reproductiva y cooperación" que ha organizado el Grupo de Mujer de Médicos del Mundo con el patrocinio del Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva y la valiosa colaboración del Instituto de la Mujer.

Este taller se incluye dentro de un ambicioso programa de formación y sensibilización tanto para miembros de Médicos del Mundo como para personas ajenas a la Organización, pero interesadas/os en la Acción Humanitaria en el sector de la salud.

Cada vez más las ONG debemos manejar todos los factores concurrentes en nuestras intervenciones y enfocar el concepto de salud de una población, no sólo desde la perspectiva de un modelo biomédico, sino dentro de un marco más amplio que incluya contenidos sociales, políticos y culturales.

Es por esto, que el enfoque de género es una variable más a tener en cuenta en el análisis de la realidad social de todas aquellas comunidades con las que estamos trabajando, al igual que lo es la clase social, o el nivel socioeconómico. Se trata de hacer partícipe a la mujer al igual que al hombre, que forman parte de esa Comunidad, en las diferentes fases de implementación de los programas de cooperación y emergencia. Se evita de esta forma, que se conviertan en sujetos pasivos, receptores de la ayuda por parte de una "benefactora" organización humanitaria del norte.

En este sentido se han de trazar las estrategias de intervención de organizaciones como Médicos del Mundo. Y no sólo por el cumplimiento de las directrices emanadas de la Conferencia de Beijing, de incluir el enfoque de género en la Cooperación, sino bajo el convencimiento de que se contribuye al desarrollo igualitario de la sociedad.

En Médicos del Mundo contamos con el Grupo de la Mujer, que promueve e impulsa actividades formativas y de sensibilización referentes al enfoque de género, manteniendo viva y activa esta perspectiva entre los miembros de la Organización así como de cara al exterior.

Anticipo el éxito del taller, así como que las propuestas e ideas que se formulen van a servir para continuar trabajando en este campo.

ALBERTO SOTERES, Director Gerente de Médicos del Mundo

La realización de estas jornadas tiene una triple significación para Médicos del Mundo.

En primer lugar, se enmarca dentro de una de las líneas prioritarias de actuación definidas para el presente año, que es, concretamente la de la formación.

El Plan de Formación que MDM ha puesto en marcha quiere abarcar a los tres colectivos básicos de nuestra organización: voluntariado, personal expatriado y estructura operativa. Aunque cada uno de ellos tenga una línea de formación específica, existe también una programación de ámbito global que se estrena ahora, precisamente con estas jornadas.

En segundo lugar, este acto también se enmarca dentro de otra de las prioridades unánimemente manifestadas por todos los estamentos de MDM: la de la potenciación del movimiento asociativo y de la participación del voluntariado en todos nuestros programas y actividades.

Estas jornadas son el espléndido producto de una actividad esencialmente asociativa y son también el resultado tangible de un trabajo real de participación del voluntariado; son por ello un claro ejemplo a seguir en el futuro.

Pero además, el tercer aspecto de especial significación que para Médicos del Mundo aportan estas jornadas tiene que ver con las posibilidades que ahora se abren de establecimiento de un nuevo marco de cooperación con el resto de las Delegaciones Internacionales de MDM, basado en el desarrollo conjunto de programas y actividades de las áreas que denominamos "horizontales" y de las que la de "Mujer" es, sin duda, una de las de mayor interés para toda la red internacional de nuestra organización.

Al Grupo de Trabajo "Mujer" quiero transmitirle simplemente tres sentimientos que sé fehacientemente que son compartidos por toda la organización: el **reconocimiento** por el esfuerzo que a todos nos consta que se ha realizado, la **felicitación** por los excelentes resultados de un trabajo bien hecho, y **el ánimo** para seguir adelante frente a unas expectativas y posibilidades futuras que creo son realmente espléndidas.

Acabo manifestando a todos los ponentes, al Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva, y al Instituto de la Mujer el agradecimiento especial de Médicos del Mundo. Muchas gracias a todas y a todos.

JOAQUÍN ARANGO, Presidente del Grupo de Interés Español en Población, Salud Reproductiva y Desarrollo (GIE)

En primer, lugar quiero agradecer la deferencia de los organizadores de estas Jornadas y en particular de Diana Sojo, por invitarme a participar, en esta sesión inaugural o de presentación del taller. Para alguien como es mi caso que soy admirador de Médicos del Mundo, esta deferencia tiene especial valor.

Por supuesto la invitación no es a título personal sino en representación del GIE, tal cómo aparece aquí, siglas que en un día como hoy en que Argelia está en primera página de los periódicos con motivo de sus elecciones, evoca otras siglas menos pacíficas y laicas que la nuestra pero si se ve el reverso del folleto, se observará que esas siglas equivalen a Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva que en todo caso, es una denominación que aún puede seguir pareciendo enigmática para la mayoría de los participantes por no ser demasiado conocida. Por eso, permítanme que les exponga brevemente qué es el Grupo de Interés. Puede definirse como una coalición amplia o una plataforma que agrupa a organizaciones no gubernamentales y personas interesadas en materias de población, desarrollo y salud reproductiva o en la combinación e interacción que existe entre ellas. Su principal objetivo es fácil de definir: contribuir en la medida modesta de sus fuerzas, al cumplimiento del plan de acción aprobado en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, celebrada en el Cairo en 1994.

Más precisamente, intentar el que la contribución española a la cooperación internacional en estas materias se vea incrementada, de manera que España cumpla los compromisos asumidos de facto, con no excesiva precisión, pero en todo caso como firmante del plan de acción de la Conferencia del Cairo, debe deducir los compromisos que de ello derivan, para realizar, cumplir, esos objetivos ahí fijados, lo que en otras palabras supondrá también asumir las responsabilidades morales y políticas, que en el ámbito internacional corresponden a nuestra sociedad como país que disfruta de medios, recursos y nivel de bienestar superior al de la media de la Comunidad Internacional. Y ello debe hacerlo, en primer lugar por imperativos morales, por coherencia interna para procurar plasmar en el plano internacional, los ideales fundacionales de nuestra sociedad establecidos en la Constitución de Justicia, Igualdad y Solidaridad, pero también por interés propio por la convicción de que un orden Internacional más justo -y ello pasa por la extensión del desarrollo a todos los países que lo conocen en medida insuficiente-, beneficia a todos, incluso a los países que en ese orden internacional ocupan un lugar de privilegio o por la certeza de que los destinos del mundo cada vez son más comunes y unificados.

Como recordarán ustedes la conferencia Internacional de Población y Desarrollo, más conocida como Conferencia del Cairo, aprobó un plan de acción, éste fue su producto final, tras diez días de intensas discusiones y tres años de preparativos previos, un plan de acción para ser llevado a la práctica en los veinte años siguientes al de la celebración de la Conferencia. Un plan cuya realización, haría del mundo, así se decía en el documento que fue aprobado por 182 países, un lugar más propicio para la convivencia humana.

Ese plan contiene, un considerable número de objetivos, muchos de ellos cifrados, cuantificados con fechas para su realización, en materia de educación, especialmente, la educación de las niñas y mujeres jóvenes, salud sobretodo salud reproductiva, derechos básicos, en particular derechos sexuales y reproductivos, acceso a bienes y servicios esenciales, y un largo etc... Todos esos objetivos aparecen interconectados, entrelazados y la consecución de unos es condición para el logro de otros.

El plan de acción también contiene una estimación de los recursos financieros, que serían necesarios para la realización de esos objetivos en el horizonte de veinte años. No se pudo llegar a más, aunque muchos actores lo intentaron en la Conferencia, esto es, llegar a un desglose más

preciso, una asignación de responsabilidades más pormenorizada y desagregada. A lo más que accedieron los países privilegiados fue a la estimación del coste global del plan y a una indicación vaga acerca del reparto de esa suma en forma de dos tercios a cargo de los países receptores de las acciones y los programas allí previstos, y un tercio a cargo de los países donantes. No se trata de una cuantía inalcanzable, inasequible, desmesurada o que requiera sacrificios que pongan en cuestión los equilibrios macroeconómicos; es un monto alcanzable razonablemente por la comunidad internacional pero es una cuantía que no se está alcanzando por las noticias que tenemos, cuando se ha cumplido la primera cuarta parte del horizonte previsto, los primeros cinco años tras el Cairo, y ello a pesar de que generalmente se reconozca la extraordinaria rentabilidad de las inversiones en estas materias y en particular, del gasto en salud reproductiva, que repercute de manera intensa y directísima sobre el desarrollo, formando además, espirales virtuosas de feed-back positivo que deshacen los círculos viciosos que padecen una gran parte de los países del mundo, para convertirlos en círculos virtuosos en que los progresos en salud reproductiva favorecen el desarrollo y a su vez los avances en el desarrollo, potencian las mejoras en salud reproductiva. Y todo ello contribuye a la estabilización de la población, lo que también, en efecto, es benéfico en el desarrollo y la salud básica de la población y en particular, la de las madres e hijos.

Sólo unos pocos países, y aquí se puede aplicar el tópico de que se pueden contar con los dedos de una mano, están cumpliendo satisfactoriamente con su parte de la responsabilidad, resultante de dividir la contribución que debe ser aportada por la comunidad de países donantes, de acuerdo con los indicadores al uso. Los demás, arrastran los pies y se muestran reticentes o morosos en la atención de sus responsabilidades para conseguir el cumplimiento de esos compromisos. Hace falta, por un lado, incrementar los fondos destinados a cooperación internacional pero más precisamente aumentar la parte de esos fondos, de esa cooperación internacional, dirigida a la cooperación específica en materias de población, desarrollo y salud reproductiva que hasta la fecha supone una parte muy reducida de las cuantías globales dedicadas a la cooperación internacional. Población, desarrollo y salud reproductiva, constituyen los tres pilares estrechamente interconectados y cruzados por una multiplicidad de interacciones recíprocas sobre los que reposa el nuevo paradigma de relaciones entre población y desarrollo, un asunto que ha preocupado a la humanidad y a la comunidad internacional a lo largo de toda la segunda mitad del siglo XX y que constituyó antes el objeto de las Conferencias de Bucarest, en el año 74, y de México en 1984, y que en Cairo desembocó en un nuevo paradigma, que tiene su corazón, su núcleo central, en el concepto muy amplio y comprensivo de salud reproductiva y que suponía una nueva definición de objetivos, y una nueva definición de estrategias o los instrumentos conducentes de esa consecución de esos objetivos. La creación de un grupo de interés español en 1996, respondió, por una parte, a la aspiración de un cierto número de organizaciones no gubernamentales y de individuos, de que, la sociedad española y los poderes públicos españoles, asumieran de manera mas cabal, sus responsabilidades internacionales en la materia que formalmente habían suscrito, sin que esa aprobación, esa firma de los acuerdos del Cairo, se tradujera en la adopción de acciones consecuentes con ese compromiso moral, y que incrementara, su hasta hora muy magra contribución internacional en estas materias y, por otra parte, respondió a la convicción de que dejados a su aire, nuestras instituciones y nuestros poderes públicos jamás asumirán esas responsabilidades. La fórmula de esta coalición amplia y laxa, pareció la más apropiada a nuestras circunstancias y a la multiplicidad y heterogeneidad de actores interesados en estas materias. Aunque no está exenta de dificultades en su funcionamiento ordinario, tres años después el Grupo de Interés, sigue vivo y aún creciendo. Esta creación no se hizo sólo con propósitos movidos por razones que tienen que ver con la cooperación internacional aunque esta es nuestra última razón de ser, sino también por la convicción de que la sociedad española, se vería beneficiada por una elevación de su grado de información y conciencia, respecto de las cuestiones que preocupan al mundo y lastran su progreso en materias de población, desarrollo y salud reproductiva y sobre las que ninguna sociedad está exenta de mejora. Y esta elevación de la conciencia y la información de la ciudadanía acerca de la importancia de la salud reproductiva y de sus importantes repercusiones sobre la población y el desarrollo, constituirán el camino más seguro para alcanzar el objetivo final, que es el incremento de la cooperación internacional española en estas materias. Uno de los instrumentos para conseguir esos

objetivos es la organización de talleres de capacitación y discusión como en el que ahora se inicia y que ha tenido precedentes u homólogos en Barcelona, Valencia y Bilbao y que confiamos se extienda a otros ámbitos de nuestro territorio. El concurso de organizaciones tan prestigiosas como Médicos del Mundo, es una clave para seguir progresando y un motivo de seguridad, de que si el grupo de interés es útil a las organizaciones constitutivas que en estos momentos lo componen, y a cualquier otra que pueda estar interesada, su existencia no carecerá de justificación. Por todo ello, el Grupo de Interés está satisfecho y orgulloso de haber podido contribuir a la realización de este taller, muchas gracias y buen trabajo.

DIANA SOJO, Vocal del Área de la Mujer de Médicos del Mundo

Con la organización de este primer Taller el grupo de trabajo del Área Mujer de Médicos del Mundo, se propuso iniciar la sensibilización, reflexión y formación en perspectiva de género en nuestra organización.

Este grupo formado por mujeres que representan los distintos ámbitos de la organización (Junta Directiva, Estructura Operativa y Voluntariado), ha sido fundamental para la organización y realización de este. Quiero agradecerles públicamente el magnífico trabajo realizado.

Es de remarcar el interés generado así como la importante participación en el Taller de todas las áreas de la organización.

Esto indudablemente indica, motivación y sensibilidad, condiciones necesarias para continuar trabajando hacia una integración de la perspectiva de género en todos los niveles de Médicos del Mundo.

Si bien existen grandes diferencias en la situación de las mujeres según los países, culturas, etnias y clases sociales; no existe ningún país en el que no haya discriminación por sexo/género.

La experiencia ha demostrado que el interés en modificar la situación de las mujeres no es suficiente, e incluso puede generar intervenciones negativas para estas.

Todas/os los miembros de las ONG que trabajamos en cooperación al desarrollo y que estamos comprometidos con el desarrollo sostenible debemos comprender las desigualdades de género y tomar una postura activa para modificar la situación de las mujeres.

Para esto es muy importante profundizar en el conocimiento y análisis de las herramientas teóricas y prácticas que han desarrollado en los últimos 20 años Organizaciones de Mujeres, ONG y Agencias Internacionales de Cooperación.

La preocupación por la discriminación de género tiene que ser tan importante al pensamiento de la cooperación al desarrollo como la que hemos desarrollado en relación a las causas de la pobreza.

La capacidad de comprender, analizar, planificar, monitorizar y evaluar nuestro trabajo desde una perspectiva de género deben ser conocimientos y habilidades esenciales para todo el personal implicado en Desarrollo, Emergencia y Cuarto Mundo.

En Médicos del Mundo se están dando los primeros pasos, pero es necesario consolidar una postura activa de la Organización y un programa de acción para el Área de la Mujer que apoye el desarrollo de las mujeres.

TEORÍA DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La cooperación para el desarrollo en el escenario de la globalización: ¿Hacia un sistema global de bienestar social?

JOSÉ ANTONIO SANAHUJA, Profesor de Relaciones Internacionales de la Universidad Complutense de Madrid

El sistema internacional de cooperación y ayuda al desarrollo se caracteriza por ser plural y descentralizado. Está formado por un gran número de organizaciones de muy distinta naturaleza, orientación y funciones, cuyos discursos y prácticas evolucionan con mucha rapidez. Entre esas organizaciones se encuentran organismos internacionales, gobiernos de países donantes y receptores de ayuda, organizaciones no gubernamentales, empresas y otras entidades de la sociedad civil, por citar las categorías más importantes. Estas organizaciones forman una tupida red a través de sus interacciones y se encuentran más o menos articuladas dentro de lo que llamamos (a pesar de las insuficiencias y ambigüedades de la expresión) el “sistema internacional de cooperación y ayuda al desarrollo”.

La cooperación internacional al desarrollo, por otra parte, está atravesando un periodo de crisis y cambio en el que se está produciendo una importante revisión de sus fundamentos, objetivos e instrumentos. Este proceso de reforma es el resultado de las transformaciones que se están viviendo en el sistema internacional. La cooperación al desarrollo nació y se estructuró en el marco de la guerra fría y la descolonización, y en gran medida sus características actuales aún son el resultado de los condicionantes históricos de los últimos cincuenta años. Para ser un instrumento eficaz para un desarrollo humano y sostenible y para unas relaciones Norte-sur más justas, la cooperación internacional al desarrollo tiene que dar respuestas a los desafíos que plantea el nuevo escenario internacional de la postguerra fría, dominado por las fuerzas de la globalización y la aparición de nuevos problemas transnacionales.

La globalización económica es, ante todo, un amplio proceso de apertura y desregulación que borra las fronteras económicas nacionales e induce una competencia extremadamente dura por los mercados mundiales. La búsqueda de la competitividad, en este contexto, se convierte en el fin supremo de la política económica. Con este objetivo, los sectores empresariales, no pocos Gobiernos e incluso algunos sectores sindicales de los países industrializados parecen dispuestos a sacrificar los sistemas de protección social, la estabilidad en el empleo o los sistemas fiscales que hacían posibles las políticas del Estado del Bienestar, como los sistemas de pensiones y de protección social, la cobertura universal de la salud y la educación o la atención a los excluidos. En los países más pobres, donde la productividad es baja y el factor trabajo es el más abundante, la competitividad descansa a menudo en bajos salarios, malas condiciones laborales, ausencia de derechos laborales, en el deterioro del medio ambiente y, en suma, en una mano de obra sumida en la pobreza. En el Norte y en el Sur, en definitiva, la globalización y la búsqueda de la competitividad han inducido un juego “de suma cero” en el que el Estado del Bienestar y sus políticas, incipientes o consolidadas, se ven cuestionadas, y en el que los trabajadores y las trabajadoras cargan con la mayor parte de los costes.

El Estado del Bienestar “nacional” fue una respuesta a los desequilibrios y las dinámicas de exclusión social generadas por un mercado cuyas dimensiones también eran básicamente nacionales. Las dinámicas de exclusión social y de deterioro ambiental que hoy genera el proceso de globalización —es decir, la creación de un mercado capitalista global— sólo podrán evitarse si asumimos que el Estado del Bienestar futuro, o será de una u otra forma “internacional”, o no será.

Las exigencias que plantea un Estado del Bienestar de carácter global son mucho más complejas si consideramos las características actuales del sistema internacional. Dentro de las fronteras de un país existe una autoridad política más o menos centralizada con capacidad, si existe voluntad para ello, de regular la vida económica, establecer un sistema fiscal progresivo, promover políticas de empleo, políticas de rentas y políticas sociales que promuevan la cohesión social y territorial. El sistema internacional, sin embargo, es descentralizado y no cuenta con una autoridad política de esas características. En el terreno económico y social Naciones Unidas no puede ir más allá de las recomendaciones, y los organismos que tienen cierta capacidad de influir en las economías nacionales —el FMI y el Banco Mundial— apoyan políticas de signo neoliberal y están comprometidos desde hace décadas con la ortodoxia del mercado.

La tarea también es más perentoria debido a que la desigualdad, en el ámbito internacional, es mucho mayor que en el interior de cualquier país. Según datos de Naciones Unidas, la peor disparidad en la distribución de la renta nacional es la de Brasil: 26 veces entre el 20% más rico de la población y el 20% más pobre. A nivel mundial esa disparidad es por lo menos de 150 veces, y se ha duplicado en los últimos treinta años. En 1992 el 20% más rico de la población mundial concentra el 85% de la renta mundial, y el 20% más pobre sólo cuenta con el 1,4% de la misma. Hace 30 años esos porcentajes eran del 70% y el 2,3% respectivamente. Según el *Informe sobre el Desarrollo Humano* de Naciones Unidas, hay 70 países cuyos niveles de renta están hoy por debajo de los logrados en los años sesenta y setenta. El Informe aporta otro dato llamativo: los activos de los 358 principales millonarios son superiores a la renta total de los países en los que reside el 45% de la población mundial más pobre. Otras cifras, no por conocidas son menos elocuentes. Más de 1.300 millones de personas viven con ingresos familiares inferiores a un dólar diario, casi 800 millones de personas no disponen de alimentos suficientes, y 500 millones padecen desnutrición crónica. 400 millones de niños están sin escolarizar, y decenas de miles más mueren por “enfermedades de la pobreza” evitables si pudieran acceder a los servicios de salud y a una nutrición adecuada.

A los problemas de la pobreza extrema se les unen los derivados de la degradación ambiental y las migraciones, que hacen cada vez más perentorio el desafío del desarrollo equitativo y sostenible para todos, no sólo por motivaciones éticas, sino por la necesidad inmediata de garantizar la seguridad y la estabilidad global y la preservación de la biosfera.

Hasta ahora, la respuesta convencional al desafío del desarrollo del Sur se resumía en el aforismo “Ayuda y comercio” (*Trade and Aid*); es decir, en la apertura comercial y la cooperación al desarrollo. En la actualidad esto ya no basta. En la lógica de la competitividad, la apertura comercial, por sí sola, puede contribuir a destruir empleos y deteriorar las condiciones de trabajo, y la ayuda externa, a menudo condicionada a intereses políticos y comerciales, y dependiente de la volátil generosidad del donante, no siempre ha tenido la eficacia necesaria ni el enfoque adecuado.

Cooperación y ayuda al desarrollo: definiciones y conceptos

La cooperación internacional al desarrollo comprende el conjunto de actuaciones que llevan a cabo actores públicos y privados de países de diferente nivel de renta con el propósito de promover el progreso económico y social de los países del Sur, un desarrollo más equilibrado y sostenible entre el Norte y el Sur, y un sistema de relaciones internacionales más estable, pacífico y seguro para el conjunto de la humanidad.

Las actuaciones de la cooperación al desarrollo se sitúan en el marco más amplio de las relaciones internacionales, de las que constituyen un sector específico, y van dirigidas, generalmente, a mejorar las condiciones de vida de la población de los países en desarrollo. Con ese objetivo central intentan impulsar el crecimiento económico y el bienestar social, favorecer formas de gobiernos democráticas y respetuosas con los derechos humanos, y contribuir a la preservación del medio ambiente. Las formas de acción y los instrumentos pueden ser muy diversos y abarcan las preferencias comerciales, la cooperación económica, la ayuda financiera, la asistencia técnica, la cooperación científica y tecnológica, la ayuda alimentaria, la ayuda de emergencia y la ayuda humanitaria.

Enmarcada en la cooperación al desarrollo, la ayuda al desarrollo es un concepto más restrictivo. Alude a las modalidades de transferencia de recursos de un país desarrollado a otro menos desarrollado que se realizan

con determinado grado de “concesionalidad” —es decir, en condiciones más favorables que las del mercado— por parte de la instancia, sea gubernamental o no gubernamental, que aporta la ayuda.

Con la expresión “Ayuda Oficial al Desarrollo” (AOD) nos referimos a un tipo especial de ayuda al desarrollo que se caracteriza por tener origen público y por responder a unas características similares para todos los donantes. La definición del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo (OCDE), adoptada en 1971 y todavía hoy en vigor, es la más aceptada. Según este organismo, la AOD está constituida por «*los flujos que las agencias oficiales, incluidos los gobiernos estatales y locales, o sus agencias ejecutivas, destinan a los países en desarrollo y a las instituciones multilaterales, y que en cada operación satisfacen las siguientes condiciones: a) tienen como principal objetivo la promoción del desarrollo económico y el bienestar social de los países en desarrollo, y b) son de carácter concesional y contienen un elemento de donación de al menos el 25%*».

Susan Strange, autora de *States and Markets*, un influyente estudio de la economía política internacional, ha señalado que un sistema global de Bienestar Social (*Welfare*) debería tener, entre otros, dos componentes básicos. En primer lugar, las “reglas de protección”, como los convenios internacionales de derechos humanos, las convenciones de la Organización Internacional del Trabajo o las “cláusulas sociales” de los acuerdos comerciales, y en segundo lugar, sistemas de transferencia de recursos de Norte a Sur, de los más ricos a los más pobres.

Cualquier observador perspicaz señalará, con razón, que los actuales sistemas de reglamentación en materia de derechos humanos o derechos laborales son laxos y poco efectivos, y que la ayuda externa actual representa una parte muy pequeña de los recursos transferidos en la economía mundial, en comparación, por ejemplo, con la inversión extranjera, las ganancias de exportación o los créditos comerciales. A menudo, la ayuda apenas compensa las transferencias negativas de recursos generadas por el endeudamiento, la repatriación de beneficios de las empresas transnacionales o la fuga de capitales. Por otra parte, sólo en casos muy concretos la ayuda es otorgada a partir de motivaciones altruistas. Por lo general, es el resultado de negociaciones políticas explícitas o implícitas, de objetivos estratégicos o económicos o de antiguos lazos coloniales, y responden a intereses que casi nunca coinciden con los grupos más pobres. La única excepción la constituirían las organizaciones no gubernamentales de desarrollo, que orientan su acción a los grupos más vulnerables y al objetivo de la erradicación de la pobreza.

Una estrategia en favor de un Estado del Bienestar de carácter global supondría, en consecuencia, mejorar la eficacia de la reglamentación internacional —introduciendo, por ejemplo, “cláusulas sociales” conforme a los Convenios de la OIT— y ampliar las competencias de los órganos encargados de velar por su cumplimiento, tanto Estados Nacionales como organizaciones internacionales. Supondría también aumentar los recursos destinados a la cooperación al desarrollo, y dotarlos de progresividad, estabilidad, predecibilidad y control multilateral, acercándose a una “fiscalidad internacional” análoga a la que existe en el interior de los Estados-nación. Supondría, además mejorar la orientación y la eficacia de estos recursos, orientándolos a la lucha contra la pobreza, garantizando la corresponsabilidad de los receptores y mejorando su impacto. En este marco resulta particularmente atractiva la propuesta “20/20” de la “Cumbre Social” de Copenhague, por la que los países industrializados se comprometerían a destinar como mínimo el 20% de la ayuda a prioridades sociales, y los países receptores destinarían como mínimo el 20% de su gasto público a esos mismos fines.

Propuestas para establecer “impuestos mundiales” para financiar el desarrollo y, de esta forma, sostener un incipiente Estado del Bienestar global no han faltado. Ante el fenómeno de “la fatiga de la ayuda” y la preocupante reducción de los presupuestos de cooperación de estos últimos años, estas propuestas parecen de nuevo atractivas. La más conocida es sin duda la “Tobin Tax”, propuesta en 1972 por el premio Nobel de economía James Tobin, y relanzada por los expertos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Con un gravamen de sólo el 0,01% sobre los movimientos especulativos transnacionales de capital, este impuesto generaría ingresos de entre 12.000 y 24.000 millones de dólares al año, lo que representaría aproximadamente entre el 30% y el 40% de toda la

ayuda oficial al desarrollo (AOD) concedida actualmente. Existen otras propuestas que impondrían un gravamen general al comercio internacional, o gravámenes sobre el consumo de fuentes de energía fósil o sobre la emisión de contaminación —a manera de “ecotasas” globales— o sobre el uso de espacios comunes, como el Alta Mar. En un reciente documento del Instituto de Desarrollo de Ultramar (ODI), radicado en Londres, se recogen hasta 20 ideas al respecto.

Fenómenos como la exigencia del 0,7% del PNB para ayuda al desarrollo y la creciente participación social a través de las ONGD deberían ser vistos a la luz de estas ideas. Es decir, no como un ejercicio de generosidad del donante, sino como un embrión de un sistema fiscal progresivo para el desarrollo y para la erradicación de la pobreza a nivel mundial. Participando en las ONGD, apoyando sus acciones y demandando el 0,7%, los ciudadanos están quizás poniendo ya la primera piedra de un sistema de bienestar social para el conjunto de la humanidad.

La Cooperación y las Mujeres: evolución histórica

PILAR DEL BARRIO, Politóloga integrante del Colectivo "Tierra"

Una de las aportaciones más importantes de la teoría feminista a las ciencias sociales ha sido el concepto de género. Como término gramatical, el "género" existe en la mayoría de las lenguas europeas pero será la teoría feminista quien desarrolle ampliamente el concepto utilizándolo como herramienta analítica que permite comprender cómo hombres y mujeres poseen una dimensión biológica (el sexo) y una dimensión social (el género). Una persona nace macho o hembra pero se convierte a través de la influencia de la sociedad en masculina o femenina.

La perspectiva de género permite evidenciar cómo los grupos humanos, a partir de las diferencias biológicas, construyen los conceptos de masculinidad y feminidad y atribuyen simbólicamente características, posibilidades de actuación y valoración diferentes a las mujeres y hombres, produciendo en las sociedades sistemas sociales no equitativos.

En el ámbito de la cooperación al desarrollo, la perspectiva de género ha supuesto poner de manifiesto la importancia del rol de las mujeres en el desarrollo económico y social de sus países así como la crítica situación de las mujeres del Tercer Mundo.

Junto al género, el otro concepto fundamental de mi exposición es el desarrollo. Concepto extremadamente complejo y contradictorio en cuanto que el desarrollo económico de los países no ha ido acompañado del desarrollo social. En América Latina por ejemplo, en los últimos cincuenta años se han producido grandes transformaciones económicas y sociales que permiten afirmar que la región se ha desarrollado. Sin embargo, más de la mitad de la población vive por debajo del umbral de la pobreza; carece de agua potable, de electricidad y de servicios médicos básicos; una buena parte de la población está desempleada o subempleada y, sobretodo, existe una profunda desigualdad entre una minoría de personas -que cuentan con una enorme riqueza y que tienen casi todo el poder en sus manos- que coexiste con la gran mayoría de la población -que sólo cuenta con una pequeña parte de los recursos y que tiene poco o nulo poder sobre la orientación de su propio destino-.

Esta convivencia entre la riqueza económica y la pobreza social se explica en parte por los modelos de desarrollo que se han venido aplicando en los últimos cincuenta años y que ha concebido éste sólo en términos de crecimiento económico, dando por hecho que el desarrollo social sería una consecuencia lógica del desarrollo económico.

Lo que no han tenido en cuenta estas estrategias de desarrollo es la relación de dependencia del Sur hacia el Norte. La desigual relación en el intercambio y apropiación de los recursos es la causa del desarrollo del Norte y del subdesarrollo del Sur. Como refleja el último informe del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), es impensable que los países del Sur puedan salir de la situación en que se encuentran sin que las formas de trabajo, apropiación y consumo de las sociedades del Norte sean modificadas.

Se hace cada vez más necesario diseñar un nuevo modelo de desarrollo que tenga en cuenta que las desigualdades de clase, etnia, género, edad o preferencia sexual, generan desigualdades en el acceso a los recursos, a la riqueza y al desarrollo.

Un breve recorrido por lo últimos cincuenta años sirve para constatar que las mujeres no han sido sujetos del desarrollo en la misma medida que lo han sido los hombres. La Década de la Mujer impulsada por las Naciones Unidas (1976-1985) fue decisivo para que las mujeres pasaran de una posición de invisibilidad total a ir ganando poco a poco un reconocimiento como población objeto de los planes, de los programas y de los proyectos de desarrollo.

Desde 1975, tanto l@s teóric@s del desarrollo como l@s planificadores/as empezaron a interesarse por la situación de las mujeres, surgiendo diferentes enfoques y formas de entender el rol que juegan las mujeres como agentes activas del desarrollo de sus países.

Pero antes de analizar dichos enfoques, hay una pregunta que surge constantemente en cualquiera de los ámbitos que configuran la cooperación al desarrollo: ¿por qué es importante la perspectiva de género en los planes y proyectos de desarrollo? Para planificar un proyecto de desarrollo es fundamental identificar correctamente las necesidades que se desean cubrir con dicho proyecto.

Planificar desde la perspectiva de género significa partir del hecho de que las mujeres y los hombres juegan papeles diferentes en la sociedad y por tanto tienen, por lo general, necesidades distintas.

Las teorías, las políticas y los planes de desarrollo, a pesar de que todos han hecho hincapié en la necesidad de planificar en favor de la población; han partido de dos supuestos erróneos: Primero, que el hogar está constituido por una familia nuclear formada por el esposo, la esposa y dos o tres hij@s. En segundo lugar, que dentro del hogar existe una clara división sexual del trabajo en el cual el hombre, en su papel de proveedor y sostén del hogar, realiza principalmente el trabajo productivo fuera del hogar mientras que en la mujer, como ama de casa, recae la responsabilidad del trabajo reproductivo y doméstico. Estos dos supuestos parten de considerar que en el hogar existe una igualdad total entre el hombre y la mujer tanto en el control de los recursos como en la toma de decisiones.

Sin embargo estos estereotipos tienen serias limitaciones cuando se aplican al contexto del tercer Mundo donde existen un número importante de hogares encabezados por una mujer y donde la mayoría de las mujeres juegan un triple rol social.¹

Los hogares encabezados por una mujer suelen ser de dos tipos: aquellos en que el cónyuge ha muerto o desaparecido y la mujer se encuentra legalmente soltera, divorciada o viuda; y aquellos otros encabezados de hecho por una mujer, donde el cónyuge se encuentra temporalmente ausente debido a la migración laboral o por estar refugiado. En este caso, la mujer no es legalmente la jefa del hogar y generalmente se le considera como dependiente a pesar de que, tanto los aspectos organizativos como financieros del hogar recaen bajo su entera responsabilidad.

En América latina y África, se calcula que más del 50% de los hogares urbanos están encabezados por una mujer; en el área rural la cifra es más elevada debido a que los hombres tradicionalmente emigran; en los campamentos de refugiados de África y Centro América la cifra se acerca al 80 y 90%.

A nivel global, la cifra de hogares encabezados de hecho por una mujer más que disminuir aumenta.¹ El triple rol de la mujer hace referencia a cómo en la mayoría de los hogares posee implicaciones particulares ya que tienen muchas personas dependientes a su cargo y un acceso reducido al empleo y a los servicios básicos. Esto hace que se encuentren por debajo del umbral de la pobreza e incluso en cantidades desproporcionadas entre l@s más pobres del l@s pobres.

El triple rol de la mujer hace referencia a cómo en la mayoría de los hogares de bajos ingresos del Tercer Mundo, el trabajo de la mujer comprende el trabajo reproductivo (de cuidado y mantenimiento del hogar y de las personas que viven en él), el trabajo productivo (aquel que es remunerado) y el comunal (ante la escasez de servicios básicos, las mujeres asumen la responsabilidad de la organización y administración de servicios para toda la comunidad).

El hecho de que los planificadores del desarrollo no sean capaces de percibir el triple papel que juegan las mujeres así como que sus necesidades no siempre sean las mismas que la de los hombres, hace que no relacionen los requerimientos de las mujeres con las políticas de planificación.

Sin embargo, y como señala Caroline Moser, para que la planificación del desarrollo tenga éxito necesita ser consciente de la problemática de género y tomar en cuenta no sólo las diferencias de ingreso, aceptadas comúnmente hoy en día, sino también las desigualdades de género.

Y es aquí donde nos encontramos con una de las aportaciones más importantes de la teoría feminista a las políticas de desarrollo, la distinción entre **intereses estratégicas de género** y **necesidades prácticas de género**.

La planificación dirigida hacia las mujeres de bajos ingresos del Tercer Mundo debe hacerse en base a sus intereses prioritarios. Sólo identificando los distintos intereses que las mujeres tienen, es posible traducirlos en necesidades de planificación, es decir, en los medios a través de los cuales estos intereses van a poder ser satisfechos.

En el proceso de identificación es conveniente distinguir desde el principio entre los "intereses de las mujeres" y los "intereses de género". Hablar de "intereses de las mujeres" presupone que todas las mujeres tenemos los mismos intereses en base a que poseemos características biológicas similares. Sin embargo, en la práctica, la posición de la mujer en la sociedad depende de criterios como la clase y la etnia, tanto como del género, y por tanto, sus intereses pueden estar determinados tanto por su posición de clase o su identidad étnica, como por sus características biológicas similares.

Los "intereses de género" aluden a los intereses comunes que tienen todas las mujeres puesto que la posición social que ocupa viene determinada por los atributos que la sociedad le confiere de acuerdo a su género. Estos intereses de género pueden ser estratégicos o prácticos.

Los intereses estratégicos de género son, como señala Caroline Moser: *"...aquellos que persiguen una organización social alternativa, más igualitaria y satisfactoria que la que existe en la actualidad, en términos de las relaciones entre el hombre y la mujer"*.

Siguiendo a la misma autora, las necesidades prácticas de género: *"Son aquellas que surgen de las condiciones concretas que viven las mujeres por su posición de género dentro de la división sexual del trabajo. A diferencia de lo que ocurre con las necesidades estratégicas de género, las mujeres son capaces de identificar y formular por sí mismas, sin ayudas externas, sus necesidades prácticas de género, en tanto éstas se desprenden de manera inmediata de sus condiciones de vida en un contexto determinado"*.

El siguiente cuadro clarifica las características y diferencias principales entre las necesidades básicas y los intereses estratégicos de género:

Necesidades básicas	intereses estratégicos
Enfocadas en la condición; relacionadas con situaciones de insatisfacción por carencias materiales	Enfocados en la posición; relacionados con el logro de la igualdad
Fácilmente observables y cuantificables	Son invisibles, debido a factores culturales como la falta de conciencia de género
Relacionadas con áreas específicas de la vida: agua potable, vivienda, etc.	Relativos a condiciones estructurales, que definen el acceso y el control de recursos y beneficios, y de oportunidades de desarrollo personal.

Se pueden satisfacer con recursos específicos, como equipo, crédito, entrenamiento técnico, etc.	Su satisfacción es más compleja y abstracta. Exige toma de conciencia, cambios en la identidad y cambios en la cotidianidad.
Relacionadas con grupos sociales determinados, con comunidades definidas	Son comunes a todas las mujeres. Su manifestación varía, de acuerdo con factores como la etnia, la clase social, etc
Pueden ser satisfechas sin transformar los roles de género tradicionales	Su logro implica la transformación de los roles tradicionales de género
Pueden ser satisfechas por otros, es decir, otorgadas	Requieren procesos personales y colectivos de apropiación
Su satisfacción permite un mejor desempeño de los roles tradicionales	Su satisfacción conduce a una mayor equidad entre los géneros

La distinción entre intereses estratégicos y necesidades prácticas de género constituyen una herramienta teórica y metodológica útil tanto en la planificación de políticas como de proyectos concretos de desarrollo. La planificación de servicios de guardería constituye un buen ejemplo para entender cómo dependiendo del lugar donde ésta se sitúe, así se satisfarán necesidades básicas o intereses estratégicos de género; o ambos a la vez.

Si la guardería se instala en el lugar de trabajo de la mujer, cubrirá la necesidad práctica de un servicio esencial para que la mujer pueda tener trabajo asalariado. Si se localiza en la comunidad, podría promover que la responsabilidad se comparta dentro de la familia, lo más probable es que sea otra mujer -la hija mayor o la abuela- la encargada de llevar al niño a la guardería. Sin embargo, si ésta se ubica en el lugar de trabajo del padre, brinda la oportunidad de cubrir tanto una necesidad básica como un interés estratégico de género, ya que obliga al hombre a compartir la responsabilidad del cuidado de los hijos y por lo tanto, disminuye la carga del trabajo doméstico de la mujer.

Si aplicamos la perspectiva de género a otro ámbito como por ejemplo el transporte, observamos como uno de los problemas más graves que enfrenta la mujer es que el servicio se ofrece conforme a las necesidades del horario de trabajo masculino. Así existe un mayor número de autobuses durante las horas punta tanto de la mañana como de la tarde que realizan el trayecto de la periferia al centro de la ciudad. Sin embargo las mujeres de bajos ingresos utilizan con mayor frecuencia el transporte público que los hombres, ya que lo utilizan no solamente para ir a su trabajo sino también para ir a la escuela, de compras o a los servicios de salud. Servicios adecuados de transporte fuera de las horas puntas pueden satisfacer necesidades prácticas de género pero no necesariamente intereses estratégicos, ya que, por sí solos, no redistribuyen entre los géneros la carga del trabajo doméstico y del cuidado de los hijos.

Ejemplos como éste ponen de manifiesto cómo la mayoría de las acciones de planificación dirigidas hacia la población femenina cubren solamente las necesidades prácticas de género y no intentan cambiar la actual, y tradicional, división sexual del trabajo u otras formas de discriminación contra la mujer. Las razones de esto y el grado en que han cambiado las políticas de desarrollo durante los últimos treinta años, pueden entenderse mejor a través del análisis de las diferentes **estrategias de desarrollo hacia las mujeres.**

A partir de los años cincuenta cuando comienzan a aparecer las políticas macroeconómicas y los modelos de desarrollo, surgen múltiples acciones hacia la mujer. El primer enfoque será el llamado Mujer en el Desarrollo (MED), será adoptado a principios de los setenta por la Agencia para el Desarrollo Internacional de Estados Unidos (AID), bajo el argumento de que la mujer constituye una fuente virgen de recursos que puede contribuir económicamente al desarrollo.

En los años ochenta surgirá un enfoque que pondrá el énfasis en el “género” más que en la “mujer” fue desarrollado por las feministas quienes observaron como los problemas de las mujeres estaban siendo percibidos más en términos de su sexo (es decir, de sus diferencias biológicas respecto al hombre), que en términos de su género (lo que significa partir de cómo las relaciones establecidas entre hombres y mujeres generan una situación de subordinación para las mujeres).

Estos enfoques serán definidos como Género en el Desarrollo (GED) analizan la manera en que se construye socialmente las relaciones: los hombres y las mujeres juegan roles diferentes en función del género al que pertenecen. Estas diferencias de género vienen determinadas por factores ideológicos, históricos, religiosos, étnicos, económicos y culturales.

Es importante señalar que los diferentes enfoques que a continuación se señalarán de manera cronológica, deben ser situados en el terreno teórico como una herramienta metodológica útil para comprender la evolución del concepto de género en los diferentes modelos de desarrollo y la visión que se ha tenido del papel que juegan las mujeres como agentes de desarrollo.

El enfoque de bienestar, es el más antiguo y en la actualidad sigue utilizándose ampliamente. Surge en los años cincuenta en los primeros orígenes de la cooperación al desarrollo. Tras la Segunda Guerra Mundial, existían dos tipos de ayudas para el Tercer Mundo: la ayuda financiera para el crecimiento económico y la ayuda de emergencia para grupos socialmente vulnerables. El modelo de desarrollo vigente durante esta época vincula el desarrollo al crecimiento económico, priorizando el apoyo a la producción industrial y agrícola, lo que implicaba un especial interés en incrementar la capacidad productiva de la fuerza de trabajo masculina. La ayuda humanitaria se dirigía básicamente a las mujeres de bajos ingresos, vistas como las principales interesadas en el bienestar familiar por su rol genérico de esposas y madres.

Este enfoque se basa en tres supuestos: primero, las mujeres son beneficiarias pasivas del desarrollo. Segundo, la maternidad es el rol más importante de la mujer en la sociedad y tercero, la crianza y el cuidado de l@s hij@s es la actividad que con mayor efectividad puede desempeñar la mujer en el desarrollo económico.

La ayuda que se realiza partiendo de este enfoque se canaliza por la vía de donaciones de alimentos y servicios. Por ejemplo, la mayor parte de la población refugiada en campamentos son mujeres que quedan con la responsabilidad de cuidar y mantener a l@s niñ@s y a l@s ancian@s, generalmente no tienen estatus de refugiadas por sí mismas sino únicamente como esposas dentro de una familia. La mayor parte de los proyectos implementados por el Alto Comisionado para los Refugiados de las Naciones Unidas (ACNUR) y los organismos no gubernamentales se dirigen a estas mujeres en su rol reproductivo, dando atención especial a las embarazadas y lactantes, identificadas como “grupos vulnerables” en la misma categoría de l@s ancian@s, huérfan@s y discapacitad@s.

Cuando este enfoque incluye la capacitación, ésta se refiere a aquellos campos considerados adecuados para las madres y amas de casa. Casi todos son proyectos destinados a combatir la desnutrición en el Tercer Mundo -a través de programas de salud materno-infantil- o destinados al control de la natalidad -a través de programas de planificación familiar-.

Todos los programas basados en el enfoque de bienestar parten del supuesto de que la maternidad es el rol más importante que juega la mujer en el desarrollo, lo que significa que todos los esfuerzos se concentran en la satisfacción de las necesidades prácticas de género relacionadas con su rol reproductivo.

A pesar de ser programas que no constituyen una base para la independencia de las mujeres, siguen siendo muy populares, precisamente porque al no cuestionar la situación de desigualdad que

sufren las mujeres son políticamente seguros y no constituyen una amenaza para el orden socialmente establecido.

A inicios de los años setenta había gran descontento con la estrategia de bienestar y las críticas provenían de tres distintas posiciones: En primer lugar, de mujeres profesionales e investigadoras estadounidenses preocupadas por las evidencias de que los proyectos de desarrollo estaban afectando negativamente a las mujeres del Tercer Mundo. En segundo lugar, de economistas y planificadores del desarrollo preocupados por el fracaso de la teoría de la modernización en el Tercer Mundo. En tercer lugar, de los organismos impulsores de la Década de la Mujer.

Las críticas desarrolladas por estos grupos durante los años setenta dieron como resultado el surgimiento de distintas estrategias -o enfoques- alternativas dirigidas hacia las mujeres: las de equidad, anti-pobreza, eficiencia y generación de poder. El hecho de que estos enfoques compartan un origen común, que fueran formuladas durante la misma década y que no sean completamente excluyentes entre sí, ha originado una tendencia a confundirlos y a englobarlos en una sola categoría: "Mujer en el Desarrollo" (MED). Sin embargo, existen diferencias significativas entre ellos que es necesario clarificar.

El enfoque de la equidad es el enfoque MED original, se introduce en la Década de la Mujer de Naciones Unidas con el propósito de conseguir equidad para las mujeres en el proceso de desarrollo. Las mujeres son vistas como participantes activas del desarrollo, reconoce el triple rol de las mujeres y busca cubrir intereses estratégicos de género mediante la intervención directa del Estado a través de políticas que persigan la autonomía política y económica de la mujer.

Los estudios que se llevaron a cabo durante los años setenta pusieron de manifiesto que, en relación a las mujeres, los proyectos cometían tres tipos de errores: En primer lugar, la omisión o no reconocimiento del rol productivo de la mujer. En segundo lugar, el reforzamiento de valores que limitan a la mujer en el hogar involucrándolas en actividades de maternidad y crianza de hij@s. En tercer lugar, la aplicación inapropiada de valores occidentales con respecto al trabajo de las mujeres.

Basándose en esta evidencia el grupo MED de los Estados Unidos de América cuestionó el supuesto imperante de que la modernización iba a la par con el incremento de la igualdad de género. Afirmaban que muchos de los modelos económicos capitalistas impuestos en muchos países del Tercer Mundo habían aumentado las desigualdades entre mujeres y hombres.

El enfoque de la equidad parte del supuesto básico de que las estrategias económicas han tenido un impacto negativo para las mujeres, por lo que éstas deben ser incorporadas al proceso de desarrollo mediante el acceso al empleo y al mercado.

Las necesidades básicas de género que este enfoque pretende solucionar es la necesidad de las mujeres de ganarse la vida. Pero también persigue un interés estratégico fundamental: corregir las desigualdades existentes entre mujeres y hombres en la esfera pública y privada haciendo especial énfasis en la independencia económica como sinónimo de equidad.

Políticamente, la mayoría de los organismos de desarrollo son hostiles a los programas de equidad precisamente por su intención no sólo de solucionar necesidades básicas de género sino también los intereses estratégicos, cuyo éxito depende de una redistribución implícita del poder.

El enfoque anti-pobreza es el segundo enfoque MED y es una versión suavizada del enfoque de la equidad. Tiene como objetivo asegurar que las mujeres pobres aumenten su productividad. La pobreza de las mujeres es visto como un problema del subdesarrollo y no de la subordinación entre los géneros. Reconoce el rol productivo de las mujeres y busca satisfacer sus necesidades prácticas de género de ganar un ingreso, sobre todo mediante proyectos de pequeña escala generadores de ingresos. Es un enfoque muy popular entre las ONG.

Esta versión moderada del enfoque de la equidad coincide con el final de la infructuosa Primera Década del Desarrollo y la aparición de modelos de desarrollo alternativos en el Tercer Mundo.

La teoría de la modernización partía del principio de que el crecimiento económico acelerado y la inversión en la industria traería consigo de forma inmediata una disminución de la pobreza y el desempleo en el Tercer Mundo. Sin embargo esto no fue así y a principios de los años setenta se comprobó que los beneficios financieros no habían mejorado las condiciones de vida de la población más pobre.

Los organismos oficiales como el Banco Mundial cambiaron oficialmente su preocupación por el crecimiento económico a un interés más amplio por la erradicación de la pobreza absoluta y la promoción de la "redistribución con crecimiento". Para ello era primario satisfacer necesidades básicas como el alimento, el vestido, la vivienda y el combustible; así como necesidades sociales como la educación, los derechos humanos y la participación en la vida social mediante el empleo y la inclusión política.

Las mujeres de bajos ingresos se convirtieron en un grupo social prioritario debido a dos motivos: primero, porque el fracaso del desarrollo fue atribuido parcialmente al hecho de que las mujeres habían sido ignoradas en los anteriores planes de desarrollo. Segundo, por el importante rol que juegan las mujeres en la satisfacción de las necesidades básicas de la familia.

Tras este enfoque se encuentra la hipótesis de que el origen de la pobreza y la desigualdad de la mujer está en la falta de acceso a la propiedad privada de la tierra y el capital, y en la discriminación sexual en el mercado de trabajo. Se propone, por lo tanto, aumentar las oportunidades de la mujer de escasos recursos para generar ingresos, por medio de un mejor acceso a los recursos productivos. Reconoce también que los programas de educación y de empleo puedan, al tiempo que incrementan la contribución económica de la mujer, reducir sus tasa de fertilidad.

Bajo este enfoque, desde los años setenta han proliferado los proyectos de generación de ingresos para las mujeres de escasos recursos. Generalmente son proyectos de pequeña escala diseñados por organismos no gubernamentales y financiados por agencias internacionales o bilaterales. Tiene como objetivo incrementar la productividad de las mujeres diseñando actividades que son una extensión de las asignadas tradicionalmente a las mujeres en el hogar en vez de ampliar la actividad laboral hacia áreas nuevas.

Los proyectos anti-pobreza de generación de ingresos pueden proporcionar empleo para las mujeres y con ello satisfacer necesidades prácticas de género al aumentar sus ingresos. Pero amenos que el empleo conduzca a una mayor autonomía, no satisfará los intereses estratégicos de género. Esta es la esencial diferencia entre el enfoque de la equidad y el anti-pobreza. Además, el hecho de que este último se centre predominantemente en el rol productivo de las mujeres significa que su rol reproductivo a menudo es ignorado.

Los proyectos de generación de ingresos que asumen que la mujer tiene "tiempo libre" suelen tener éxito sólo si extienden la jornada de trabajo y aumentan su triple carga. Los proyectos de generación de ingresos ni siquiera lograrán satisfacer las necesidades prácticas de género de obtener un ingreso a menos que también alivien la carga del trabajo doméstico y del cuidado de los niños.

El enfoque de la eficiencia es el tercer enfoque MED y comienza a predominar a partir de la crisis de la deuda de los años 80. Su objetivo es asegurar que el desarrollo sea más eficiente y efectivo mediante la contribución económica de las mujeres. La participación económica de las mujeres se equipara con la equidad entre hombres y mujeres. Busca satisfacer necesidades prácticas

de género fomentando el triple rol de las mujeres. Las mujeres son importantes por su capacidad para compensar la disminución de los servicios sociales mediante la extensión de su jornada de trabajo. Es un enfoque muy popular.

Este enfoque parte del supuesto de que una mayor participación de la mujer en la economía automáticamente incidirá positivamente en una mayor equidad. Muchas organizaciones como el Banco Mundial o la AID parten de que un incremento de la participación económica de la mujer en el desarrollo vincula la eficiencia con la equidad. La idea que subyace en todos estos organismos es el hecho de que el 50% de los recursos humanos disponibles para el desarrollo están siendo desperdiciados o subutilizados.

El paso a este enfoque coincidió con un marcado deterioro de la economía mundial, a partir de los años 70, en especial en América Latina y África donde los problemas de recesión se vieron agravados por la caída de los precios de las exportaciones, el proteccionismo y la creciente carga de la deuda. Empiezan a aplicarse los Planes de Ajuste Estructural (PAES) diseñados por el Banco Mundial y el Fondo Monetario internacional (FMI) que se basaban en el control de la demanda y la expansión de la oferta. Al tener los PAES como dos de sus objetivos principales la eficiencia y la productividad, hace que el enfoque de la eficiencia sea el que goce de más popularidad tanto en los organismos de cooperación como en los gobiernos nacionales.

Bajo este enfoque aparecerán proyectos que incluyen a las mujeres con el propósito de conseguir una mayor eficiencia por tres motivos principales: primero, como madres, son más confiables que los hombres en el pago de los préstamos. Segundo, como trabajadoras son tan capaces como los hombres en la autoconstrucción. Tercero, como gestoras comunales han demostrado un compromiso bastante mayor en el mantenimiento de los servicios.

Otra cuestión importante es que las políticas de ajuste estructural han producido un descenso de los niveles de ingresos, fuertes recortes en el gasto social y una reducción de subsidios para alimentos. Para solventar estas carencias, parten de un concepto erróneo del trabajo de las mujeres y de un uso del tiempo elástico. Los PAES no tienen en cuenta el trabajo reproductivo y no remunerado que realizan las mujeres. Hay actividades fundamentales como cuidar a l@s niñ@s, abastecer de combustible, procesar alimentos, preparar comidas y cuidar a l@s enferm@s y ancian@s que no son tomadas en consideración por las políticas de ajuste estructural quienes conciben la economía sólo en términos de bienes y servicios bajo las reglas del mercado. Esto hace que los proyectos y políticas de desarrollo sólo puedan ser exitosos a costa de una más larga y dura jornada de trabajo para las mujeres quienes se ven obligadas a incrementar su trabajo tanto dentro del mercado como en el hogar. Las mujeres se han visto obligadas a dedicar mayor tiempo a las actividades productivas y de gestión comunal a expensas de las reproductivas que son delegadas, en la medida de lo posible, a las hijas o a otros miembros femeninos del hogar.

De esta manera la eficiencia de los programas se sustenta en buena parte en el tiempo que las mujeres dedican a actividades comunales no remuneradas. Por ejemplo, las organizaciones del vaso de leche o comedores populares de Lima (Perú) se basan en programas que buscan mejorar la situación nutricional de la población apoyándose en el tiempo no pagado de las mujeres.

Esto demuestra que la eficiencia depende en gran medida de la elasticidad del trabajo de la mujer en sus roles reproductivo y de gestión comunal. Sólo satisface necesidades prácticas de género a costa de más horas de trabajo y un incremento del trabajo no pagado. Generalmente este enfoque no cubre ningún interés estratégico de género.

El enfoque del empoderamiento, o de generación de poder, es más producto de la experiencia de las organizaciones de mujeres del Tercer Mundo y de los escritos feministas, que de las investigadoras del Primer Mundo. Reconocen la desigualdad entre hombres y mujeres pero hacen especial énfasis en que las mujeres experimentan la opresión de manera diferente en función de su

raza, clase, historia colonial y posición actual dentro del orden económico internacional. Por lo tanto, sostienen que las mujeres tienen que enfrentarse simultáneamente a las diversas estructuras y situación de opresión.

Este enfoque parte de un concepto de poder que no se define en términos de dominación de un@s sobre otr@s (alguien pierde para que otr@ gane), sino en términos de la capacidad de las mujeres para aumentar su confianza en sí mismas y en su fortaleza colectiva.

Al ser un enfoque que parte de la necesidad de transformar las estructuras de subordinación que oprimen a las mujeres, cubre intereses estratégicos de género tan importantes como transformar el aparato legislativo, el código civil, el sistema de propiedad, el control de la mujer sobre su propio cuerpo, el código laboral y las instituciones legales y sociales que otorgan privilegios a los hombres y avalan el poder de éste sobre la mujer.

Estos intereses estratégicos de género son semejantes a los mencionados por el enfoque de la equidad sin embargo los medios utilizados para conseguirlos son diferentes. Para el empoderamiento no se pueden abordar los intereses estratégicos de género sin el esfuerzo sistemático y sostenido de las organizaciones populares de mujeres: La movilización política, la toma de conciencia y la educación popular son elementos claves a desarrollar. Se trata pues de un enfoque de abajo hacia arriba, al contrario del enfoque de la equidad que basa sus estrategias de arriba hacia abajo a través del trabajo de los gobierno e instituciones internacionales de implementar políticas de desarrollo para las mujeres.

El enfoque de generación de poder pretende llevar a las mujeres más tradicionales hacia una conciencia feminista de la problemática de la mujer. El fracaso del enfoque de la equidad, al confrontar directamente la subordinación de la mujer por medio de cambios en el aparato jurídico, llevo al enfoque del empoderamiento a abordar las necesidades prácticas de género como base de apoyo firme para la resolución de intereses estratégicos.

Por ejemplo, el Foro contra la Opresión de la Mujer, grupo feminista de Bombay (India), inició su labor en 1979 realizando campañas como el aborto y la quema de la novia. Sin embargo, dado que el 55% de la población eran ocupantes ilegales de edificios, el Foro entendió que la vivienda era prioritaria para la mujer y rápidamente dirigió su atención hacia este tema. En la India, por tradición, las mujeres no tienen acceso a vivienda propia lo que, en caso de ruptura matrimonial o violencia doméstica, constituye un grave problema y convierte al servicio de hospedajes para mujeres en una necesidad práctica de género vital. La movilización alrededor de la vivienda condujo a la toma de conciencia sobre los prejuicios patriarcales existentes en la leyes de la herencia y en las interpretaciones sobre los derechos de vivienda. El Foro forma parte de una coordinadora nacional de ONG que trabajan para instituir un estatuto Nacional de la Vivienda ; por medio de esta alianza, ha podido garantizar que los intereses estratégicos de género respecto a la vivienda pasen a formar parte de la agenda de discusión política nacional, dejando de ser simplemente un asunto de mujeres.

La experiencia ha mostrado que las organizaciones más efectivas han sido las que surgen alrededor de necesidades prácticas de género (sobre salud, empleo y suministros de servicios básicos) y al mismo tiempo se muestran capaces de transformar el interés por estos temas en instrumento para abordar los intereses estratégicos de género en cada contexto socio-político.ⁱ

DEBATE

INTERVENCIÓN:

Sobre el tema de los Comedores en Perú, concretamente y a esa realidad de que son las mujeres las que se hacen cargo de todas las responsabilidades comunitarias ¿se ha hecho algún tipo de iniciativa para conseguir que ese trabajo esté reconocido como tal oficialmente? aunque hay mucha problemática, puesto que tampoco están reconocidos oficialmente esos comedores, o hay un tipo de ayudas... quería que me hablaras sobre este tema. Me parece muy interesante.

PILAR DEL BARRIO:

Las organizaciones populares de mujeres en Perú, son algo increíble. Las organizaciones de mujeres populares en Perú nacen para solucionar un problema básico y es la alimentación, pero sí que es verdad que sobre todo durante los años ochenta, estas organizaciones adquieren un papel fundamental en la sociedad.

Estas mujeres son capaces de hablar con los Gobiernos, exigirles, por ejemplo : "Vaso de leche", hay una ley que compromete al Gobierno a que siempre, en la partida presupuestaria del Estado, haya una pequeña parcela para la organización para "Vaso de leche", con el fin de que ellas puedan seguir manteniendo su trabajo.

Estas organizaciones nacen como una extensión de su rol ¿no ? en realidad lo que están haciendo es seguir cuidando, fuera del hogar, pero siguen cuidando la comunidad. No obstante, sí que es cierto que las ONG han trabajado directamente con ellas y que ahora mismo se están llevando proyectos de cooperación para el desarrollo con estas organizaciones, que van hacia la participación política de las mujeres, de tal manera que muchas de las dirigentas de las asociaciones se han presentado como candidatas a la alcaldía de los diferentes distritos de Lima y han conseguido ser Alcaldesas o Regidoras ; es verdad que nacieron en un momento determinado pero, también es cierto, se hicieron estudios sobre las organizaciones populares de mujeres en Perú, y estos estudios pusieron de manifiesto como las mujeres, una vez que salen del ámbito del hogar, no quieren volver otra vez a estar solamente allí (y eso con todo lo que implica de trabajo, de esfuerzo, de que la actividad que realizan no está pagada) pero no quieren volver a ser solamente las amas de casa que fueron siempre. No sé si he contestado a tu pregunta....

INTERVENCIÓN:

Sí me has contestado, pero no te he hecho bien la pregunta. La pregunta es ¿ha habido un intento de regularizar laboralmente ese trabajo? quiero decir, de que esas personas tengan un salario, al menos la persona responsable, pues ésa tiene que tener prácticamente una dedicación exclusiva, con el fin de conseguir fondos y medios; y luego no pueden entrar a tomar parte de esa partida presupuestaria, lo cual trae graves problemas, incluso hay como una pequeña corrupción consentida (que no siempre es pequeña) que a veces se puede convertir, más adelante, en un problema; yo creo que el hecho de que laboralmente se reconozca ese trabajo, puesto que además lo es o que se les deje incluir sus gastos personales en esas partidas, liberaría de la corrupción y funcionaría mejor todo, por ejemplo en Brasil, que existe este mismo tema muy similar en cuanto a que son las mujeres las que llevan todo el entramado de precios, sí ha habido un intento de protesta y empieza a haber una movilidad, precisamente porque las mujeres son líderes y están muy formadas políticamente en todos los aspectos y entonces ¡bueno! empieza a haber esa inquietud para evitar la corrupción.

PILAR DEL BARRIO:

La respuesta es NO, no se considera trabajo remunerado, que yo sepa.

INTERVENCIÓN:

Quería añadir, y hacer un matiz, a eso de por qué a las mujeres les gusta el trabajo de lo público con todas las complicaciones y con todos los problemas que hay, y es porque el trabajo, dentro de lo que cabe, produce también un reconocimiento, una valoración, una satisfacción de lo bien hecho, que a uno en sí mismo le eleva también la autoestima, de hecho por eso también los hombres les gusta. Pero el trabajo, lo productivo, lo que producimos, a todos los individuos independientemente de la diferencia anatómica de sexos resulta que nos produce placer. Nada más eso.

INTERVENCIÓN:

Espero que no sea un culturalismo, pero viendo la documentación que nos habéis entregado, lo que habéis comentado tanto Jose Antonio como Pilar, el tema CAD y el del empoderamiento (tú decías que el CAD es un grupo de países ricos, países europeos) acabo de ver que sí, que es un comité de la OCDE que se reúne para analizar, elaborar y, en la documentación que nos habéis entregado, aparecen unas directrices (además veo que actualizadas para 1995) donde introducen el término “empoderamiento” que, si yo no te he entendido mal, Pilar, está muy al uso y, en muchas facetas, surgiría de los países del sur, del tercer mundo, donde se integran esas visiones por parte de la OCDE, o sea, de que el mundo es tan bipolar, que están los del Norte, la OCDE, CAD y los del Sur ¿o se van integrando las cosas algo más?

Y otro tema: el desarrollo sostenible (yo trabajo en medio ambiente) lo utilizamos mucho desde la Cumbre de Río. El tema sostenible está muy ligado a lo ambiental, sin embargo veo que también aquí, en el tema de género, se utiliza como “factor de supresión de la desigualdad hombre o mujer”

JOSÉ ANTONIO SANAHUJA:

No creo que tenga que verse en términos tan dicotómicos la relación Norte-Sur. Por un lado, los países del CAD y sus propuestas y, por otro, los países del Sur. Hay espacio dentro de las relaciones Norte –Sur para establecer coaliciones entre organizaciones no gubernamentales, sociedad civil, gobiernos y pueblos mucho más plurales y mucho más ricos en torno a distintos temas. El hecho de que, en un momento dado, desde el Norte se asuma, por parte de las ONG, el concepto de empoderamiento y se intente llevar a la práctica, sería una manifestación de ello. Pero lo hay a otro nivel y es el hecho de que, de antemano, cuando en un momento dado ciertos organismos internacionales asumen ciertos conceptos, hay que actuar con una actitud de crítica, con cautela. Se habla de empoderamiento, que significa que el Comité de Ayuda al Desarrollo asuma el empoderamiento de las mujeres. Nadie duda que pueda haber un componente de sinceridad y que se intente incorporar este elemento a las políticas de cooperación al desarrollo pero, al mismo tiempo, la capacidad de las organizaciones, de las burocracias internacionales, para absorber y desnaturalizar algunos conceptos también es sorprendente, por ello nos encontramos con un concepto que se ha ido afirmando paulatinamente, que la conferencia de Pekín ha tomado carta de naturaleza en el sistema internacional de cooperación y ayuda al desarrollo y que, posteriormente, el comité de ayuda al desarrollo, o sea los países donantes, han asumido oficialmente como uno de los ejes de su estrategia, de su intervención en el ámbito de género. Teóricamente eso compromete, por ejemplo a la cooperación española, a la oficial; esto nos coloca en una buena posición, tenemos una base sobre la que exigir, pero yo tengo dudas sobre la sinceridad del compromiso así como sobre los medios y capacidades institucionales de los agentes, o de los actores, para llevarlo a cabo. Esta disparidad entre los discursos y las prácticas es bastante visible; el desarrollo sostenible, el Banco Mundial hacen de dicho desarrollo sostenible su estrategia pero, a la hora de primar sistemas de transporte, lo hacen con el sistema basado en el transporte privado por carretera, y no en el transporte público; en base a otras fuentes de energía o a un uso de energía más eficiente ya que, a la hora de hablar del sector de la energía, en vez de primar las fuentes de energía renovables más eficientes, siguen construyendo térmicas en base a carbón y, en ocasiones, con un alto contenido en azufre, que emiten grandes volúmenes de gases de efecto invernadero en los países en desarrollo. Esa es la política de Energía

del Banco Mundial y también asumen y defienden el concepto de desarrollo sostenible, desde Río. Esas contradicciones están ahí.

PILAR DEL BARRIO:

Yo quería hacer dos aportaciones, creo que se incluye porque evidentemente las conferencias internacionales de las mujeres sobre todo lo que permiten es que diferentes mujeres, que vienen de distintas regiones, puedan poner en común sus necesidades, sus expectativas, sus aportaciones teóricas. A mí me da miedo cuando el Banco Mundial y Fondo Monetario Internacional empiezan a tomar estos conceptos, porque el empoderamiento se puede entender de muchas maneras, y una cosa es la teoría y otra cosa es cómo tú aplicas esos conceptos en la práctica. El empoderamiento que pretenden aplicar, por ejemplo en los proyectos de cooperación del desarrollo, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, lo que persigue es que todo lo que tiene que ver con el bienestar social recaiga en las organizaciones populares, sobre todo en las mujeres. El empoderamiento, en sí mismo, es un concepto muy bueno y muy positivo, pero es que depende de cómo se utilice; es como lo del género (el concepto de género se puede utilizar de muchas maneras, y todo tiene sus efectos perversos) creo que eso hay que tenerlo en cuenta.

INTERVENCIÓN:

Bueno estoy enterándome de muchas cosas. Soy muy neófito en lo que estamos hablando, pero yo quisiera decir algo sobre el concepto de género, porque supongo que cuando hablamos de género hablamos de un concepto de tipo cultural, social y no desde el punto de vista biológico (porque también desde el punto de vista biológico siempre se han mantenido dos géneros: el masculino y el femenino; los hombres y las mujeres) y de esto supongo que estamos hablando. Pero esto biológicamente está ya superado en el sentido de que existen organismos XX, la mujer u organismos XY, el hombre u organismos XXY, Cline..... lo que estoy intentando decir es que, desde el punto de vista biológico, el concepto de género creo que ya ha sido superado y a esto es, en cierta manera, a lo que se debería tender aunque obviamente, culturalmente, socialmente, el rol está ahí y es así.

Me encanta que lo tengas claro porque es un concepto complicado; no es fácil, porque implica una transformación personal, y te tiene que venir de las tripas. En cualquier caso, lo dice la teoría feminista, es: si yo percibo que la situación en la sociedad no es equilibrada, no es igual entre hombres y mujeres ¿por qué es esto? Si te vas al origen y ves, que no es debido a que existen una serie de diferencias que son biológicas, sino que esas diferencias biológicas han generado desigualdades sociales, es por eso que es importante partir de lo biológico, porque claro, ahora parece que esto está superado, yo creo que no porque, en general, todavía la gente no aplica el concepto de género en el análisis que haga de cualquier situación en la que estén involucrados hombres y mujeres, de tal manera que, al no tenerlo claro, es importante seguir poniendo de manifiesto que si haces el análisis social, tienes que tener muy claro que no es lo mismo la situación de las mujeres que la de los hombres, y el concepto que mejor ha explicado eso ha sido el concepto de género como herramienta analítica. Hay una cuestión que sí que me parece importante en relación al concepto de género; no tiene mucho que ver con lo que tú dices, pero quiero señalarlo. El concepto de género, o sea un proyecto que parte de una perspectiva de género, no tiene por qué estar necesariamente dirigido a mujeres, ojo, puede estar dirigido a hombres, porque puede ser, por ejemplo, un proyecto que trabaje la identidad masculina. Ahora bien, a mí lo que me preocupa es tener que repartir el presupuesto de los proyectos de mujeres con los proyectos específicos para hombres.

INTERVENCIÓN:

Yo quería ampliar más el concepto, en el sentido de que también hay otros colectivos que no son hombres ni mujeres, o sea están los transexuales, están los travestis, etc...

INTERVENCIÓN:

Vamos a ver, lo sexual es inmodificable. Las características sexuales están genéticamente determinadas (y la capacidad de parir de las mujeres es un buen ejemplo de ello puesto que, hasta el día de hoy, a pesar de la reproducción asistida solo podemos parir las mujeres). La perspectiva de género introduce un concepto completamente distinto de lo adquirido dentro de un estereotipo de hombre y mujer que se construye: nacemos hombres y mujeres pero nos volvemos hombres y mujeres con una serie de condicionantes en cada sociedad, en cada momento de una sociedad y en el sitio donde nos colocamos en esa sociedad. No es una variable única que valga para todo. Lo interesante es que nos permite entender que esto es modificable. Yo no puedo dejar de parir, o no puedo dejar de embarazarme si no tengo precauciones, pero sí puedo modificar mi postura de sometimiento, mi postura, mi rol estereotipado, dedicarme a mi casa, mis niños, el cuidado de mis cosas, mi estética etc.... que es lo habitual en la sociedad en la que estamos hablando ahora. Esto es lo interesante; permite cambios de hombres y mujeres de la sociedad y de los sitios que ocupamos y en ningún caso estamos hablando de la historia de las mujeres, estamos hablando de la historia de los pueblos e intentamos luchar por situaciones más justas y equitativas, independientemente del ejercicio sexual que hagamos en cualquier caso, y de los roles estereotipados que por supuesto excluyen las opciones sexuales no mayoritarias. Esta perspectiva, posibilita un tipo de intervención realmente distinta a cualquier nivel y que podemos utilizarla para cualquier actividad cotidiana, y no me refiero sólo a la cooperación al desarrollo.

INTERVENCIÓN:

A mí me parece que hay una especie de confusión de un estereotipo que siempre ha ido muy solapado: el sexo, que se ha identificado a las personas y son dos cosas completamente distintas. Si consideramos al individuo bio-psico-social, biológicamente tiene una diferencia anatómica en sexos a través de la cual se han hecho una división de funciones y se ha hecho una división de roles sociales. A nivel de lo psico, ahí es donde entra la identidad, con lo social y lo cultural como elemento conformador de dicha identidad.

Yo retomo lo de los transexuales porque son los que a los psicólogos les han ayudado a entender que el cuerpo y la identidad son cosas muy distintas. Como son conceptos muy solapados, y además como yo creo que están confundidos, y desde una sociedad en la que tampoco tenemos muy claro si interesa o no distinguir esto, se señalaba antes lo biológico, y durante mucho tiempo lo biológico, lo hemos nombrado masculino/femenino, cuando en realidad es macho y hembra porque lo femenino y lo masculino tiene muchísimo más que ver con qué se identifica un ser humano. Ese tipo de distinciones que en el lenguaje también vamos produciendo es donde todos quizás tenemos que hacer el aprendizaje personal de poder distinguir qué es una diferencia anatómica de sexos y qué consecuencias tiene, y qué es una identidad femenina /masculina y qué consecuencias tiene o cómo nos relacionamos desde una identidad o desde otra.

JOSÉ ANTONIO SANAHUJA:

En relación a lo que antes se señalaba sobre la diferencia que existe entre discursos y las practicas, quiero añadir que no sólo con el empoderamiento, o el desarrollo sostenible, o el desarrollo humano sino que también debería ser motivo de preocupación que la propia noción de género se está convirtiendo, a menudo, más en un discurso legitimador que en una práctica asumida y en un plano que nos interesa a todas y a todos que es el plano operacional. El ejercicio de identificar programas y proyectos de desarrollo, planificar, formular, ejecutar, etc... nos hace ver que seguimos muy acostumbrados a trabajar como unidades de intervención con grandes agregados.

Este proyecto es para los pobres, para la comunidad, para las familias o hablamos de los beneficiarios, los destinatarios, el pueblo y si nos escoramos más a la izquierda trabajamos con las masas. Grandes agregados que a menudo sirven para enmascarar la diversidad social que existe, no solamente por género sino también por otros muchos factores, que pueden ser: lo socio-económico,

la edad, el grupo étnico y religioso, la casta en sociedades en las que se estructuran. Es importante la utilización de herramientas de desagregación y estos enfoques de los que se nos hablaba han hecho algunas aportaciones. No basta solamente con las herramientas, por supuesto, es necesario tener visiones y conceptos más amplios.

Yo recuerdo una experiencia, que compartió Irene, que también está en esta sala, una experiencia de evaluación ex ante de un gran número de proyectos que las ONG presentaban a un programa de cofinanciación de una Comunidad Autónoma, entonces la mayor parte de los proyectos trabajaban con grandes agregados y, por supuesto todos rellenaban la casilla del formulario donde se decía: enfoque de género, y la mayor parte decían: " bueno como este proyecto es para la comunidad y en ella hay mujeres, pues tiene enfoque de género". Literalmente: no estoy exagerando. Recuerdo el caso que mencionaba una autora de un proyecto de la agencia internacional para el desarrollo de EE.UU. en el que justificaban que la construcción de una carretera, para facilitar el acceso a los mercados rurales, tenía enfoque de género porque las mujeres también andan por las carreteras. Este tipo de cosas son muy habituales. Ahora bien, probablemente, esas organizaciones que están haciendo ese tipo de proyectos, por supuesto te dirán que no, que tienen claros los conceptos, que tienen claro el enfoque, lo llevan a la práctica en toda la fase de ciclo de proyecto.

PILAR DEL BARRIO:

Yo nada más, que me parece muy interesante que hagáis cosas como estas, por que son muy importantes, creo que el concepto de género es fundamental, clave en todo lo que tiene que ver con la cooperación al desarrollo, que parece que todo el mundo puede hablar de él, como se puede hablar de política y de fútbol, pero que no es así, que es un concepto complejo, que todavía está en cambio y en transformación, que se está intentando diseñar nuevas herramientas que sirvan para analizar los proyectos y que requiere de espacios como este para reflexionar sobre ello.

Situación actual de la perspectiva de género en la cooperación internacional para el desarrollo

IRENE LÓPEZ MÉNDEZ, Investigadora del IUDC-UCM

En el momento actual nos encontramos con una trayectoria importante de elaboración teórica-conceptual de las relaciones entre Género y Desarrollo. Las aportaciones del movimiento feminista y las categorías de su pensamiento, tanto en el Norte como en el Sur, junto con la línea de pensamiento sobre el desarrollo que ha dado lugar a la elaboración del concepto de desarrollo humano sostenible, han hecho posible la adopción de la perspectiva de género en el discurso político de la cooperación internacional. Así se refleja en los principales documentos de la cooperación internacional desde la Conferencia de Pekín de 1995. De especial importancia para la cooperación española son tanto las Directrices del CAD para la igualdad entre las mujeres y los hombres y el empoderamiento de la mujer de 1998, como el reciente Reglamento de la Unión Europea sobre la incorporación de las cuestiones de género en la cooperación para el desarrollo, adoptado en diciembre de 1998. La propia Ley de Cooperación Española también de ese año consagra la equidad de género como uno de sus principios y el Código de Conducta de nuestras ONGD la han asumido como objetivo prioritario en sus concepciones acerca del desarrollo. Sin embargo, este marco político discursivo, sumamente propicio al trabajo de género en el desarrollo y a la integración del objetivo de igualdad entre los géneros en la práctica de la cooperación, apenas tiene una traducción coherente en lo que se hace. Y ese sería el principal reto a enfrentar en la situación actual de la perspectiva de género en la cooperación española para el desarrollo. Una buena forma de comenzar sería la de preguntarse y reflexionar acerca del porqué de este estado de cosas. Del porqué de la disyunción entre los principios de política y la práctica o no práctica de la cooperación en relación con las cuestiones de género en el desarrollo.

1. La perspectiva de género feminista y el desarrollo humano sostenible

Marcela Lagarde se refiere a la perspectiva de género como esa visión crítica, analítica y política explicativa de lo que ocurre en el orden de géneros, desarrollada en la academia, en los movimientos y organizaciones feministas, y ahora en los ámbitos de las políticas públicas.

La perspectiva de género permite analizar y comprender las características que definen a las mujeres y a los hombres de manera específica, así como sus semejanzas y diferencias. Ello importa en la medida en que asegura la toma en consideración, la visibilización de las mujeres frente a una tendencia a considerar la visión androcéntrica del desarrollo como neutra en términos de género. Por ejemplo, el análisis de género trata de asegurar la incorporación, pretende la visibilización de las mujeres como potenciales beneficiarias de una comunidad, su condición, sus problemas particulares y la posición en la que se encuentran en la comunidad donde va a desarrollarse el proyecto. Trata de evitar que por la utilización del paradigma aparentemente neutro de "beneficiarios" queden excluidas las mujeres de la génesis y ejecución del proyecto de cooperación y, en consecuencia, de sus beneficios. Y es que la perspectiva de género cuestiona cualquier suposición de neutralidad genérica en los procesos políticos, económicos, sociales.

Ello surge de la constatación histórica, según la cual, el modelo de desarrollo predominante se asienta en el patriarcado y éste es comprendido como un obstáculo al desarrollo, en la medida en que legitima y contribuye a perpetuar las desigualdades entre los hombres y las mujeres.

Respecto del patriarcado, el análisis de género no puede ser estático. No sólo constituye una herramienta de diagnóstico. Trae consigo un componente político y transformador, porque pretende

introducir cambios sociales hacia la consecución de una mayor equidad entre los géneros, planteándose cuestiones como las siguientes²:

¿En qué medida la organización patriarcal del mundo y sus correlativas condiciones femenina y masculina facilitan e impiden a las mujeres y a los hombres la satisfacción de sus necesidades vitales y la realización de sus aspiraciones y del sentido de la vida?

¿Cuál es la distancia entre los hombres y las mujeres en cuanto a su desarrollo personal y social?

¿Cuál es la relación entre el desarrollo y el avance de los hombres respecto de las mujeres y de las mujeres respecto de los hombres?

¿Es posible que las relaciones entre los géneros marcadas por el dominio y la opresión, y las formas de ser mujer y ser hombre en las condiciones patriarcales favorezcan el desarrollo social, la realización de los derechos humanos y el mejoramiento de la calidad de vida?

Así, el análisis de género es detractor del orden patriarcal, pero además permite analizar a las mujeres y a los hombres no como seres dados, eternos e inmutables, sino como sujetos históricos, contruidos socialmente, productos del tipo de organización social de género prevaleciente en su sociedad.

Explica Lagarde cómo otras visiones dominantes en nuestra cultura consideran que las diferencias entre mujeres y hombres son naturales y que lo que ocurre a las mujeres como mujeres y en las relaciones entre mujeres y hombres, no tiene relevancia suficiente para tener un impacto sobre el desarrollo.

Los avances de las propuestas de género en el pensamiento del desarrollo no hubieran sido posibles, por otro lado, si no se hubiera avanzado asimismo en la propuesta de un desarrollo humano sostenible, alternativo al modelo neoliberal predominante. Así, las propuestas de género encuentran un espacio para integrarse en una cierta concepción sobre el desarrollo que es alternativa, centrada en las personas, integrador de las excluidas y de los excluidos, respetuoso de la dignidad de todas y todos, fundamentalmente tolerante de las diferencias y enriquecido por la diversidad y el reconocimiento de la equivalencia de los que participan en el desarrollo.

Este es el marco teórico-conceptual vigente sobre el que se asientan las propuestas de género en el desarrollo y que han tenido su traducción en los principales documentos de política de los organismos pensantes de la cooperación internacional. A continuación comentamos algunos de esos documentos por ser de carácter vinculante para la cooperación española.

2. Directrices actuales de política sobre igualdad de género en el desarrollo.

Son particularmente importantes para España:

- Las Directrices del CAD de 1998 para la igualdad entre mujeres y hombres y el empoderamiento de la mujer en la cooperación para el desarrollo.
- El Reglamento (CE) N° 2836/98 del Consejo de 22 de diciembre de 1998 sobre la integración de las cuestiones de género en la cooperación para el desarrollo.

En ambos documentos se recoge el objetivo de igualdad entre los géneros como condición *sine qua non* del desarrollo humano sostenible, en toda su virtualidad, convergiendo con los contenidos de la Plataforma para la Acción de Pekín y las estrategias de los principales organismos de cooperación internacional.

².LAGARDE, Marcela. *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*. Cuadernos inacabados nº 25. Ed. horas y HORAS, Madrid, 1996

Se está produciendo un proceso de mayor articulación y coordinación de las estrategias internacionales de igualdad de género que también se ha reflejado explícitamente en el Reglamento de la UE. Este último, en su artículo 2 c) establece como uno de sus principales objetivos conseguir que en el 2003 hayan aumentado de forma considerable el número de actuaciones comunitarias que satisfagan los criterios del CAD sobre cuestiones de género.

Además, los contenidos del Reglamento remiten a los conceptos básicos de la perspectiva de género en el desarrollo, realizando la siguiente definición de género en su art. 3:

A efectos del presente Reglamento se entenderá por "cuestiones de género" las funciones, responsabilidades y oportunidades, diferentes pero interrelacionadas, de hombres y mujeres en el ámbito del desarrollo, que son específicas de cada cultura y de cada sociedad, y que pueden cambiar con el tiempo, entre otras cosas como resultado de intervenciones políticas.

Las Directrices del CAD sustituyen las adoptadas en 1989 sobre la participación de las mujeres en el desarrollo, dando paso a la igualdad entre los hombres y las mujeres como objetivo estratégico de desarrollo, lo que implica el desplazamiento de la atención sobre las mujeres consideradas aisladamente, a un enfoque más integrado donde la igualdad de género se comprende como problema social global que hombres y mujeres han de enfrentar concertadamente.

El amplio espacio otorgado en las directrices a la adopción de un enfoque de género integrado responde al objetivo de influir en la elaboración de las políticas, los métodos de planificación y evaluación, las estructuras institucionales y los procedimientos de toma de decisión. Por ello, y como puede comprobarse a lo largo de los capítulos, el enfoque integrado se concreta más allá de la retórica general, tanto en las modalidades de cooperación fuera de proyecto, como en la organización y procedimientos internos de los donantes, en todos los mecanismos de supervisión del CAD y respecto de los diferentes objetivos y dimensiones clave del desarrollo.

Además de la igualdad de género y el enfoque integrado, algunas de las ideas clave que articulan las directrices son:

- La relación existente entre la eficacia y la equidad de la ayuda y la igualdad entre hombres y mujeres en el desarrollo.
- La comprensión de la igualdad como parte integrante de los derechos humanos y de los objetivos de justicia social, sin presuponer un modelo particular de igualdad para todas las sociedades y culturas.
- El empoderamiento de las mujeres como una estrategia prioritaria para la igualdad
- El análisis de género como instrumento necesario en la elaboración y aplicación de las políticas y proyectos de cooperación.

Estas elaboraciones de política son en sus planteamientos y objetivos, deudoras de toda la elaboración teórico-conceptual que desde el feminismo y los movimientos de mujeres se había realizado previamente (concepto de género, equidad e igualdad de género y empoderamiento como aspectos centrales) y cobran, por tanto, su cabal sentido en ese marco.

3. El discurso político de la Cooperación Española y la praxis respecto de las cuestiones de género

De acuerdo con el discurso político internacional, la Ley de Cooperación Internacional 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 (...)*. Aunque de una lectura sistemática de la ley puedan surgir algunas ambigüedades en torno al carácter

global e integrado de este principio³. Es, además, previsible que este principio tenga su reflejo en los instrumentos de planificación de la Cooperación Española, 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 uno de sus principios de actuación. Baste la referencia al Código de Conducta, aprobado por la Asamblea General de la Coordinadora Estatal de ONGD, donde al describir la filosofía del desarrollo que debe guiar su actuación, se establece que:

Otorgan una gran importancia a la igualdad de género. El concepto de género designa lo que en cada sociedad se atribuye a cada uno de los sexos, es decir, se refiere a la construcción social del hecho de ser mujer u hombre, a la interrelación entre ambos y las diferentes relaciones de poder/subordinación en que estas relaciones se presentan. El sistema y las relaciones de género afectan a todas las relaciones sociales, definiendo los diferentes roles, comportamientos, actitudes y valores que son internalizados por mujeres y hombres en sus procesos de socialización. El actual sistema de género coloca a las mujeres en posición de inferioridad y subordinación, haciendo de las relaciones de género una dimensión de desigualdad social.

Por lo tanto, 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 pesar de estas declaraciones, la situación actual de la cooperación española respecto de las cuestiones de género muestra una gran distancia entre la adopción de un discurso claramente integrador (¿será aparente?) en la línea de las orientaciones de los organismos internacionales y la praxis. ¿A qué se debe esta distancia?. Creemos que a la dislocación del discurso adoptado del marco teórico-conceptual de referencia que le da sentido. Tratamos de explicar esto a continuación.

En la medida en que los agentes de la cooperación española, oficial y no gubernamental, no conocen, no comparten o no comprenden o incluso rechazan y mantienen un fuerte contradiscurso respecto de un pensamiento que se estigmatiza por "feminista", el discurso político que asuman resultará desvirtuado: la declaración de igualdad de género como objetivo de desarrollo se interpretará, por ser una imposición y no el producto de un proceso de reflexión dentro del propio marco teórico-conceptual que le da sentido, de forma disminuida como la atención obligada a las "cuestiones de la mujer", dejando de lado las propuestas de cambio hacia una mayor igualdad entre los géneros en el desarrollo.

Los problemas pueden manifestarse de distintas maneras:

- Resistencias

Las resistencias se producen en la medida en que las propuestas de género tocan dimensiones muy internalizadas de las personas y llaman a desmontar formas muy instaladas en la subjetividad de ver el mundo, las relaciones, las instituciones, la cultura, el desarrollo.

También se producen porque traen consigo un cuestionamiento de las relaciones de poder, sobre todo en aquellas personas e instituciones que lo detentan. Muchas veces se interpretan como

³. Así, el artículo 7 puede desvirtuar y sectorializar el objetivo de igualdad entre los géneros al establecer como prioridad sectorial: "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)".

acto de subversión, como si la única alternativa posible a la existente fuera el dominio de las mujeres sobre los hombres, cuando las propuestas de género están comprometidas con unas relaciones de género igualitarias, rechazando precisamente cualquier esquema de dominación o sometimiento entre las personas.

Las resistencias se manifiestan también en forma de contradiscurso. Uno de los más recurrentes es que la perspectiva de género es un producto del feminismo occidental que se trata de imponer a las mujeres del Tercer Mundo. O que supone una intromisión inadmisible en la cultura de otro país. No se comprende que la cooperación para el desarrollo implica casi siempre cambios, se trate de modificar las estructuras económicas, las prácticas culturales, el acceso a los medios de comunicación o las prácticas en materia de derechos humanos. Todos estos cambios tienen un impacto cultural. Tampoco se conoce o se considera que en el curso de los diez últimos años, hemos asistido a una eclosión del número de organizaciones de mujeres que defienden la causa de la igualdad. Estas mujeres expresan claramente su voluntad de cambio y ya no se puede pretender que la igualdad sólo se reivindique en los países del hemisferio Norte. Desafortunadamente, no siempre consiguen hacer oír su voz ante los representantes de los organismos de cooperación para el desarrollo que no buscan encontrarlas, ni ante los principales medios de comunicación o los representantes oficiales y los políticos de su país.

Las estrategias de cooperación para el desarrollo en materia de igualdad entre los géneros tienen como principio fundamental el de ampliar los procesos de decisión, de manera que las mujeres, como los hombres, puedan contribuir a definir lo que es importante desde su perspectiva y las necesidades que han de satisfacerse con prioridad. Demasiado a menudo el "argumento cultural" es avanzado por hombres (de los países del Norte como de los países del Sur) que se oponen a la realización de este objetivo esencial.

También se considera que la problemática o la determinación de clase de los sujetos y de las sociedades es prioritaria frente a la de género, que como es asociada a las mujeres, es colocada como subordinada a otras problemáticas. En el extremo, se la considera una problemática irrelevante para las discusiones académicas o para la acción política.

Explica Marcela Lagarde que mirar el mundo como si fuera irrelevante ser mujer o ser hombre, o como si las problemáticas sociales, culturales o políticas no tuvieran que ver con la organización social genérica no sólo significa empobrecerse ante el desarrollo actual del conocimiento, además los resultados son lamentables por una definición político-ideológica, se generan análisis mutilados y se falsea la realidad. Desde luego, aun sin conciencia, se diseñan políticas patriarcales. Significa desde luego no ver ni oír a las mujeres, sus movimientos, sus creaciones y sus propuestas. Significa de hecho oponerse a ellas y ser cómplice patriarcal del poder.

- Desconocimiento e incompresión.

Desde estas carencias, se identifica enfoque de género con mujer, por el uso unilateral del enfoque de género como instrumento de análisis exclusivo de las mujeres.

Marcela Lagarde plantea que dado que el enfoque de género avanza y se difunde por canales antes cerrados y a través de instituciones nacionales e internacionales de diverso tipo, no todas las personas que la aprenden y la aplican están de acuerdo, ni siquiera están compenetrados con ella. Por el contrario, la perspectiva de género es percibida como una técnica más, el género reducido a las mujeres es conceptualizado como la variable género o el componente género. Con esta percepción y por obligación institucional mujeres y hombres conocen la perspectiva de manera superficial y disminuida. De esta manera, las personas encargadas de implementar esta perspectiva creen que es posible sumarla a su concepción del mundo patriarcal y que no debe modificar sus creencias, sus valores y sus principios. Esta aplicación del "enfoque aséptico de género", aun cuando logra visibilizar a las mujeres y descorrer algún velo de su opresión, no indaga las profundas y

complejas causas ni los procesos históricos que las originan y reproducen, ni propone modificar de fondo el orden genérico. Son tendencias mediatizadoras que buscan aminorar manifestaciones de la pobreza, la discriminación y la violencia, y ampliar un poco la participación de las mujeres. Casi siempre sin tocar las fuentes de dominio y sin plantear ni promover cambios genéricos en los hombres, en las familias, en las comunidades ni en las instituciones.

En definitiva, el conocimiento parcializado o el rechazo y la falta de autocrítica del personal y las instituciones de la cooperación respecto de la perspectiva de género llevan a una interpretación del discurso político y los mandatos internacionales fuera de su marco teórico-conceptual. Ello impide su traducción en la práctica o genera una trasposición inadecuada, lo que se expresa, entre otras, en las siguientes carencias:

Desde el punto de vista organizativo y de medios

- falta de actitudes y aptitudes necesarias para el trabajo de género en el desarrollo
- falta de una dirección decidida en la organización que impulse y legitime el proceso para incorporar y llevar a cabo un trabajo coherente y sostenido de género en el desarrollo
- falta de una unidad especializada que pueda asumir las tareas de asesoría y coordinación transversal con las distintas áreas de actividad de la organización (asesoría)
- falta de una metodología de trabajo adecuada que evite la utilización del enfoque de género como una técnica o herramienta para realizar el trabajo: un requisito que hay que cumplir en la realización de programas o proyectos de desarrollo
- falta de integración de la perspectiva de género en el trabajo de la organización de manera global. Por ejemplo, el Código de Conducta de la Coordinadora deja muy claras las diversas áreas de actividad en las que pueden trabajar las ONG: no sólo proyectos de desarrollo, sino ayuda humanitaria y de emergencia (cada vez más importante), sensibilización y educación para el desarrollo, investigación y reflexión, incidencia política y comercio justo. Todos estos campos de trabajo son susceptibles de incorporar la dimensión de género
- recursos: siguen siendo marginales tanto en la cooperación oficial como en la no gubernamental. Y no sólo los recursos financieros que se destinan, sino los humanos, el tiempo, el espacio, etc.

Desde el punto de vista de las acciones llevadas a cabo

Si la prioridad, en coherencia con el enfoque de género, debería ser un cambio de las relaciones de género, individuales y sociales, que llevara a una mayor equidad; en la práctica resulta la proliferación de proyectos para, de, con mujeres, sin perspectiva de género.

Como explica Marcela Lagarde, las múltiples distorsiones de la perspectiva de género provienen de su uso exclusivo para analizar a las mujeres y desarrollar programas y proyectos con ellas, aun cuando el enfoque de género permite analizar, comprender y develar a los hombres. El contenido relacional del enfoque se omite de esta manera, así como su definición histórica y los contenidos de género de la sociedad, el Estado y la cultura. Si no se parte del contenido filosófico-analítico feminista y si por género se entiende mujer, se neutralizan el análisis y la comprensión de los procesos, así como la crítica, la denuncia y las propuestas de cambio.

4. Conclusiones

La situación actual de la cooperación española respecto de la incorporación de la perspectiva de género manifiesta una importante disfunción entre la adopción de un discurso político que reconoce la igualdad de género como objetivo del desarrollo humano sostenible y su praxis.

Esta disfunción se debe a que el marco teórico-conceptual que da sentido y ha dado lugar a la adopción de directrices de política de género en el desarrollo, no ha sido trasladado igualmente a nuestra cooperación. No ha existido el debate, el proceso y la reflexión necesaria de los agentes de la

cooperación española. Por ello la consagración de la equidad de género en la Ley de Cooperación o en el Código de Actuación de las ONGD se interpreta de forma desvirtuada, vaciando de su potencial de cambio y transformación al enfoque de género. Esta interpretación ve las directrices de género como un mandato impuesto que nos obliga a prestar atención a "cuestiones de mujeres", identificando, de una forma corta y disminuida género con mujer, omitiendo la realidad de las desigualdades, sus causas y su expresión en las relaciones intergenéricas.

No puede, por tanto, ser de otro modo la praxis de nuestra cooperación que un intento de realizar proyectos de/con/para mujeres, con un enfoque aséptico de género y sin autocrítica organizacional. Todavía no hemos comprendido qué sentido tiene el enfoque de género en el desarrollo. Tampoco hemos decido incorporarlo en nuestras organizaciones e instituciones si entendemos por ello un proceso mediante el cual se hace posible en la práctica el trabajo de género en el desarrollo: organización, especialización, integración, recursos, procedimientos y metodologías adecuadas.

Salud reproductiva y perspectiva de género

MARÍA JOSÉ MONTERO COROMINAS, Directora del Programa “Desarrollo sostenible y salud reproductiva”. Federación de Planificación Familiar de España

¿Dónde estamos? Aunque resulte sorprendente en la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993 se tuvo que afirmar que “los derechos humanos de las mujeres y de las niñas son parte inalienable, integral e indivisible de los derechos humanos universales”.

El reconocimiento de las mujeres como sujetos de pleno derecho no es algo que esté implícito, ni es algo que graciosamente se les otorga en ningún modelo de sociedad. Las mujeres siempre son consideradas sujetos dependientes.

En el ámbito de la salud, gracias al trabajo y a las aportaciones de muchas mujeres, individualmente u organizadas en grupos en todo el mundo, se va desbrozando el terreno y se van definiendo cada vez con mayor claridad los conceptos y las consecuencias que la situación de subordinación tiene para la vida y la salud de las mujeres.

También hay que reconocer el papel que han jugado las Conferencias Internacionales de la última década, que constituyen una referencia obligada para la definición de políticas y programas.

Uno de los mayores obstáculos para la autonomía de las mujeres, que es determinante, y que tiene unas consecuencias incalculables, es la vinculación secular de la sexualidad con la maternidad. En este sentido la anticoncepción ha jugado un papel decisivo.

Fueron mujeres las pioneras en crear programas de planificación familiar a principios de este siglo tanto en Europa como en los Estados Unidos para proteger la salud de las mujeres y de los niños y niñas.

Si consideramos a las mujeres sujetos de pleno derecho, resulta imposible referirnos a su salud sin relacionarla inmediatamente con el ejercicio de sus derechos.

Las mujeres son sujetos de promoción de la salud en sí mismas y no son un medio para asegurar la salud y el bienestar de sus familiares, ni son un instrumento para reducir la fertilidad. El rol subordinado mueve a las mujeres a priorizar la atención a las personas de su entorno y a relegar sus propias necesidades y cuidados, lo que aumenta sus riesgos de salud.

En este sentido la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 supuso un gran avance, ya que se reconoció por primera vez en un documento internacional, que el empoderamiento de las mujeres es básico para el desarrollo de la sociedad, y que para ello es fundamental “invertir” en educación salud para las mujeres y las niñas. Así, a partir de la definición que se adoptó en El Cairo de la salud reproductiva, y el reconocimiento de los derechos de los individuos y las parejas, se abren las posibilidades para avanzar en el camino de los derechos.

Al año siguiente en la Conferencia sobre las Mujeres celebrada en Beijing, se consolidan los acuerdos de El Cairo y se definen más claramente los derechos sexuales y reproductivos.

Pero la gran novedad de la Conferencia de El Cairo es que por primera vez, la comunidad internacional acepta una estimación del costo de la aplicación del Programa de Acción: 17 billones de dólares para el año 2000, y 22 billones para el 2015. Además se llega a un acuerdo sobre las responsabilidades financieras: dos tercios del costo corresponderían a los países en desarrollo y un

tercio a los países donantes. Según datos de 1998 los países en desarrollo han cumplido sus compromisos en un 75% mientras que los países desarrollados no han llegado al 30% de lo comprometido. Solamente Dinamarca, Suecia, Noruega y Países Bajos han alcanzado los porcentajes estipulados. España no llega al 5% de lo que le correspondería.

Conceptos

La salud sexual: se refiere tanto al desarrollo de la sexualidad de la persona como a las relaciones sexuales, que han de ser responsables y en condiciones de igualdad, y deben ser placenteras y estar libres de enfermedades y de violencia, no tienen que producir discapacidades ni prácticas dañinas de ningún tipo.

“Su objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual” (ICPD).

La salud reproductiva: “es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedad o dolencia, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.” (ICPD).

La salud reproductiva incluye/hace referencia a/ implica como mínimos:

- ? servicios de información, asesoramiento y planificación familiar
- ? atención pre, post y durante el parto
- ? cuidados de salud para los y las recién nacidas
- ? tratamiento para las infecciones y enfermedades de transmisión sexual
- ? servicios de aborto seguro, y tratamiento de sus posibles complicaciones
- ? prevención y tratamiento apropiado de la infertilidad
- ? información, educación y asesoramiento sobre sexualidad, salud reproductiva y maternidad y paternidad responsable, eliminando prácticas violentas como la mutilación genital femenina.

Los derechos sexuales: implican

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

Esta definición que se consensó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo en 1994 supone un avance importante por cuanto: se tiene en cuenta la totalidad de la reproducción dentro de la sexualidad humana, se refiere tanto a mujeres como a hombres, reconoce los problemas que enfrentan los y las jóvenes, tiene en cuenta las causas de la falta de una buena salud reproductiva (falta de educación, información y servicios), y relaciona estrechamente la salud sexual y reproductiva con los derechos humanos de todos y todas (personas refugiadas, jóvenes) y con el desarrollo socioeconómico.

Los derechos reproductivos: se refieren a los derechos de las parejas e individuos a:

- ? Decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos e hijas, y a tener la información, educación y medios para ello.
- ? Conseguir los más elevados estándares de salud sexual y reproductiva
- ? Tomar decisiones sobre la reproducción libre de discriminación, coerción y violencia.

En relación a todos estos conceptos la Plataforma para la Acción adoptada en Beijing matiza que “los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia y se reconoce que “la capacidad de las mujeres para controlar su fecundidad, constituye una base fundamental para el disfrute de otros derechos”

Elementos, indicadores y situación actual en los países en desarrollo

Si abordamos la salud desde un enfoque integral, que incluye como elemento fundamental la salud sexual y la reproductiva, nos enfrentamos inmediatamente a toda una serie de realidades, de factores y elementos que la condicionan y la determinan, pero que además son interdependientes y no se pueden tratar aisladamente.

La salud para las mujeres tiene que ver con su rol social (matrimonios forzados, edad del matrimonio), el ejercicio de sus derechos, el acceso a los alimentos, a la educación, al trabajo, al crédito; sus posibilidades de acceso a todo tipo de información y a servicios de calidad, en definitiva estamos hablando de las formas de vida de cada una de las mujeres, de su autonomía y de su capacidad de decisión.

La situación de las mujeres respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos difiere mucho de una región a otra, y dentro de cada región de un país a otro, pero sobre todo difiere de la experiencia de cada mujer. A pesar de ello se encuentran características y elementos que hacen posible un referente común.

Así existe un gran desequilibrio entre países acrecentado por las medidas de ajuste estructural que afectan directamente a los sistemas de salud existentes y especialmente a las mujeres.

Una mención especial es necesaria a la situación en los países llamados de economías en transición, donde las condiciones de salud de las mujeres reúnen unas características especiales: falta de servicios, elevado número de abortos, falta de acceso a métodos anticonceptivos...

El actual patrón reproductivo en los países en desarrollo está determinado por las condiciones socioeconómicas y por la juventud de su población.

Conviene destacar que hoy en día el alto número de hijas e hijos no está ligado a una mejora en las condiciones de vida como antaño.

Vamos a abordar los elementos que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva de las mujeres, que reflejan especialmente su situación en los países en desarrollo:

1.- El acceso de las mujeres a los alimentos, a la educación, al trabajo asalariado

Las mujeres constituyen el 70% de los 1.300 millones de personas que viven en situación de pobreza.

Una cuarta parte de los hogares del mundo están encabezados por mujeres, en el Caribe la cifra aumenta hasta el 35%, y muchos otros dependen de los ingresos de éstas aun cuando los hombres estén en el hogar. Está demostrado que los hogares dirigidos por mujeres se destinan más recursos a la salud, la educación y la alimentación.

Por ejemplo aunque en Africa las mujeres representan el 80% de quienes producen alimentos, no tienen derechos sobre la tierra que cultivan ni acceso al crédito.

Educación: fundamental para la autonomía. Grandes diferencias por regiones Tasa de matrícula : en Asia meridional y Africa Subsahariana solo 43%.

Según datos de 1998 hay 73 millones de niñas sin escolarizar y 600 millones de mujeres analfabetas. Aunque es complejo existe una relación entre el nivel educativo de las mujeres y el número de hijas e hijos.

2.- Cuestiones relacionadas con la maternidad: mortalidad y morbilidad materna

En los PVD sólo el 52% de los nacimientos se producen con asistencia de personal capacitado, en algunos países de Africa la cifra es del 2%.

Pobreza y desigualdad hacen que en el Africa subsahariana más del 50% de las mujeres embarazadas sufran anemia.

En los PVD la carencia de hierro en las mujeres entre 15 y 44 años es la tercera causa de enfermedad.

Cada día mueren 1.600 mujeres por complicaciones del parto o del embarazo. Y por cada mujer que muere hay 13 que tienen enfermedades por la misma causa.

La tasa de mortalidad materna en los PVD es de 479 por cada 100.000 nacidos vivos. En los PD es de 27. A pesar de todas las iniciativas a nivel mundial se ha reducido muy discretamente y no en todos los países.

Entre las mujeres de 15 y 19 años las complicaciones relacionadas con el embarazo constituyen la principal causa de muerte debido a la sucesión de embarazos tempranos y continuos y los consiguientes riesgos: pre-eclampsia, parto obstruido, fistula obstétrica.

30.000 mujeres latinoamericanas y caribeñas mueren de cáncer cervical al año.

3.- Enfermedades de transmisión sexual (ETS)

Se estima que cada año hay en el mundo 333 millones de nuevos casos de enfermedades de transmisión sexual y que las mujeres padecen estas enfermedades en cantidad 5 veces superior a los hombres.

El 50% de estos nuevos casos se dan en personas de 15 a 24 años.

Repercusiones adicionales para las mujeres: riesgo de septicemia en los embarazos, abortos espontáneos, partos prematuros, embarazos ectópicos, riesgo de infección con el VIH.

4.- VIH/SIDA

Según datos de diciembre 1998 facilitados por ONUSIDA, la situación es la siguiente:

Personas recién infectadas:
total 5,8 millones
mujeres 2,1 millones
menores de 15 años: 590.000

Personas que viven con el VIH/SIDA:
total: 33,4 millones
mujeres: 13,8 millones
menores de 15 años: 1,2 millones

Muertes causadas por SIDA en 1998:
total: 2,5 millones
mujeres: 900.000
menores de 15 años: 510.000

Total muertes desde comienzo epidemia:
total: 13,9 millones
mujeres: 4,7 millones
menores de 15 años: 3,2 millones

En los países del Africa subsahariana es especialmente alarmante, por ejemplo, en Botswana más del 25% de personas adultas están infectadas, luego los niños y niñas que nazcan a comienzos de la próxima década tendrán una esperanza de vida de 40 años. Sin SIDA sería de 70.

5.- Cuestiones relacionadas con el derecho a decidir

a) el embarazo deseado

Ocurren 188 millones de embarazos cada año. En Kenia por ejemplo el porcentaje de mujeres embarazadas entre 15 y 19 años que manifestaron que sus actuales embarazos no son deseados son el 47% entre las casadas y el 74% entre las solteras.

En el Africa subsahariana más de la mitad de las mujeres de 20 a 24 años, tuvieron un hijo antes de los 20, y muchas antes de los 18.

En Ghana se ha legislado prohibiendo el matrimonio a mujeres menores de 18 años.

b) la anticoncepción

Se estima que todavía en el mundo hay 350 millones de parejas que no tienen acceso a información y servicios de planificación familiar.

La tasa actual de uso de métodos anticonceptivos se está acercando a nivel mundial al 60%.

Las mujeres siguen siendo las mayores usuarias de métodos anticonceptivos. Sólo un 6% de los usuarios de métodos utiliza el condón. La esterilización masculina y femenina representa el 40% de los métodos utilizados: 30 millones de hombres frente a 141 millones de mujeres. En Peru han esterilizado forzosamente a 250.00 mujeres en los últimos 3 años.

Se estima que cada año entre 8 y 30 millones de embarazos se deben a fallos de anticonceptivos.

c) la interrupción voluntaria del embarazo

En 1995 hubo 139 millones de nacimientos y 52 millones de abortos inducidos. En América Latina un 28% de gestaciones concluyeron en aborto, lo que significa que anualmente se practican 4.500.000 abortos.

Se estima que al año se realizan 20 millones de abortos inseguros, en malas condiciones, el 95% en países en vías de desarrollo, por los que mueren al año 78.000 mujeres, lo que supone 213 mujeres cada día.

De esos 20 millones de abortos, 4 millones son chicas entre 14 y 19 años.

6.- Los servicios de salud: acceso y calidad

De los 1.400 millones de personas que viven en PVD, una quinta parte no tiene acceso a ningún servicio moderno de salud.

La accesibilidad a los servicios varía de un país a otro y por regiones dentro de un mismo país: problemas de distancia, especialmente para las mujeres. Ej: en Burkina Faso la media de distancia es de 20 km. También motivos culturales, problemas de idioma, de respeto a la medicina tradicional, de respeto a las mujeres por su situación: mujeres solteras activas sexualmente, trabajadoras del sexo, lesbianas. Pero también el carácter público o privado, derivado de las políticas de ajuste estructural. Por ej. En Colombia el Estado solo cubre al 20% de la población.

Análisis del movimiento internacional de salud de las mujeres: el acceso es un derecho básico, pero la atención requiere cumplir con unos indicadores de calidad: satisfacer las necesidades de las usuarias.

7.- Cuestiones relacionadas con el ejercicio de los derechos

a) la violencia contra las mujeres: violencia doméstica y violencia sexual

Constituye un problema de salud pública.
En algunos países más del 75% de las mujeres casadas han sufrido violencia en el hogar.

La violencia sexual implica prácticas sexuales forzadas, es decir sin el libre consentimiento de las mujeres. Ej. Un estudio realizado en Perú demostró que el 90% de las niñas-madres de entre 12 y 16 años habían sido violadas por un miembro de su familia. En un hospital de Costa Rica las embarazadas entre 15 y 19 años eran en su mayoría víctimas de incesto.

Estas situaciones se agudizan y generalizan en las zonas de guerra y en los campos de personas refugiadas.

Consecuencias más importantes para la salud de las mujeres:
embarazos no deseados
pérdida de autoestima
dificultades para establecer relaciones afectivas y sexuales
abortos espontáneos
ets, incluido VIH/SIDA
no utilización de servicios de salud.

b) el comercio sexual

Cada año se incorporan al comercio sexual 2 millones de niñas entre 5 y 15 años de edad.

Se estima que en Nepal 300.000 mujeres han sido vendidas para ejercer la prostitución en la India.

c) la mutilación genital femenina

Se estima que 130 millones de mujeres y niñas, la mayoría de ellas en 28 países de África han sido objeto de MGF. Destacan: Somalia, Etiopía, Sierra Leona, Sudán, Nigeria, Egipto y Mali donde el porcentaje de mujeres mutiladas es de más del 80%.

Pero hay un dato que me parece muy significativo destacar: en este momento se calcula que faltan 100 millones de mujeres en el mundo. Este es un tema que, si me permitís sugiero para trabajar en los grupos: ¿Cuáles son las causas que han provocado esta “desaparición” de mujeres?

La S. S y R y las personas refugiadas

Me refiero en sentido amplio a personas refugiadas, desplazadas, o internamente desplazadas.

El problema de las personas refugiadas tiene unas dimensiones sin precedentes. Se estima que son entre 42 y 100 millones. La mayoría mujeres y niños y niñas.

Las mujeres en los campos carecen de los mínimos elementos para la atención a su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. La ayuda humanitaria prioriza el envío de los llamados “artículos, bienes de primera necesidad”: ropas, tiendas, alimentos, medicamentos. Esto obedece a una planificación donde es evidente la falta de perspectiva de género, ya que en los campos la mayoría de las personas son mujeres y niñas que tienen unas necesidades específicas. Además de sus necesidades, se tienen que enfrentar a partos, a embarazos no deseados y otros riesgos como ETS, abortos en malas condiciones, violencia sexual y violaciones.

En la mayoría de los campos, la mayoría de las mujeres embarazadas son de riesgo de acuerdo con la definición de la OMS: adolescentes, mayores de 40 años, mujeres que ya tienen otros hijos e hijas, mujeres en malas condiciones físicas o emocionales.

Los hombres

A pesar de que las mujeres son las que sufren de una manera desigual las carencias y la exclusión de los recursos sociales, económicos y sobre todo de la toma de decisiones, las estrategias para lograr cambios durables y verdaderos deben tener en cuenta a los hombres, analizando y revisando las relaciones de poder existentes entre hombres y mujeres.

Este es otro tema para abordar en los trabajos de los grupos.

La cooperación

Abordar la cooperación al desarrollo desde una perspectiva de salud integral no discriminatoria hacia las mujeres es nuestro objetivo, para ello tenemos que tener en cuenta que la salud sexual y reproductiva forma parte ineludible de la realidad humana y que cualquier proyecto de cooperación al desarrollo o de ayuda de emergencia tiene que incluirlo como elemento incuestionable.

Pero además es imprescindible incorporar la perspectiva de género, es decir tener en cuenta a las mujeres y a los hombres, por tanto contemplar actuaciones diferenciadas y específicas que eviten cualquier tipo de discriminación.

DEBATE

INTERVENCIÓN:

No vamos hablar de hombre y mujer, sino de mujeres; y esto es, creo, fundamental, si hablamos de todo lo que implica la relación norte-sur.

En los países latinoamericanos, y un país como México, que tiene una gran diversidad cultural, no podemos hablar de los intereses estratégicos de la mujer mexicana, sino tenemos que hablar de las mujeres mexicanas; porque no es lo mismo las mujeres indígenas de Chiapas, que las mujeres del norte del país. Se dan diferencias en estos debates entre las mujeres del norte y de sur y yo creo que en las reuniones del Cairo y de Pekín, (ahora los seguimientos de Cairo más cinco) se ha visto cómo se privilegian las mujeres del norte; creo que no son los mismos intereses los de las mujeres españolas que los de las holandesas. Sobre todo en estos debates, en estos no sé si grandes foros, se ve muy claramente los distintos intereses estratégicos de la relación de las mujeres norte-sur y también las distintas relaciones de poder que hay entre las mujeres. Esto complejiza mucho más esta perspectiva de género y yo creo que esto sería exactamente lo mismo para los hombres. Y en este sentido de los discursos, que hablaba la primera ponente de los divorcios entre lo que serían los discursos políticos y las prácticas, considero que el caso de México es fundamental. En México, antes de llegar al Cairo, ya el sector salud tenía una secretaría que se llamaba de Salud Reproductiva; o sea, se había quitado la división entre planificación familiar y lo que era materno-infantil. Se han recogido todas estas propuestas del Cairo, pero su puesta en marcha deja mucho que desear, sobretodo con lo relacionado con los derechos reproductivos y la decisión informada de los programas de planificación familiar. Entonces, creo que México ha sido pionero en los programas de población de salud reproductiva, pero la puesta en marcha de estos programas ya no recogen realmente todo lo que sería esta estrategia y tiene mucho que ver con lo que planteaba la primera ponente.

IRENE LÓPEZ:

Yo creo que hay que buscar intereses estratégicos comunes de las mujeres, porque si no, nunca tendremos un sujeto político, aunque pueda tener una voz y unas reivindicaciones comunes. Pero evidentemente esto no es contradictorio con la diversidad de las mujeres. Creo que si hay una diferencia fundamental entre los grupos de mujeres y los grupos de hombres, es que los grupos de hombres pueden tener intereses comunes en muchos aspectos, pero nunca van a tener que reivindicar porque han sido discriminados por ser hombres y las mujeres además de por todos los otros temas, siempre vamos a tener que tratar de cambiar el mundo en función de una desigualdad, de una subordinación que nos está afectando. Entonces creo que es posible definir intereses de género de las mujeres y estos se definirían precisamente en la distinta posición respecto de los hombres en todas las culturas... trabajando en acciones concretas sobre el terreno porque si no, podemos estar perdiendo una parte muy importante de la realidad. Cuando tenemos que hacer nuestro diagnóstico para planificar un proyecto es muy importante que haya metodologías participativas; o sea, que se facilite el que se manifiesten todas las diferencias, porque puede ocurrir que de repente sea una casta, sea la casta la que está definiendo mas diferencias que las de género en un momento determinado, entonces las diferencias entre distintas castas de mujeres puede ser un dato fundamental, lo cual no significa que género no siga siendo una variable importante que haya que tener en cuenta. Deberían considerarse unos intereses estratégicos de género y al mismo tiempo una diversidad y una riqueza que está conformando toda esa gama de intereses diferentes en mujeres. El ejemplo que has puesto sobre la diferencia entre el discurso y la práctica en México, me parece muy ilustrativo; por un lado, yo no estoy en contra, ni quería hacer una crítica terrible a los planteamientos de los organismos internacionales, ni muchísimo menos; creo que tienen sentido, que pueden servir mucho, pero hay que perseguirlos en la práctica, cómo se llevan a cabo en la práctica y en qué medida lo que se hace está respondiendo a esa idea de empoderamiento y no está suponiendo enmascarar otro tipo de actividades con nombres y con retórica.

DIANA SOJO:

Yo quería agradecer a las/os ponentes por las exposiciones tan claras que sin duda facilitarán el debate posterior.

Desde mi experiencia es imposible modificar la salud de las mujeres si no entendemos y conocemos las relaciones de poder que están condicionando nuestra toma de decisiones en todos los ámbitos.

Recordemos el fracaso de los programas de planificación familiar de los años 60 en los que se invirtieron muchos millones de dólares y que tuvieron muy poco impacto sobre la salud de las mujeres y, en algunos casos un impacto negativo, ya que no partieron de un análisis real de la situación de éstas.

Si analizamos la realidad de las mujeres españolas todavía hay muchas que no deciden sobre su maternidad, ni sobre su vida sexual.

Por cierto, me pregunto ¿porqué aún no existen iniciativas desde el Ministerio de Sanidad que promuevan la integración de la perspectiva de género desde el Sistema Nacional de Salud?.

Yo creo que el análisis de género nos ayuda a visualizar la forma en que hombres y mujeres nos relacionamos (subordinación de las mujeres, poder ejercido por los hombres) para plantear intervenciones que permitan modificar la situación de las mujeres.

INTERVENCIÓN:

Quería recordarle o decirle a Diana, que en el sistema de salud, por lo menos, sí que hay un grupo en el marco de la Federación de Asociaciones de Defensa de la Salud Pública, que están trabajando el tema de la perspectiva de género en los centro de salud, en la atención primaria. A partir de estas jornadas Médicos del Mundo va a tener una perspectiva bien clara. Comentaba Irene que es mucho más fácil hacer programas y proyectos por y hasta con mujeres, pero no con la perspectiva de género, porque es que es muy difícil. Por experiencias que tenemos bien concretas, cuando en Alta Verapaz, Guatemala, se empezó a trabajar con el grupo de mujeres de Fray Bartolomé de las Casas, los compañeros "muy compañeros" guatemaltecos no lo entendían muy bien ni lo veían muy claro; ¿y quiénes somos nosotras para imprimir un ritmo a un proceso que no es el nuestro?: igual no estamos participando bien. O sea, que nos va a suponer más trabajo, que es un reto y que lo tenemos que agarrar. El tema es serio si lo queremos hacer de verdad bien. Yo creo que lo estamos haciendo de una manera intuitiva, porque igual es que estamos muchas mujeres en Médicos del Mundo. Creo que cuando comentabas la situación de las mujeres en estos momentos en Kosovo, fue lo mismo que las mujeres en Ruanda, y por eso precisamente Médicos del Mundo decidió abrir una tienda grande de acogida de mujeres y de niños; y lo mismo las mujeres en Mostar... A través de la práctica cotidiana, surge una necesidad y se identifica, hace falta dar el salto cualitativo.

INTERVENCIÓN:

Simplemente decir que las resistencias al cambio, los obstáculos, quizá no solamente están en los hombres ni en los programas, sino en las personas, independientemente del sexo que tengan. Porque la mujeres realicemos programas de mujeres, no quiere decir que las actitudes que tengamos sean favorables para la perspectiva de género, quiere decir que también tenemos que reflexionar mucho para no ser un obstáculo en este tema.

INTERVENCIÓN:

Yo soy de Bolivia y una de las cosas que tenemos es que normalmente cuando hablamos del sur hablamos de EE.UU., y EE.UU. nos impone, no colabora; pero a pesar de esto, a modo de anécdota, les quiero contar que en la legislación de mi país, hasta no hace mucho tiempo, estaba

legalmente permitido al hombre pegar a la mujer y además también podía pegarla cualquier miembro masculino de la familia del marido; estaba legalizado. Tenemos una violencia metida desde dentro. A pesar de las críticas que pueda hacer concretamente hacia la ayuda americana, creo que hay algunas pautas que sí que nos han ayudado mucho.

IRENE LÓPEZ:

Hay que comprender que los proyectos con mujeres que tengan una perspectiva de género, lo único que está significando es que se trata de ver en qué medida el proyecto va a tener un impacto positivo o negativo. Es decir, hay que tratar de evitar que los proyectos dirigidos a mujeres tengan un impacto negativo sobre las mujeres. Eso es lo que fundamentalmente está tratando la perspectiva de género: imprimir un ritmo o un proceso a otra comunidad o a otro colectivo, pues creo que hay impresos ritmos tales como que se le pueda permitir a los varones pegar a las mujeres en un determinado país; pero ese ritmo me parece que ya es conflictivo por sí mismo, yo creo que es más conflictivo tratar de revertir esa situación, identificar que existe. Entonces, creo que este tema de la intervención tiene una carga biológica muy importante y me parecería interesante que, si tenéis ocasión, lo trabajarais también en el taller: qué es lo que está significando o cómo se puede plantear una relación de colaboración, de cooperación con realidades diferentes a las nuestras; dónde surgen problemas que están necesitando algún tipo de apoyo; y cómo la perspectiva de género puede contribuir a poner de manifiesto una serie de realidades que habría que tener en cuenta. Proyectos con mujeres puede ser cualquier cosa, pueden estar, incluso, legitimando o provocando una mayor violencia contra las mujeres (por ejemplo, como proyecto de capacitación, puede estar contribuyendo a duplicar el horario de trabajo o triplicar el horario de trabajo ya de por sí suficientemente cargado que pueden tener las mujeres). Conocer esto es importante. Creo que en esto estamos implicados todos/as, y las resistencias, evidentemente, tienen que ver con un proceso de socialización, que nos ha afectado a todas/os.

LAS EXPERIENCIAS DE MÉDICOS DEL MUNDO EN PROYECTOS DE SALUD REPRODUCTIVA Y GÉNERO

Un modelo de atención comunitaria de primer nivel para la protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres

(Capacitación, promoción, organización y atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres en las regiones Altos, Sierra, Fronteriza y Costa del estado de Chiapas)

GRACIELA FREYERMUTH (CIESAS-Sureste), MARIANA FERNÁNDEZ (Grupo de Mujeres de San Cristóbal)

Antecedentes del proyecto

El proyecto que presentamos tiene como antecedente tres años de trabajo en el proyecto de investigación-acción desarrollado por el equipo de salud reproductiva, sobre percepciones y prácticas sobre la maternidad en mujeres indígenas migrantes (Freyermuth, Grupo de Mujeres A.C;1993)4.

Durante dicha investigación pudimos observar que las formas en que resuelven los problemas de salud las mujeres indígenas, particularmente en el área de la salud reproductiva, son más afines con la medicina popular que con una práctica médica occidental y que en ocasiones esto conlleva consecuencias trágicas para las mujeres y sus familias. Valga señalar que en algunos municipios de la región se han encontrado razones de muerte materna cinco veces mayores que la nacional y que el subregistro en algunos municipios puede llegar a ser del 45% o más (Freyermuth y Garza,1996).

Existe una escasa cobertura en los servicios de salud, particularmente en lo que se refiere a la atención de la maternidad, en algunos casos por la falta de disponibilidad de servicios y en otros porque los habitantes no lo solicitan. En un seguimiento de 40 fallecimientos en un municipio de los Altos solamente el 10% de las mujeres habían tenido contacto con algún servicio de salud, a pesar de que el padecimiento las llevó a la muerte (*Ibidem*). Otro hecho que pone de manifiesto esta situación es la ausencia de certificación médica de hasta el 90% de la población, misma que es efectuada en el mejor de los casos por los promotores de salud (Freyermuth, Fernández 1995).

La poca demanda de atención en los centros de salud se puede explicar por las relaciones históricas que han mantenido los indígenas y los ladinos. Los indígenas han construido representaciones sociales colectivas que pueden no tener que ver necesariamente con las experiencias personales directas ni tampoco con el resultado de la intervención de los médicos en la resolución de un problema de salud. Frecuentemente, cuando la valoración por parte de los médicos de su intervención ha resultado exitosa, es valorada por los pobladores indígenas como una experiencia traumática. La relación entre los indígenas y mestizos ha estado marcada por relaciones asimétricas, desiguales y en ocasiones abusivas a partir de las cuales se ha generado en los indígenas la percepción de que los mestizos o la medicina que estos practican tiene como objetivo último su exterminio, su esterilización o simplemente su maltrato (Freyermuth, 1996).

En el caso específico de las mujeres indígenas con quienes trabajamos, el temor y la desconfianza hacia las instituciones de salud tienen su origen no sólo en el trato discriminatorio de

⁴ En un convenio entre CIESAS-Sureste y Grupo de Mujeres de San Cristóbal, bajo el patrocinio de las Fundaciones Ford y Mac' Arthur

que son objeto, y que de suyo es suficiente para no acudir a hospitales y clínicas, sino además, en los atentados que contra su dignidad se cometen, a causa del desconocimiento o el desinterés que priva en estas instituciones respecto a las formas culturales prevalecientes en la región de su influencia (Fernández, Freyermuth 1996).

Junto con lo anterior, y analizando algunos aspectos de las relaciones de género que privan en las comunidades indígenas de diferentes grupos étnicos, pudimos distinguir algunos de los elementos que encubre la falta de participación de las mujeres en los asuntos personales, familiares y comunitarios. Las estructuras familiares, que aunque están sufriendo cambios en las comunidades, aún no les permiten a algunas mujeres la elección de su pareja, el intercambio de ideas con personas de otro sexo o simplemente salir de su comunidad para terminar sus estudios primarios o realizar la educación secundaria. Difícil sería introducir, en estas comunidades la posibilidad de la decisión sobre su propio cuerpo a través del ejercicio de su sexualidad o de la elección, al margen de su pareja, de algún método anticonceptivo.

Basándose en lo anterior, el proyecto se planteó el fortalecimiento de las mujeres impulsando, a partir del eje de la salud reproductiva, la formación de líderes comunitarias con funciones de promotoras de salud. Se pretendió también inducir en las comunidades la organización de las mujeres e ir conformando espacios propios de decisión, a partir del conocimiento de aquellos aspectos que son "propios de mujeres": la maternidad, la menopausia y las enfermedades de transmisión sexual. Esto permitió asimismo profundizar en los factores que podían enfermar al cuerpo y la mente; en las distintas opciones de atención, las formas en que éstas debían funcionar y como se podía tener acceso a ellas a partir del conocimiento y el ejercicio de sus derechos.

La propuesta:

El objetivo principal de este proyecto se centró en mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva de las mujeres indígenas, a través de acciones con carácter multiplicador en los campos de salud, educación popular, conscientización, y organización. Se dirigió a mujeres, promotoras y parteras indígenas de las comunidades de las regiones Altos, Sierra, Costa y Fronteriza; con el objeto de reducir los riesgos reproductivos en mujeres con escasas posibilidades de acceder a los servicios institucionales de salud.

Sus objetivos fueron:

1. Reducir los riesgos reproductivos en mujeres de las comunidades en las regiones Altos, Sierra y Fronteriza de Chiapas a través de un programa de promoción y educación en salud sexual y reproductiva.
2. Difundir los derechos reproductivos de las mujeres y promover la reflexión en torno a su condición actual y sus necesidades de cambio.
3. Promover y reforzar los grupos y organizaciones de mujeres con el objetivo de pugnar por el acceso igualitario a las oportunidades de atención a la salud.

Objetivos específicos

Identificar las formas de organización comunitarias y familiares en cada una de localidades, destacando el papel de la mujer indígena a partir del reconocimiento de la distribución sexual del trabajo, la toma de decisiones y el manejo del poder al interior de la comunidad y su familia.

Capacitar en aquellos aspectos fundamentales de la salud sexual y reproductiva: embarazo parto y puerperio; lactancia y primer año de vida de los niños; ejercicio de la sexualidad, relaciones de pareja y enfermedades de transmisión sexual; regulación de la fecundidad y riesgos potenciales; menopausia; detección oportuna de cáncer y derechos reproductivos.

Poner en marcha tres programas básicos control prenatal y detección y canalización de embarazos de alto riesgo; detección temprana y control de enfermedades de transmisión sexual y detección oportuna de cáncer cervicouterino y mamario.

Actividades y su ejecución

Se pretendió formar en el área de salud reproductiva a 60 mujeres de 10 comunidades sede y 60 comunidades de influencia de la región de los Altos, Sierra y Fronteriza. En cada comunidad sede se localizó una promotora o partera capacitadora cuyas actividades consistieron en:

Detectar, capacitar y coordinar a seis promotoras de localidades cercanas, lo que amplió su área de trabajo.

Promover reuniones de reflexión e intercambio de experiencias de los problemas más frecuentes.

Poner en marcha los tres programas básicos mencionados.

Las responsables del programa, pusieron en marcha los talleres a partir de las cartas descriptivas que el equipo de salud reproductiva había diseñado para este fin.

Cada taller se realizó mensualmente y tuvo una duración de 16 a 24 horas. Esta capacitación se realizó aplicando la metodología de educación popular. En este espacio, las mujeres pudieron reflexionar, discutir y confrontar sus experiencias en los distintos temas que se propusieron, y reconocieron su problemática y realizaron acciones asistenciales así como propuestas concretas al sector salud o a aquellos grupos que participan en la definición de las políticas y los programas de salud. En los talleres se aplicaron tres enfoques básicos:

- a) Análisis y detección de la problemática
- b) Identificación de las necesidades básicas individuales y comunitarias.
- c) Elaboración de una estrategia de acción y capacitación que contempló los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y socioculturales.

Las líderes participantes contaron con asesoría individual mensual por parte de una técnica en medicina del Grupo y se dio seguimiento de sus actividades en su comunidades una vez al mes.

El Funcionamiento

Después de la elaboración general del proyecto, realizamos una revisión crítica, tanto de las guías temáticas, de los procesos educativos que habíamos utilizado con anterioridad y de los materiales de apoyo que "el equipo" había elaborado. Se efectuaron las adaptaciones indispensables para poder integrar los paquetes didácticos necesarios para esta nueva experiencia.

La capacitación estuvo integrada por dos aspectos que durante el proceso no se separaron pero que para fines expositivos podemos dividirlos en didácticos e instrumentales. Ambos, se realizaron basándose en las propuestas teórico metodológicas de la educación popular, el método comparativo, la relación de los sucesos en el tiempo y el espacio, y la estimulación para la expresión estética de las participantes.

La promoción, a través de talleres, fue la actividad clave de las líderes/promotoras ya que constituyó el espacio de encuentro entre mujeres de distintas comunidades. La actividad generadora del proceso cognoscitivo fue la explicitación que el propio grupo hizo de la información contenida en

la temática de cada sesión, intercambiaron experiencias, identificaron problemas y plantearon posibles formas de solución, individuales o colectivas.

Este encuentro tuvo una duración de cinco a seis horas por mes, durante el cual, la promotora replicaron una parte del taller de capacitación.

La atención fue un proceso en el que combinó la capacitación y la atención médica. Este proceso permitió, por un lado, que la promotora, bajo la supervisión médica, aplicara los instrumentos de la capacitación, y por otro lado, a las mujeres que asistieron a la consulta, además de obtener una atención de calidad basada en la confianza y el respeto, se les dio a conocer la rutina de auscultación y su razón de ser.

La selección de las líderes/promotoras se realizó bajo los criterios de: Interés en la temática, mayor participación, pertinencia en las participaciones, capacidad de convocatoria y organización. Inicialmente seleccionamos treinta mujeres, entre aquellas con quienes habíamos venido trabajando, de las cuales, veinte fueron quienes integraron el equipo de trabajo y diez quedaron en previsión para cubrir cualquier deserción que pudiera generarse durante el curso del proyecto.

Durante la entrevista (individual) de selección, se les dio a conocer el proyecto y las responsabilidades que tendrían a su cargo, así como los apoyos con que contarían para realizar sus actividades. Dado que el proyecto tuvo un carácter reproductor, en esta fase de entrevista identificamos las posibles comunidades de influencia de cada candidata, de tal forma que cada una de ellas tuviera la capacidad de convocar seis comunidades incluida la de su residencia.

Una vez integrado el grupo de trabajo, destinamos una parte del primer taller de capacitación de promotoras, para trabajar con ellas un manual de actividades y responsabilidades redactado exprofeso⁵, a fin de que el grupo, como tal, contruyera un marco de referencia común.

En este momento también quedaron establecidas las comunidades a cargo de cada promotora, las fechas de realización del primer taller de promoción y las fechas de las primeras consultas médicas de capacitación.

Integración del equipo de promotoras

Región Altos:

- Municipio de San Juan Chamula seis mujeres analfabetas monolingües que cubrieron los siguientes parajes: Tentic, Yaal Ichin, Pilalchen, Jolchuntic, Macvilhó, Yolonchen, Yolonhuitz, Ik'aluntik, Cruz Quemada, Los Ranchos, Epalchen, Hontalhó, Patsihuitz, I y II, Arvenza I y II, Jolchuntic II, Banolhó, Las cruces, Posito Chico, Ocotal I II, San Juanito.
- Municipio de San Andrés Larrainzar una mujer analfabeta monolingüe que coordinó la comunidad de la laguna.
- Municipio de Chenalhó. En este participaron dos mujeres analfabetas que atendieron las comunidad de Shunuch y Jomtalh'o y una mujer alfabetas bilingüe que atendió la comunidad de Chimtíc y coordinó el trabajo de mujeres de las dos comunidades ya mencionadas.
- Municipio de San Cristóbal cuatro mujeres, una mestiza con estudios de secundaria y tres indígenas bilingües analfabetas que reunieron mujeres de las colonias tradicionalmente marginadas (El Santuario, Artículo 115, San Ramón y la Isla, El Relicario, El Sumidero) y una parte de los nuevos asentamientos de población indígena expulsada (la Hormiga, Emiliano Zapata, Getzemaní, Sabanilla, Piedrecitas y Romerillo)

⁵ También, diseñamos las cartas de compromiso y demás documentos que permitirían formalizar nuestra relación con el grupo de promotoras, y dos manuales que hemos llamado de decisión; El primero es para uso específico de las promotoras, contiene una descripción de sus actividades y responsabilidades, el segundo manual comprende las actividades generales del proyecto y se refiere a las responsabilidades por función, esta destinado a las responsables del mismo.

- Municipio de Trinitaria, dos mujeres mestizas analfabetas que reunieron (cada una) de treinta y cinco a cuarenta mujeres que habitan en: el Barrio el Alto y la colonia Nueva Saltillo.
- Municipio de Motozintla tres mujeres mestizas militantes de la organización Nuevo Amanecer de la sierra que reunieron a mujeres de 120 comunidades.
- Municipio de Tonalá dos mujeres mestizas una con estudios del nivel medio superior y otra analfabeta quienes reunieron mujeres de las comunidades Tres Picos y Ocuilapa respectivamente.

Obstáculos para el funcionamiento del proyecto

De los problemas que se nos presentaron durante el desarrollo del proyecto podemos señalar como los más importantes la falta de médicas con disposición para trabajar en las comunidades y las condiciones de desabasto y abandono en que se encuentran las Unidades Médicas Rurales. También, podemos señalar que existen características particulares en cada una de las regiones que diferenciaron el desarrollo del proyecto entre las cuales resaltan las siguientes:

En relación con la población a la que va dirigido el programa

Este tipo de proyectos implica la participación de las mujeres de manera organizada, y nos encontramos que en algunos casos las mujeres que se organizaron alrededor del proyecto no eran aquellas a las que habíamos considerado como destinatarias idóneas, en Tonalá por ejemplo las mujeres en su mayoría eran mayores de 40 años y se encontraban finalizando su etapa reproductiva,. Por otro lado las mujeres que demandaron una atención especial son aquellas que tenían complicaciones debidas a sus altas tasas de fecundidad aunadas a una mala atención de sus partos como son los casos de más de cincuenta mujeres con prolapso uterino severo y tumores avanzados. Esto nos llevó a proponer que un proyecto de esta naturaleza puede promover ciertos programas pero que debe estar abierto a las necesidades de las mujeres en los distintos contextos.

Recursos e Idoneidad del personal

En la selección del personal nos enfrentamos a dos obstáculos, El más grave es la poca disponibilidad de médicas para realizar trabajo de campo en comunidades alejadas a la zona urbana en el actual contexto chiapaneco. Esto tiene que ver con que las médicas jóvenes se encuentran en el periodo de procreación y de crianza, hecho que definitivamente obstaculiza este tipo de trabajo. Por otro lado, para nosotras era importante la participación de una médica y no un médico por las implicaciones que para las mujeres indígenas tiene la exploración ginecológica, muchas de ellas nunca han mostrado sus genitales a sus maridos o se han explorado ellas mismas.

El otro problema se refiere a la dinámica interna de las comunidades y a las rivalidades que aparecieron cuando se seleccionó a una u otra mujer para ser promotora, esto conlleva definitivamente ciertos privilegios al interior de la comunidad. Por otro lado consideramos que como estas mujeres desarrollan un trabajo profesional, es así como debe ser valorado y por lo mismo remunerado. La valoración de este trabajo y la profesionalización a través de la remuneración ha fortalecido a las mujeres al interior de su familia y su comunidad. No podemos decir que existe un modelo que nos permita preveer el éxito que una promotora puede tener en su comunidad, nosotras seleccionamos como unos de los criterios su interés por la temática y su capacidad de convocatoria, independientemente de que fueran a trabajar con mujeres de su comunidad o de otras comunidades, en la mayoría de los casos fue exitosa esta selección. Sin embargo, en uno de ellos, la dinámica que se estableció en la comunidad fue muy distinta y la valoración previa que se tenía de la promotora, limitó el desarrollo del programa. Lo que para un hombre promotor de salud puede significar el inicio de una prometedora carrera como agente de salud comunitario - pertenecer a un programa del IMSS-Solidaridad, para una mujer puede tener una connotación totalmente distinta y puede llegar a marcarla de manera permanente en sus relaciones comunitarias y obstaculizarle cualquier proyecto que realice por incitativa personal.

Con relación a la dinámica comunitaria

Cada región presentó cierto tipo de obstáculos que debieron ser resueltos en forma particular.

En las comunidades de la Región Fronteriza se concentra población de diferentes adscripciones religiosas situación que nos obligó a replantear las formas y los momentos de tocar las temáticas propuestas, sin embargo es en esta región en donde los dos grupos de trabajo de las promotoras están por formalizarse como grupos de mujeres organizadas

Región Altos

Esta región la dividimos en dos, la primera corresponde a las zonas conurbadas de San Cristóbal de Las Casas con población mestiza e indígena inmigrante, y las comunidades indígenas. La población mestiza por la dinámica urbana tuvo fuertes resistencias y dificultades para reunirse y la población inmigrante presentó algunas dificultades para participar en el proyecto. Sobre todo en ciertas colonias; en donde existen rivalidades entre los líderes religiosos. Respecto a las comunidades indígenas, nuestra mayor dificultad consistió en romper con la relación paternalista que se ha generado a partir de la relación Estado-comunidades indígenas y que se expresó por continuas demandas materiales que muchas veces no estaban directamente relacionadas con el proyecto. Aquí habría que señalar que una manifestación extrema de este tipo de relación se tuvo en una colonia indígena conurbada en donde las mujeres manifestaron que asistirían a la consulta siempre y cuando les pagáramos para ello.

Un proyecto de esta naturaleza, en momentos coyunturales como los que se viven en el estado de Chiapas, deben desarrollarse con mucha sensibilidad respecto a lo que ocurre cotidianamente al interior de las comunidades indígenas ya que por un lado la polarización de la sociedad y el desconocimiento de las dinámicas sociales pueden poner en riesgo a los trabajadores de la salud, y por otro lado, las estrategias del Estado en donde se está priorizando de una manera no muy clara la atención a ciertas comunidades pueden hacer parecer que las acciones alternativas no sean necesarias en ciertos contextos.

Principales logros del proyecto

Al margen de los alcances obtenidos en las metas que nos fijamos al inicio del proyecto, resulta altamente satisfactorio para nosotras, que de las casi trescientas muestras para examen de papanicolau que han tomado nuestras promotoras el 76% haya sido de mujeres indígenas, con una paridad promedio de cinco hijos y que nunca habían sido exploradas ginecológicamente. Esto es una muestra de la viabilidad de este tipo de proyectos. Consideramos que esto fue el resultado de un trabajo en talleres que permitió no sólo hablar de su sexualidad, sino además sensibilizarlas de tal manera que posibilitó la ejecución de un procedimiento que incluso muchas de nosotras, las no indias, seguimos viendo como vergonzosa y agresiva.

Otro aspecto que se consideró un logro significativo, es el hecho que de los más de cincuenta prolapsos uterino y de vejiga y de las tumoraciones que se detectaron entre las mujeres atendidas durante las consultas médicas de capacitación, doce tuvieron la decisión de intervenir quirúrgicamente.

También consideramos importante, el hecho de que de las veinte mujeres elegidas originalmente para ser promotoras becarias, diecisiete continuaron trabajando con entusiasmo, dos de ellas formalizaron sus grupos de trabajo como organizaciones de mujeres y tres más, elaboraron un escrito con las demandas específicas de las mujeres de sus comunidades para el mejoramiento de los servicios de salud. De las deserciones, que fueron tres, dos fueron motivadas por conflictos políticos comunitarios que alteraron las condiciones de trabajo y ponían en riesgo la integridad física de las participantes, y la tercera, decidió casarse y cambio su lugar de residencia.

Bibliografía

- Colem- Grupo de Mujeres de San Cristóbal, Memorias del Taller Nuestra Salud y Nuestros derechos Reproductivos, realizado en el marco de las actividades del 28 de mayo.
- Fernández Mariana, Freyermuth Enciso, Mujeres Indígenas y Derechos Reproductivos. El caso de San Juan Chamula. 1996, en: Anuario IEI VI, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, 1996.
- Freyermuth Enciso, Fernández Mariana, Meza Claudia, Proyecto: Capacitación, promoción, organización y atención en salud sexual y reproductiva de las mujeres en las regiones Altos, Sierra, Fronteriza y Costa del estado de Chiapas. Un modelo de atención comunitaria de primer nivel para la protección de la salud sexual y reproductiva de las mujeres, Grupo de Mujeres de San Cristóbal, San Cristóbal de Las Casas Chiapas, 1994.
- Freyermuth G. y Fernández, M., 1997, Factores culturales en el registro de la muerte en mujeres en edad reproductiva, en: Tuñón Pablos, Esperanza. Género y salud en el Sureste de México. Ed. El Colegio de la Frontera Sur y La Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México.
- Freyermuth Graciela, Anna María Garza, Muerte Materna en Chenalhó, Informe final, San Cristóbal de Las Casas Chiapas, 1996.
- Freyermuth Enciso Graciela, Mortalidad materna: género familia y etnia e en Chenalhó en Nueva Antropología número 52 y 53, 1997 Universidad Autónoma Metropolitana, México D.F.
- Garza, Ana María, Graciela Freyermuth, *Interpretaciones sobre las causas de defunción* en: Anuario IEI V, Instituto de Estudios Indígenas, Universidad Autónoma de Chiapas, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, 1995.

Atención Sociosanitaria a mujeres inmigrantes

CAROLINA VÁZQUEZ, Enfermera Voluntaria del CASSIM

Médicos del Mundo es una organización no gubernamental de acción humanitaria. Dentro de sus programas de actuación, trabaja en el denominado IV Mundo, atención a la población más excluida en nuestro entorno, atención a inmigrantes sin recursos, prostitutas y drogodependientes por vía intravenosa.

En la atención a inmigrantes, el objetivo general es integrar a los inmigrantes irregulares en la red sanitaria pública, pero, mientras conseguimos dicho objetivo, tratamos de mejorar la calidad de vida del inmigrante a través de una atención sociosanitaria, y la prevención y promoción a la salud. Estas actividades se llevan a través de:

- Centro de Atención sociosanitaria a inmigrantes (CASSIM)
- Programa de Atención sanitaria a la mujer prostituta. (PASPI)

La atención a prostitutas y drogodependientes por vía intravenosa, tiene como objetivo general, la prevención de enfermedades (ETS, VIH, Hepatitis, etc..). Este trabajo se lleva a cabo en unidades móviles que se desplazan a los puntos de venta de droga y de prostitución.

C.A.S.S.I.M. (Centro de atención sociosanitaria a Inmigrantes sin recursos)

Desde 1994, Médicos del Mundo atiende a inmigrantes sin acceso a los recursos sanitarios desde un Centro de Atención a Inmigrantes (CASSIM). La atención es básicamente primaria, en las áreas de Medicina General, Especialistas (Otorrino, Urólogo, Cardiólogo y Fisioterapeuta), Enfermería, Trabajo Social, Salud Mental y Farmacia.

El trabajo es llevado a cabo por un total de 107 voluntarios (sanitarios y no sanitarios) y 2 contratados (1 coordinadora del programa y 1 trabajadora social en Atención - Recepción del paciente).

Durante 1.998 se han atendido un total de 2.748 de los cuales 914 acudieron por primera vez al CASSIM y 1.834 inmigrantes que acudieron antes de 1.998.

PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL CASSIM

La población atendida más frecuente son mujeres en un 54.04% y en un 44.42% hombres. Los países de procedencia son principalmente latinoamericanos con Ecuador, Colombia y Rumania a la cabeza. Las mujeres que acuden al CASSIM llevan aproximadamente 1 año en España, con edades comprendidas entre 25-29 años principalmente. La gran mayoría trabaja en el servicio doméstico interno.

La población femenina que acude al CASSIM, lo hace demandando Asistencia Sanitaria. El primer motivo de consulta de Medicina por el que acuden las mujeres, es principalmente patología aguda, es decir, una "dolencia puntual" y del momento. Sin embargo, como demanda explícita y tras un seguimiento de esa patología aguda, observamos un alto grado de ansiedad, en las mujeres que acuden al CASSIM, pasando esta ansiedad a formar parte del estudio de la paciente y derivando a los servicios de Salud Mental con los que el CASSIM cuenta.

La ansiedad es consecuencia de una situación de desarraigo, añoranza a la familia y a la situación de irregularidad que le dificulta el acceso a los recursos sociales básicos y a algunos empleos. Estas situaciones comunes de la inmigración son acontecimientos de estrés vital que acentúan en la estabilidad psicológica.

Para tratar el estado de depresión y ansiedad, Médicos del Mundo, trabaja individualmente con las mujeres que necesitan un apoyo psicológico. Pero, aún así, el volumen de patologías depresivas, ha hecho, que el equipo de psicólogos y trabajadores sociales formen grupos de autoapoyo, autoestima y habilidades sociales dirigido a mujeres. Estos grupos tratan de ser lo más homogéneos posibles; desde nuestra experiencia los grupos que más respuesta han tenido han sido los grupos de mujeres latinoamericanas, ya que, éstas son las que mas accesibilidad tienen debido al idioma, cultura, etc...

Sin embargo, no sólo las mujeres latinoamericanas presentan ansiedad, depresión, etc... El resto de mujeres procedentes de África o Países del Este tienen las mismas problemáticas, pero éstas, por cuestiones culturales no acuden a la atención psicológica o grupos de autoayuda.

Otra de las demandas por la que acuden las mujeres al CASSIM es la información de centros de Interrupción Voluntaria del Embarazo donde pueden acudir. Esta demanda se da en mujeres que tienen pareja estable (mayoritariamente) pero que por cuestiones laborales se ven obligadas a abortar.

Cabe destacar, que las mujeres que acuden al CASSIM generalmente trabajan en el servicio doméstico interno, y que al quedarse embarazadas las/os jefas/es prescinden de sus servicios.

Desde el CASSIM, si la mujer decide interrumpir el embarazo se le informa de los distintos centros donde puede acudir, en ningún momento, Médicos del Mundo se implica, para la tramitación o negociación del aborto, ya que, intentamos concienciar a la mujer para que lleven una planificación familiar lo más segura para su salud física y psicológica, por lo tanto, se han llevado a cabo talleres de Planificación familiar y educación sexual, dirigidos no sólo a las mujeres sino también a la pareja (aunque ésta no asume nunca la planificación familiar como su responsabilidad).

La experiencia que Médicos del Mundo ha tenido con los talleres de Planificación Familiar y Educación Sexual ha sido hasta el momento negativa. Ya que, las mujeres y/o parejas no han acudido al taller, y las que lo han hecho conocían perfectamente los métodos anticonceptivos, pero las relaciones de pareja dificultan el llevar una planificación familiar plena y con resultados, esto es debido en la mayoría de los casos por que la situación de la mujer inmigrante, (trabajadora y responsable de la familia), hace que afecte a la escala de valores de la pareja, ya que, en los países de origen, el marido es el que lleva la carga familiar, y en cuanto llegan a España, este pasa a un segundo plano, siendo la esposa la que lleva todo el peso del hogar. Todo esto influye en las relaciones sexuales de la pareja, que dificultan en la planificación familiar, e incluso se llega al extremo de malos tratos y alcoholismo en los hombres que no encuentran su identidad en nuestra sociedad (desempleados, etc...).

Otra de las problemáticas por la que las mujeres acuden al CASSIM son problemas en las articulaciones. Cabe destacar que su condición laboral (cuidado de ancianos, niños, limpieza...) hace que tengan dolores en las distintas articulaciones (piernas, brazos, espaldas, etc...) todo ello unido al estrés y ansiedad se convierte en cuadro muy común y como tal desde Médicos del Mundo se está trabajando en los distintos talleres de Educación Postural o Relajación.

P.A.S.P.I. (Programa de Atención Sanitaria a Prostitutas Inmigrantes Irregulares).

La atención a mujeres inmigrantes en Médicos del Mundo no sólo se lleva a cabo a través del CASSIM, sino que trabaja también con la mujer prostituta inmigrante en una unidad móvil en el que trabaja un equipo profesional de Médicos/as, Enfermeros/as y Trabajadores Sociales.

Este programa de atención sanitaria a la mujer prostituta inmigrante se inició en febrero de 1997 y tiene como objetivo la prevención y estudio del VIH y ETS en las prostitutas inmigrantes.

Desde este programa se deriva a las mujeres a los servicios sanitarios públicos del Ayuntamiento y la Comunidad. En la unidad móvil se realizan varias pruebas:

- Cultivos
- Microbiología
- Serología
- Anatomía Patológica.

Todas estas pruebas son realizadas gracias a la colaboración del Instituto Nacional de Epidemiología Carlos III y en caso de que se den casos de VIH + se derivan a este hospital donde hacen los seguimientos.

Durante el año y medio que llevamos trabajando en el programa, hemos atendido un total de 76 chicas, 75 de países africanos (Liberia y Nigeria) y 1 de Ecuador.

El tiempo de estancia en España es de un año aproximadamente y empiezan a ejercer la prostitución desde el primer día que están en España, aunque en algunos casos ya han ejercido la prostitución en otros países.

Las mujeres africanas conocen perfectamente su condición de prostitutas cuando viene a España. Sin embargo, las mujeres latinoamericanas vienen engañadas, ofreciéndoles trabajos de bailarinas y camareras en España.

En cuanto a los resultados obtenidos hasta el momento, en las 76 chicas atendidas sólo se han detectado 4 casos de VIH, y por lo general son chicas sanas.

Perspectiva de cooperante en el terreno y sus dificultades

BEATRIZ YARZA BEITIA, Coordinadora de los proyectos de Médicos del Mundo en El Salvador

INTRODUCCION

En primer lugar, me gustaría felicitar al Equipo Mujer de MDM por haber tenido la iniciativa de plantear este primer taller de sensibilización que permitirá realizar un Análisis en Género de la propia institución tanto a nivel central como la perspectiva en los diferentes proyectos de desarrollo dispersos en el Tercer y Cuarto Mundo.

Creo que con estas jornadas, comenzamos a dar los primeros pasos en este sentido, y que aun nos queda mucho camino por recorrer, pues es necesario fortalecer la visión de género en nuestra organización para poder orgánicamente asumir compromisos susceptibles de expresarse en planes y metodológicas de trabajo.

“Enfoque de género” o “Perspectiva de género” son denominaciones que si no se trabajan en lo que efectivamente representa los roles diferenciados de las personas a partir de su sexo, corren el riesgo de convertirse en coletilla retórica y obligada en los proyectos de desarrollo, dado su empleo continuo por agencias y programas, sin entrar en mayor contenido.

El genero como categoría analítica significa repensar, volver a ver lo visto, descubrir sentidos velados, unificando la mirada sobre una realidad plural, que se recrea desde innumerables quehaceres. El análisis de género refiere a un proceso histórico, identificaciones y elaboraciones conceptuales que han ido mostrando como los contenidos simbólicos y las expresiones prácticas de lo femenino y masculino son construcciones culturales, variables de una sociedad a otra y de una época a otra.

En la actualidad, es de aceptación común que no hay posibilidad de desarrollo sustentable o sostenido sin participación equitativa de las mujeres, es decir que construir o contribuir para el desarrollo supone necesariamente enfocar las perspectivas y mecanismos encaminados a propiciar formas democráticas de relaciones cotidianas, laborales y políticas. Esto que se dice tan fácil, evidentemente cuesta concretarlo, pues resulta muy complejo el replanteamiento de las relaciones, el asumir retos que nos muevan el piso y que nos rompan nuestros propios paradigmas incluso de desarrollo.

TERRENO Y GENERO. EXPERIENCIA EN EL SALVADOR

A mi juicio la mayor dificultad que enfrenta el técnico o técnica de MDM en el terreno es la falta de mecanismos e instrumentos necesarios para entender los nudos culturales que generan prácticas de desigualdad e ideas de violencia, así como los complejos entramados de macro y micro poderes responsables de la opresión cotidiana, las omisiones históricas y el sojuzgamiento a los que se ven sometidas las mujeres participantes y beneficiarias de nuestros proyectos.

En muchas ocasiones nos encontramos con técnicos/as, que nunca en su vida han reflexionado sobre la subordinación de las mujeres, nunca han recibido un taller sobre temas básicos concernientes al género y por lo tanto difícilmente van a poder contribuir a la participación equitativa de las mujeres con perspectiva de desarrollo en los proyectos de MDM. Por lo tanto hasta ahora ha quedado al azar o en manos del técnico/a en el terreno la incorporación o no de la perspectiva de género en los proyectos bajo su responsabilidad.

Por lo tanto sería de urgencia iniciar con esta reflexión también con el personal en el terreno y quizás comenzar a trabajar en la elaboración de alguna guía o instrumento que permita facilitar la incorporación real de la perspectiva de género en nuestros proyectos.

Tomando en cuenta esta situación, mi participación va encaminada a intercambiar la experiencia vivida por nosotras/os en El Salvador, que con seguridad es diferente de la de otras misiones y países, pero repito que no hay nada unificado y este es un primer contacto, un primer intento de ver como estamos para a mediano plazo poder incorporar la perspectiva de género de manera más unificada en nuestros proyectos para que deje de ser a partir de hoy la colegiala obligada de todos los proyectos(al igual que el Medio Ambiente) y sea una herramienta poderosa en nuestra contribución al desarrollo de los países del Tercer Mundo.

En El Salvador estamos desarrollando un programa de Atención Primaria en Salud, que no tiene ningún componente específico sobre la perspectiva de género, ni tiene ningún resultado esperado respecto a disminuir la iniquidad que sufren las mujeres etc.

Sin embargo desde un inicio se trato de conocer la situación real de la mujer, desde la infancia, para poder a sí contribuir a revertir la situación.

En muchas ocasiones, la situación de desigualdad se intuye, pero a nuestro juicio es importante, no solo intuir la situación sino poder visibilizar la situación real de la mujer y la niña. El programa de Atención Primaria, como la mayor parte de estos programas arrancó con un Diagnóstico Situacional que se elaboró con la técnica de la Entrevista y Ficha Familiar. En esta ficha ya tratamos de incorporar algunas variables que nos permitiera acercarnos al conocimiento de la situación. Por ejemplo: Si la tierra o la vivienda es propia de la familia preguntamos a nombre de quien está escriturada, preguntamos quien administra el ingreso familiar, etc.

Los datos estadísticos y epidemiológicos se recogen de acuerdo a sexo, de manera de poder analizar las coberturas por ejemplo de vacunación respecto al sexo, el grado de desnutrición de acuerdo al sexo; también hemos intentando cruzar las variables con perspectiva de género, por ejemplo al clásico cruce de variables: método de planificación familiar versus escolaridad de la mujer, hemos agregado el cruce con la escolaridad del marido etc., etc. Creo que podemos y debemos mejorar mucho más aun este aspecto, sin embargo lo poco que hemos hecho hasta ahora nos ha permitido poder asegurar, con datos en la mano, que en el Cantón Los Apoyos, del municipio de Santa Ana, es decir en nuestra área de intervención, las mujeres somos ciudadanos de segunda categoría desde que nacemos, pues el nacimiento de un varón al contrario que el de la hembra se celebra con sopa de gallina, la cobertura de vacunación es mayor en niños que en niñas, el porcentaje de desnutrición infantil es mayor en las niñas, 51,31% del total de desnutridos, frente al 43.26% de varones.

También hemos conocido que hay una relación estrechísima entre el grado de escolaridad del hombre y el método de planificación de la mujer (clásicamente como ya lo había mencionado, se realiza el cruce entre método de PF y escolaridad de la mujer, observando internacionalmente que a mayor grado de escolaridad de la mujer, aumenta la utilización de un método de PF), sin embargo, si el marido es analfabeto o casi analfabeto, aunque la mujer tenga cierto grado de escolaridad, en esa familia no se planifica, este sencillo dato, por ejemplo, nos ha permitido considerar la importancia de la educación en género en grupos mixtos, aun conociendo de las dificultades que esto entraña y rompiendo un poco con el trabajo clásico en El Salvador de los grupos feministas de no trabajar en espacios mixtos, al menos inicialmente. , en la fase de sensibilización.

El proyecto comenzó a finales de 1.996, desde entonces se han desarrollado 2 grandes períodos de capacitación a Promotores de Salud, (estamos actualmente en el tercer período), en cada período los promotores, que son mujeres en su mayoría, han recibido una capacitación básica de los fundamentos de la teoría de género. Esta decisión ha costado la deserción de algunos promotores de

salud, concretamente tres de ellos, uno en el primer período y dos en el segundo, aduciendo de que lo que se pretende es liberalizar a las mujeres, enseñarles malas costumbres y sobre todo oponerlas al mandato del hombre.

Con esta capacitación creemos que no se ha logrado mayor trascendencia comunitaria, que lo más que hemos podido constatar es un aumento de la autoestima de las promotoras, y tampoco no sólo esta capacitación es la única causa de ello.

Las promotoras no han podido, por diversas razones, reproducir esta capacitación en el ámbito mixto comunitario, han trabajado un poco con las mujeres adultas a nivel de reflexionar sobre su rol en el oficio domestico, la maternidad etc., pero realmente es muy poco lo que en este campo se ha podido hacer por diversas razones, desde la falta técnica y quizás falta de sensibilización del propio equipo de MDM en el terreno, la falta de recursos materiales para entrar a profundidad en el tema, pero fundamentalmente porque trabajamos en Promoción y Educación para la Salud y no en Promoción de los Derechos de las Mujeres y no contamos con financiamiento específico para desarrollar estas actividades de sensibilización de género.

A parte de esto, el proyecto trata en todas sus actividades de elevar la Autoestima de las Mujeres y realizar acciones que contribuyan a dignificar su vida, pensamos que el considerable aumento obtenido en Toma de Citología, la cual actualmente tiene una Cobertura muy aceptable de cerca del 70 % de Mujeres en Edad Fértil.

Como misión, El Salvador, ha tenido siempre una gran preocupación sobre la situación de la mujer, es por ello que ha elaborado proyectos para mujeres, en concreto un proyecto de Salud Reproductiva y otro de Atención Psicosanitaria de menores que ejercen la Prostitución. Ultimamente también hemos realizado una investigación sobre las repercusiones en la salud de la madre y sus hijos/as del ejercicio Irresponsable de la Paternidad.

Les puedo hablar mucho más de las dificultades, que de los aciertos. Pero lo que sí es cierto es que si **tenemos como misión institucional la de trabajar con los desarraigados del mundo, con los más pobres de los pobres y sabemos y conocemos el creciente aumento de la pobreza, y la creciente feminización de esa pobreza, tenemos que aprender a trabajar con mujeres, incorporar a las mujeres como agentes de cambio y desarrollo social, tenemos que contribuir a la democracia y equidad genérica, en definitiva, tenemos y debemos de contribuir a mejorar las condiciones de vida de las mujeres para generar mejores grados de salud comunitaria.**

Voy a tratar de plantear lo que yo creo que son unas de las dificultades mayores que se enfrenta en el terreno:

1. Falta de sensibilización del tema de nosotros mismos, como personal de MDM. Hablamos de desarrollo, desarrollo con incorporación de la mujer, pero nos falta reflexionar, discutir con que enfoque abordo el tema, (sí realmente quiero pasar de ser la coletilla retórica de todo proyecto)
 - a) Enfoque asistencialista. La mujer madre, servidora, la mayor usuaria pasiva de los servicios de salud.
 - b) Enfoque de equidad. La mujer como sujeto activo del desarrollo. Autonomía política y económica de la mujer.
 - c) Enfoque contra la pobreza. Centra esfuerzos en que la mujer pobre aumente su productividad, pobreza como problema de subdesarrollo exclusivamente no también de subordinación.
 - d) Enfoque género en el desarrollo. Integralizador. Observa el género, se relaciona con otras condicionantes sociales: etnia, cultura, economía,... Género como construcción social, las relaciones entre los sexos y las diferencias derivadas de ellas. Superar las discrepancias entre el mundo privado y público. Cambiar las relaciones de poder en el mundo privado.

2. Ausencia de instrumentos prediseñados en los diferentes programas que se ejecutan, con la flexibilidad y especificidad, necesaria del caso, que permitan una recogida de datos con perspectiva de género para dar a conocer la situación real de la mujer, en cada país y lugar de intervención. Poder sensibilizar hacia la problemática de la mujer partiendo de hechos reales. Conocer para intervenir, para accionar.
3. La necesidad de conocer la cultura de cada sociedad o comunidad para poder intervenir eficazmente. Hacemos normalmente muy poco al respecto. creo yo, por ejemplo, hasta qué punto los diferentes equipos de MDM que trabajamos en Centroamérica en proyectos de Atención Primaria y que enfrentamos muchos problemas similares por compartir un mismo contexto cultural como la problemática de la Irresponsabilidad Paterna, y otras tantas más, nos hemos molestado en intercambiar nuestras experiencias, nuestro conocimiento, aun a sabiendas de que es un fenómeno de gran envergadura y que deteriora notablemente la salud de la mujer y sus hijos/as, en cuanto que empeora sus condiciones de vida y desarrollo.
4. Capacidad técnica del personal de MDM. Tendríamos que aprender, al igual que hemos aprendido técnicas de metodología popular y participativa, a combinar estas con teoría sobre género.

RECOMENDACIONES

Conociendo la importancia de trabajar con mujeres para intervenir eficazmente en el seno familiar, por su rol facilitador en todo proceso educativo, es imprescindible caracterizar la situación de la mujer en cada uno de los países y proyectos, para poder intervenir eficazmente contra la discriminación de la mujer.

Planificación familiar en Al-Hoceima. Marruecos

ILDEFONSO PENADÉS. Coordinador de los proyectos de Médicos del Mundo en Marruecos

Trabajar dos años con Médicos del Mundo en Marruecos está siendo una experiencia que no necesito calificar ya que continuo en ella.

Vivo, desde principios del 97, muy cerca del Quemado, lugar donde los españoles desembarcaron para asentarse en Marruecos allá por el 1925. El Quemado es una playa normal, de arena gorda, que remata los acantilados que rodean toda esta parte de costa mediterránea, al este de Melilla.

Antes del desembarco solo existía el Monte Malmusi. En la incursión se plantaron barracas, pequeños comercios de abastecimiento,... y acabó por aparecer la ciudad donde tengo mi casa con un rótulo de MDM. Por entonces se llamaba Villa Sanjurjo en honor al general que estuvo al frente del asentamiento. Y como comenzó a llover, aunque no sea una frase acertada, en el padrón de 1929 podían ya contabilizarse 3800 habitantes, 186 nacimientos y 76 defunciones.

Más tarde la ciudad cambió de nombre y se convirtió en la Alhucemas española, la perla, el alma del Rif... hasta la independencia de Marruecos en 1956 en que pasó a ser la Al-Hoceima marroquí, la flor de la Lavanda, la Al Khozama. Así que estoy pasando una temporada en villa Al-Hoceima, ni más ni menos.

Al-Hoceima, la Olvidada según los beréberes, la Complicada según los árabes, la Perdida según los pocos españoles que quedan, ha terminado siendo una amalgama de culturas, de contrastes, donde el rostro moreno del moro destaca aún más las caras nórdicas del lugar, las caritas vikingas de sus niños. Allí se mezclan las fascies oscuras de los negros que bajaron del centro de Africa junto a los moros rubios y los perfiles "light" de los pocos españoles y franceses que quedamos. Ultimamente va llegando mano especializada de los países del este, rumanos sobre todo, y hay una docena de chinos cooperantes.

El Rif son enormes hileras de montes como pechos (de mujer, claro, que es de lo que venimos a hablar aquí) y es la zona musulmana donde M.D.M. está desarrollando un programa de Planificación Familiar con financiación de Secipi, la agencia de Cooperación Española.

El Rif es un desierto de montes con llanuras cultivables y zonas exóticas, Ketama, dónde crecen, más o menos ocultamente, las abundantes plantaciones de hachís. Claro que no por eso es que firmamos un contrato de colaboración con otra ONG marroquí, la AMPF. La asociación marroquí de planificación familiar ya estaba trabajando en otras zonas del país pero carecía de infraestructura en el "olvidado" Rif noreste.

El Rif tiene una cultura encontrada a caballo entre el Africa negra y nuestra propia cultura, con un encanto que los técnicos no acaban de aclarar, de acordar... y muchos problemas. Y aunque comparar culturas es tema complicado, y más para el aficionado que acaba siempre mirándose el ombligo, la referencia propia, me atreveré a personalizarlo con algunos ejemplos.

Que el tiempo tiene un pasar lento en el Africa negra es bien conocido. Me lo confirmó un simple paseo por un mercado camerunés un día que buscaba plátanos. Un vendedor acechaba a los posibles compradores con tres ramas disponibles y bien cargadas.

- ***Por favor ¿podría subir las tres en el coche y decirme cuanto le debo?***
- ***¿Pero cómo? ¡Ah, no! las tres no, tiene que dejarme alguna para poder seguir vendiendo, sino ya me dirá usted que hago yo el resto de la mañana.***

Nuestro tiempo es más rápido, en él es imposible la anécdota, no así los estreses y los infartos, tan escasos en la cultura negra. El Rif se mueve a caballo entre estos dos tiempos.

Igual ocurre con el sentido lúdico tan acentuado en el mundo negro. Ocurrió también en Camerún donde una preocupada enfermera me preguntaba con cierta complicidad:

- ***¿Doctor es cierto que si no he mantenido relaciones sexuales en estas dos semanas puedo caer gravemente enferma?. ¿Seguro que no me va a pasar nada? ¿Ni me quedaré estéril?***

Nuestra cultura se ha ido enfriando, algo menos en el sur español y más al ir acercándonos a las culturas anglosajonas. Si al llegar a los esquimales, a los que no conozco, la cultura se vuelve gélida seguro que es una cuestión de temperatura. El Rif sigue a caballo entre el férreo control religioso y la pulsión africana, el Rif es zona musulmana.

Y sobre cotilleo cultural ¿Quién no conoce el tam-tam africano?, no el del tambor, no, sino el que trasmite la noticia de boca en boca, las intimidades, los accidentes, cualquier hecho que se produce en el vecindario es capaz de atravesar la selva antes que la propia telefonía. Difícil tener secretos en esta parte del mundo.

- ***¿Doctor viene usted de ver a su novia?. (?) ¿Ayer estaba en Mbini, verdad?. (¿)***

El Rif, caballo entre dos culturas, sabe guardar secretos excepto entre los amigos íntimos, las tres o cinco o nueve personas de confianza, por lo que posiblemente habrá alguna fuga. Solo en occidente he visto funcionar el compromiso hermético de la comunicación.

El Proyecto de Planificación Familiar en la zona rifeña del norte de Marruecos se diseñó en dos fases, en la **primera** se montó un Centro de Referencia en el corazón de la ciudad, 15 rue Eddakhla, enfrente de la petite poste. Al-Hoceima cuenta, según el Censo de 1997, con una población total de 55.000 habitantes, de los cuales 16.000 son mujeres en edad fértil (15-49 a.), y de estas 7.000 se encuentran felizmente casadas, o no.

El Centro se inauguró el 6 de Noviembre de 1997, acto al que acudieron todas las autoridades del municipio, coros de la Jeneusse Sport, niñas de danza tradicional, mujeres del Club de la Femme, representantes de la AMPF marroquí,... así que hubo corte de cinta y té con pastas. Curiosamente esta fecha coincide con aquella en que la población marroquí instauró la Marcha Verde, marcha que acabó salpicando a algunos responsables españoles del mismo color. Por ello el alcalde, Mr. Okhiar, conmemoró los dos eventos, Marcha y Planificación, invitándonos a una cena. De primero torta rellena (pastella), de vegetales a picadillos cárnicos, inmensa, en un plato tan ancho como la mesa. De segundo, medio buey en su jugo, con dátiles y pasas. De tercero, pollos enteros a discreción. Y como colofón requesón con miel, frutas, pastelitos, té y café.

Con el tiempo he podido comprobar que los árabes disfrutaban de una cocina variada y que la "Dieta Festiva " es bastante común, habitual en bodas y conmemoraciones varias. Y que a los árabes, además de gozarla, les encanta ser complacientes con ella. Tal vez, acechando esta observación, algunos comensales, entre plato y plato, me escrutaban los ojos como echando preguntas al lago. El alcalde fue más directo:

- ***¿Qué tal va Doctor?.*** Yo buscaba una respuesta airosa...
- ***Perfecto*** -le dije- ***aunque si hubiese un ecologista entre nosotros seguro que nos indica que tenemos la mesa sembrada de cadáveres.*** Por las risas creo que no desentoné demasiado.

El Centro comenzó formando al personal docente, curiosamente llamado Animatrices, y contrató una médico musulmana y una mujer encargada de la limpieza y la esterilización del material. Después, rápidamente, se comenzó con las prestaciones en el campo de la planificación familiar, - nombre que no engaña a nadie -, para en el transcurso de este año y medio que llevamos funcionando poder llegar a contabilizar unas 1.500 consultas con toma de algún tipo de contraceptivo y una 4.500 visitas relacionadas con el tema pero que no se han llevado nada a casa.

En total hemos distribuido unos 4.000 ciclos de píldoras y 7.000 preservativos. Dius e inyectables en menor proporción, 20 y 100 respectivamente.

Llegados a este punto podría subrayarse el peso que puede suponerle a un español una inmersión cultural en un tema tan delicado como este. Pero no, no se puede. No por haber leído lo publicado en la Conferencia Islámica Internacional, que también, sino porque en la practica, sobre el terreno, no he tenido nunca la mínima injerencia, al contrario todo han sido facilidades.

Tantas que el delegado de Educación, Monsieur Ben Amar Huba, me facilitó la entrada a los colegios marroquíes de la villa con el fin de impartir clases de educación sexual, profilaxis de ETS y métodos naturales contraceptivos incluidos. Antes de la Conferencia islámica, hace unos pocos años, este lujo hubiese sido impensable.

Así que más de 2.000 alumnos de ESO y COU pasaron por el nuevo Centro de P.F.

- ***¿Oiga Doctor la masturbación es mala?***
- ***Eso no lo sé, desde ese punto de vista ya saben que los extranjeros conocemos muy poco. Pero si con lo de doctor lo que usted pretende preguntarme es si es perjudicial ya puedo responderle. Resulta que como las energías que se pierden son proporcionales a las que se asimilan si se come un huevo la respuesta podría ser: no tanto..***

Incluso para los de Primaria disponemos del vídeo ¿De donde venimos? con dibujos animados con los que se parten de risa.

- ***¿Doctor la virginidad puede perderse sin haber tenido una relación sexual?***
- ***La virginidad no está en el bajo vientre, no es una tela, es un concepto y como tal se encuentra en la cabeza. Otra cosa es el himen que efectivamente puede romperse simplemente por montar en bicicleta.***

Están muy preocupados con el tema. Los novios siguen pidiendo certificados médicos para asegurarse y en algunas ceremonias prenupciales (D´sabbah) todavía se introduce un pañuelo blanco (Daid´uaz N´ Du´izaria) en la vagina de la novia para comprobar que sale ensangrentado. Aunque hay alumnos mucho más desinhibidos:

- ***¿Oiga puedo hacerle una pregunta de tipo personal?***
- ***Usted pregunte lo que quiera, otra cosa será la respuesta que obtenga.***
- ***¿Y usted, además de todo lo que nos ha contado sobre el trabajo, que más ha venido a hacer aquí?. ¿A qué piensa dedicar su tiempo libre?***
- ***Pues... también colecciono sellos.***
- ***Ah.***

La conferencia del mundo islámico, celebrada en Rabat en diciembre de 1971, reunió un gran número de técnicos y especialistas en medicina, sociología, economía y demografía. Jamás antes una colectividad musulmana había abordado con tanta claridad el aspecto religioso en las cuestiones concernientes a la planificación familiar.

Se dijeron cosas inteligentísimas como que una familia que vive en la miseria y la necesidad con muchos niños y pocos recursos no puede ser una buena familia. O que la planificación familiar es incluso recomendable por razones de salud. O que si la mujer consiente el coitus interruptus es admisible.

Discusiones que fueron apuntando cada vez con más fuerza hacia la conclusión final de la conferencia: la admisión de la P.F. como derecho humano. Así de claro se manifiesta el Islam sobre el tema, con más decisión y valentía que la iglesia católica.

Diferente es el tema del Aborto donde después de una larga discusión sobre el feto y sus dos vidas, la latente y la aparente, se opina que el concepto de "vida" pasa por una serie de fases (Traditions des quarante). Esto da pie a elucubrar sobre si durante las primeras semanas de gestación el feto posee alma. Para algunos la ausencia de esta se fija en la barrera de los 120 días, lo que equivaldría a las 20 semanas de gestación. Otros opinan que el momento en que el alma penetra en el cuerpo sigue siendo un misterio. Pero en resumen la Conferencia llega a admitir el aborto en algunos supuestos (malformaciones) si se practica antes del 4º mes, y lo prohíbe a partir de este con la excepción de que la vida de la madre corra peligro, entonces priva el derecho de la entidad sobre el proyecto, la salud de la madre sobre la vida del feto.

Toda una lección para algunos sectores de nuestra población.

Pero en el Centro de P.F. de Alhucemas no todo son píldoras y preservativos, también se realizan una serie de Actividades que giran, todas ellas, alrededor de la mujer.

Las más importantes son las de sensibilización e información, o sea las Actividades Culturales. El Centro cuenta con un temario preparado para hablar de aquello que nos parece más interesante, citemos: el matrimonio precoz, la mujer en las actividades sociales, formación de la mujer adulta, enfermedades de transmisión sexual, prevención del SIDA, etc. etc. Lo que nos ha permitido realizar más de 120 Charlas con la participación de más de 1500 mujeres y unas 70 conferencias con más de 3500 participantes.

No menos activa se ha manifestado nuestra profesora, Najia Aharhi, impartiendo clases de Alfabetización a las mujeres menos afortunadas que acuden al Centro.

Al igual que las religiosas de la "Divina Infantita" que, alojadas en el flanco izquierdo de la antigua iglesia católica, colaboran con nosotros desinteresadamente. Enseñan a las mujeres, aguja e hilo en mano, como no se harán los repuntes en el 2000, ahora bien.

La Actividad, digamos más morbosa, que se practica en el Centro, contradictoriamente, es la clase de cocina. Digo la clase porque solo disponemos de una, pero que no tiene desperdicio y además sale gratis. Me estoy refiriendo a la *Receta de las palas de las higueras chumbas*: cójanse unas palas de chumbera, preferentemente de este mismo año, y hiérvanse con sal y una cebolla durante 45 minutos, córtense a trocitos y prepárense al gusto. En ensalada, rehogadas con ajos, revueltas con huevos, al coctel de gambas, etc.

Es una receta que me enseñó una monja mejicana y que, en el Rif, resulta totalmente desconocida a pesar de que no hay caserío que no esté rodeado de chumberas, pequeño (*Dak´werz*) o grande (*Ak´wer*). Yo he visto reírse a las mujeres, tuti pulmone, cada vez que les comunicaba de qué iba a ser la clase de cocina. Y las he visto "ponerse las botas" una vez bien cocinadas. O sea que les gustó.

Los higos chumbos (*Hintia* en árabe y *Dahendiz* en rifeño) sí se consumen frecuentemente, especialmente los blancos de Targuist que son deliciosos. El idioma rifeño no se parece al árabe, son

los vascos del Marroc. Los protectores de cactus deben empezar a preocuparse, y más ahora que está de moda el "Aloe Vera".

También tenemos un grupo de *Voluntariado* que acude al Centro. Son jóvenes estudiantes que dedican parte de su tiempo a colaborar con nosotros: distribuyen información, hacen traducciones, salen en campañas de información, etc. Lógicamente el Centro pone a su disposición alguno de sus recursos, el local por ejemplo, donde, aparte de algunas horas de esparcimiento, practican otras actividades que les divierten.

Un domingo querían ir de paseo sin responder a demasiadas preguntas de los agentes del orden. Uno de los responsables me presenta un documento a la firma:

- *"Les élèves mentionnés ci joint ils sont des adherants au Centre de P.F. où ils exercent quelques activités comme des Volontaires. Pour ce fait, ils m'ont demandé de réaliser une excursion au Club Méditerranée ..."*
- **Oye, Wassim, ¿tu crees que yo puedo firmar esto? ¿No será cuestión de las autoridades?.**

En estos momentos, bajo la supervisión del cura y un profesor del colegio español, están preparando una Coral para el Centro, una coral poliglota, de fusión. Y como pronto pondremos la primera piedra en la construcción de un Centro definitivo, inauguraremos con algún acto presentable, un té y unos coros por ejemplo.

El ayuntamiento ha cedido los terrenos, 416 m², y la AMPF se encargará de su construcción, hasta el momento permanecemos alquilados con monsieur Allal Bourokba.

Ellos son las muchachas y los muchachos rifeños, que colaboran fuerte y desinteresadamente con MDM, con la planificación por el Rif, en Marruecos, unos cien.

La 2ª parte del Proyecto ha comenzado recientemente, en cuanto hemos recibido la Unidad móvil. Es un Toyota Land Cruiser Hardtop 13 Seater 4x4 Diesel, una pasada, un modelo a seguir según la AMPF. Está bien equipado con medios audiovisuales y un motor eléctrico que lo hace autónomo. Es el responsable de establecer una red rural dependiente del Centro, bueno de llevarnos solo.

Ya sabemos que la zona rural es la más necesitada, la más desprotegida y, en este caso, también la más complicada por las dificultades que conlleva el tema. Me lo decía el Dr. Kerkouri, director provincial del Hospital:

- **No te imaginas lo que vas a encontrar. Con decirte que vamos a vacunar y las mujeres nos sacan el brazo por la ventana para que no las veamos.**
- **No será para tanto.**
- **Tu verás. Aquí vienen a parir y algunos maridos no consienten ni en dejarlas 24 horas de observación postparto, no sea que alguien las mire demasiado.**

El campo, la zona rural, sí está resultando interesante. Las tradiciones y antiguas costumbres persisten con más fuerza y el extranjero tiene la sensación de lo no visto.

En algunos poblados las casadas apenas salen de casa y antes de poder reunir las hay que hablar con el kaid, los jefes de "villages", los maridos, y demás hombres en general, aunque si la oferta mejora la salud de las mujeres todo puede hablarse, es negociable.

La mayoría de los pueblos poseen un centro de salud, una escuela, un local para reunirse, y un enchufe donde conectar el vídeo que dará color a la charla. De no ser así tampoco importaría pues

ya digo que estamos preparados. Rachid, el conductor, saca los cables y conecta el motor eléctrico, el ruido es un buen aviso de que pasa algo, de que hemos llegado.

- ***¿Hay enchufe o no?***
- ***Dicen que todavía no ha llegado la electricidad ¿Qué si les van a hacer la Foto X?***

Entonces entran las Animatrices y hacen las presentaciones. El Conductor va a dar una vuelta y el Doctor se queda esperando sentado en la montaña, al fin y a la postre somos hombres. A veces, mientras espero, ellos me invitan a tomar té y me explican que hay que esperar fuera puesto que es la tradición y que además es mucho mejor dejar tranquilas a las mujeres hablando de sus cosas.

- ***Son sus cosas. ¿Prefiere menta o shiba con el té?. Con el frío mejor la shiba.***
- ***¿Y usted de donde es?. Este ha estado trabajando en Holanda y yo en Barcelona.***
- ***Yo estoy jubilado pero tengo una pequeña pensión del extranjero.***

Con la conversación la tarde se plaga de confidencias y hasta aparecen las pipas tradicionales que van cargando con parsimonia. Cuando aparecen las primeras bocanadas el aire se impregna de un aroma que parece cargado de colores.

- ***Una caladita, doctor.***
- ***Perdone pero solo fumo Louka, ya estoy habituado a este subgénero también marroquí.***

Salen las Animatrices en mi busca y me salvan. El médico puede entrar con las mujeres y más siendo un extranjero que está en otra onda y comprende poco. El recibimiento es apoteósico, suenan los aplausos y ese ulular fuerte e hiriente del Rif. Las mujeres están encantadas de que alguien se preocupe por ellas, de salir de sus casas y participar en algo, de contemplar el montaje de no se sabe qué planificación.

- ***Estamos aquí en nombre de MDM y la AMPF para...***
- ***Dicen que ya se lo han explicado. ¿Qué para cuando la fiesta de la cocina?***

La conferencia resulta un éxito, como siempre, porque además de mostrarles las imágenes de la risa, un preservativo que cubre un falo de dibujos animados o unos espermias que no pueden subir por el cuello uterino porque se lo impide un diafragma, también tenemos sesión de consultas. Son consultas públicas, sin ningún pudor o rubor.

- ***Que esta mujer dice que le baja la regla de color negro y con mal olor.***
- ***Pues a esta hace tres meses que no le baja y no tiene al marido con ella.***

Hay consultas de todas las especialidades, algunas todavía con la receta que le acaba de proporcionar su médico en la mano, desde la hernia discal a la caída de pelo, pero es imprescindible atenderlas a todas si queremos promocionar la P.F.

Mientras las mujeres se arremangan las faldas para que las pueda tocar allí mismo, en medio de la algarabía, las enfermeras toman la tensión y abren algún Dossier de nuevas Aceptoras. Las exploro, doy algunos consejos, receto algo... y el final es siempre un griterío de aplausos y unos círculos de mujeres deseosas de preguntar más cosas. Las más jóvenes estrechan más el círculo y el idioma no es un problema para la sonrisa.

- ***Todas estas, doctor, son las solteras. Las que todavía no tienen marido.***
- ***¿Cuándo volverá?. ¿Cómo se llama? ¿De donde es? ¿Está casado?.***

Pero hay que partir, aunque se intuye que a pesar de tantas prohibiciones uno podría quedarse a compartir preguntas y sonrisas, la Unidad Móvil tiene que volver al Centro, impecablemente. Durante el viaje de regreso voy pensando que al llegar a cierta edad no está mal empezar con conferencias, son mucho más descansadas, y agradables.

Por último, antes del descanso, me gustaría contarles algún párrafo sobre el dolor, sobre la cara triste de la mujer rifeña.

AIFA, L'Associación de l'Initiative Féminine d'Al-Hoceima, es una ONG local que contactó con nosotros. La constituyen siete mujeres y un grupo de voluntarias musulmanas que, como ya conté, tiran con ganas del carro social porque sí, porque se lo pide el cuerpo, porque *-también aquí-* existe el maltrato a la mujer *-la violencia al género-* y no quieren ignorarlo, no les da la gana, echando un pulso o impulso contrario a ese horror tan actual y del que siguen ignorándose sus proporciones, las proporciones sospechosas del **mal**.

La mujer, las mujeres de AIFA tienen entre 30 y 40 años, Rachida es profesora, Amel trabaja en el Centro, y Fatiha, Naima, Nasera, Fatima y Fátima dedican el tiempo libre que las dejan a apoyar a las mujeres que son maltratadas, violadas, machacadas.

Y es que las agresiones y los abusos a la mujer se diluyen en mil normas establecidas, en otras tantas tradiciones arcaicas, en un sinfín de recursos que las deja sin defensa, como una enorme telaraña. Sí es verdad que hay más transparencia pero para un caso que sale cien que no suenan.

- ***Doctor a la hora de la verdad estamos solas, sin saber que hacer, ni a donde ir, o a quien acudir, no estamos educadas para ello sino para la resignación, para soportar la fuerza bruta, lo físico antes que lo mental, el peso de la fuerza antes que el de la inteligencia.***
- ***Suena terrible y suena bien que lo diga ¿Porqué no lo escriben?.***

Y vaya si lo escribieron, y lo presupuestaron, y aportaron informes y estadísticas sobre todo tipo de documentos: tasas judiciales, demanda de repudio, acción de llamada, demanda de dote posterior, l'expertise y l'avertissement. Lo otro, el nada superfluo factor económico, era el que les faltaba y nos estaban pidiendo, el que MDM canalizó a través de Conecta y la Feria del libro de Madrid.

- ***El último caso que tenemos es el de una niña de 10 años que la metieron de sirvienta en una casa y la dueña, de los nervios, la tiró por la ventana. No hubo juicio, el marido de la dueña es funcionario. Mientras la niña ha estado 3 meses agonizando en un hospital de Fes cuidada por su abuela. Hace unos días que ha muerto. No puede quedar así. No debe.***

La mujer del Rif apenas se atreve a denunciar nada, el miedo al marido, y más aún a las familias y su poder, la lleva directamente a la sumisión. Y no hablemos cuando los agresores son el padre, los hermanos mayores o los jefes donde se trabaja. Poco puede hacer una mujer y menos si ni tan siquiera sabe leer o escribir.

- ***Y hay muchos gastos: hacer fotos de las lesiones, pedir un certificado médico, poner demanda en el juzgado, pagar las tasas judiciales, acogerlas hasta que se repongan,... pero si pudiéramos alquilar un local de acogida todo iba a resultar más sencillo, Doctor.***

Bien el Centro se ha alquilado, la cámara de fotos ha sido comprada, los libros de texto están en camino... y todo *el lento y largo proceso* se inicia.

Mi casa está cerca de las playas del Quemado, en pleno núcleo del Rif, es una casa con el rótulo de MDM, de balcones abiertos, próximos, muy próximos a ellas, igual que a ustedes si antes de terminar el proyecto deciden pasar un día por Alhucemas.

Y termino citando a la Dra. Amelia Rius, la mujer que me seleccionó para la aventura con M.D.M. A ella y a todos ustedes gracias por su atención.

El partenariado entre el Norte-Sur: Lecciones aprendidas

CYNTHIA INDRISO, Experta en salud reproductiva y asesora del GIE

Sumario: *El llamado paradigma 'norte-sur' se refiere, en sentido amplio, a las relaciones entre las partes que tienen recursos y necesidades fundamentales en desequilibrio.. ¿Cómo se puede alcanzar una relación equilibrada? En lo que se refiere al cumplimiento de las necesidades reales en salud sexual y reproductiva de las personas, la acción se puede encontrar en dos aspectos fundamentales de nuestro trabajo. El primero es considerar la manera en que formamos el partenariado, o las alianzas, entre todos nuestros colegas aquí en el norte y sobre el terreno en el sur, pero en particular con aquellos a los que pretendemos ayudar. El segundo es considerar el enfoque y contenido de los servicios de salud reproductiva que proyectamos. Es decir, que vamos a considerar brevemente una solución estratégica—el partenariado (la alianza)-- dentro del contexto de los programas y servicios de salud reproductiva.*

El contexto: el Consenso de El Cairo

En la "Conferencia de El Cairo" quedó claro que la salud sexual y reproductiva de las personas está determinada por las condiciones de pobreza o riqueza en que éstas viven y por la creciente desigualdad, así como por la capacidad para ejercer sus derechos humanos básicos.

Creo además que la implementación del Programa de Acción de El Cairo solamente es posible a través de la creación de mayores alianzas o partenariados que permitan superar las restricciones de la falta de equidad, la desigualdad, y la injusticia en la sociedad, especialmente en situaciones de pobreza.

El llamado paradigma 'norte-sur'

Para empezar, debemos tener un conocimiento claro del desequilibrio fundamental de los recursos materiales y como consecuencia, del desequilibrio de poder que existe entre las partes diferentes. En sentido amplio, el socio del 'norte' tiende a ser el que proporciona el dinero, o el llamado "apoyo técnico." Por otra parte, el socio del sur es el que está falto de recursos, el necesitado, el que pide servicios básicos para lograr y mantener un mínimo nivel de bienestar.

Este paradigma de desequilibrio fundamental, aplicado normalmente al modelo "norte-sur", puede ser también aplicado en grados diversos a los contextos distintos que mis colegas de esta Mesa representan. Tenemos una buena oportunidad de comprobar la forma en que Médicos del Mundo lleva a cabo su trabajo con sus socios. Esto es, pensar conjuntamente en si estamos formando alianzas con las que realmente incrementar la salud y los derechos reproductivos y sexuales de aquellas personas a las que dirigimos nuestra actividad.

¿Qué significa 'partenariado' o 'alianza'?

Aunque en situaciones del desequilibrio del poder la tendencia es competir, el partenariado no significa una necesidad tomar la ventaja o perder terreno. Tampoco significa compromiso ni olvidar la capacidad de crítica y el ejercicio de la presión política. Se refleja un reconocimiento de la diversidad, es un puente de solidaridad más allá de las diferencias. Requiere negociación sobre los distintos valores y prácticas, en un proceso dirigido hacia compartir perspectivas y habilidades. Se basa en el respeto mutuo. ¿Cuáles son los elementos esenciales para asegurar el éxito como socios?

El aumento del poder (empoderamiento). Para que las alianzas funcionen, debe llevarse a cabo una labor continua de fortalecimiento del poder. Esto significa capacitar a las personas para que éstas puedan cubrir sus propias necesidades, teniendo en cuenta sus esperanzas y sus aspiraciones, sus miedos y temores. Las ONG´s como Médicos del Mundo tienen la obligación de escuchar activamente las opiniones de las mujeres, hombres, familias, y comunidades necesitadas de los servicios de salud reproductiva. Cuando se diseñan los servicios, hay que tomar en cuenta la experiencia médica existente, incluyendo las prácticas tradicionales, los comportamientos sociales y culturales, y los sistemas de creencias--tanto en la pareja como dentro de la familia y de la comunidad.

Los llamados beneficiarios, los 'socios del sur,' tienen que compartir sus perspectivas sobre las necesidades reales para involucrarse en los hechos y decisiones que afectan sus vidas. Es el socio del sur el que proporciona el contenido intelectual al diálogo. En el partenariado debemos ir hacia una reorientación: de los servicios definidos por los beneficiarios y no por los proveedores.

La perspectiva de género. El llamado enfoque del "empoderamiento" es esencial para crear proyectos de salud reproductiva de alta calidad y sensible con todos los factores de género. Porque aún cuando la salud reproductiva abarca las necesidades de salud de hombres y mujeres, la carga de enfermedad asociada con la reproducción no se distribuye equilibradamente entre los dos sexos. Ciertamente, por ejemplo, son las mujeres las que deben encarar los problemas de salud derivados de un embarazo no deseado como nos sigue diciendo la tragedia de muertes maternas.

Un enfoque de género requiere el total reconocimiento de las necesidades específicas de las mujeres, basadas en las diferencias biológicas y la desigualdad social. Y sobre todo, es necesario identificar el contexto real de las parejas teniendo en cuenta los factores de género cuando se diseñen y entreguen los servicios de salud reproductiva.

La equidad y la igualdad. Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales. Para que exista una relación equitativa entre los socios de un partenariado, los recursos y los servicios han de ser entregados y distribuidos asegurando un acceso y unos resultados justos e igualitarios. Es decir, sin discriminación de género, edad, orientación sexual, estado civil, clase, raza, discapacidad, estatus migratorio, o cualquier otro factor.

La implementación de programas en términos de justicia requiere combinar la igualdad y los principios de equidad como base para la acción social. En particular, por ejemplo, el partenariado debería crear las condiciones necesarias para que las mujeres puedan participar plenamente y en igualdad en los proyectos, incluyendo la toma de decisiones en sus comunidades.

La responsabilidad (rendición de cuentas) y la transparencia. Las bases de la responsabilidad en el partenariado son la transparencia, la participación, la consulta y el proceso democrático--incluyendo el derecho a la crítica u oposición, el respeto a los acuerdos y la sensibilidad respecto de los sectores y los grupos afectados. Y estas bases se aplican a todos los niveles de diseño de políticas y programas, así como en la provisión, implementación, control y evaluación. Sobre todo, y como mínimo, las alianzas requieren acceso abierto a la información y a los procesos de toma de decisiones, incluyendo el uso de los fondos.

Los partenariados potenciales tienen muy distintos recursos, de tal forma que las organizaciones de mujeres frecuentemente se encuentran en situación de severos desequilibrios de poder y, por lo tanto, deben negociar para asegurar que sus preocupaciones sean consideradas. Entonces, se debería apoyar aún más la capacidad de las organizaciones de mujeres para que participen efectivamente en procesos de toma de decisión, en la implementación de programas y en el control posterior.

La sostenibilidad. La sostenibilidad de los partenariados requiere que las agencias coordinen sus políticas e inversiones en base a procesos consultivos participatorios. También se deberían apoyar las actividades de defensa para construir permanentes compromisos políticos respecto a las inversiones. Del mismo modo se deberían crear y apoyar mecanismos para construir y mantener alianzas con la sociedad civil, los movimientos sociales, y las organizaciones con base en la comunidad.

Conclusiones

El Consenso de El Cairo supuso un gesto magnánimo de muchos y diferentes interlocutores quienes buscaron incrementar los derechos y la salud reproductiva de las personas. Ninguna persona o grupo tiene el monopolio sobre la manera correcta y verdadera de cumplir con los compromisos acordados. Aunar igualdad, equidad, género, justicia, y derechos humanos en salud reproductiva es dar capacidad a las personas para que puedan realizar los cambios en sus vidas que ellas mismas querían. Necesitamos formar alianzas basadas en las estructuras locales existentes, en los conocimientos y en las habilidades. Es decir que tendrían que ser las necesidades de los socios del sur los que determinen los contenidos y estructura de los servicios necesitados. Y estas lecciones son el fundamento sobre el que deben basarse las políticas del norte.

Este taller de Médicos del Mundo sobre género es un ejemplo del tipo de diálogo necesario para ayudar a crear alianzas que traigan consigo mejoras reales y sostenibles en salud, derechos reproductivos y sexuales.

La presentación de transparencias:

1. *El Marco: El Consenso de El Cairo*

La salud sexual y reproductiva de las personas esta determinada por:
las condiciones de pobreza o riqueza en que éstas viven;
y por la creciente desigualdad, así por la capacidad para ejercer sus derechos humanos básicos

2. *La Realidad: El 'Norte' contra el 'Sur'*

Existe un desequilibrio de los recursos materiales, y como consecuencia, del poder, entre las dos partes.

3. *La Necesidad: El Partenariado ('Partnership')*

El fundamento para avanzar se basa en el partenariado (las alianzas). Los que permitan superar las restricciones provocadas por la falta de equidad, la desigualdad, y la injusticia.

4. *¿Cuáles Son los Elementos Básicos para Crear Partenariado Exitoso?*

El Aumento del Poder (Empoderamiento)
La Perspectiva de Género
La Equidad y la Igualdad
La Responsabilidad (Rendición de Cuentas)
La Transparencia
La Sostenibilidad

5. *El Aumento del Poder (Empoderamiento)*

Una perspectiva de servicios reorientada: del proveedor hacia el usuario

6. *La Perspectiva de Género*

La carga de enfermedad asociada con la reproducción no se distribuye equilibradamente entre los dos sexos

7. *La Equidad e Igualdad*

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales.
Los recursos y los servicios han de ser entregados y distribuidos asegurando un acceso y unos resultados justos e igualitarios. Sin discriminación de género, edad, orientación sexual, estado civil, clase, raza, discapacidad, estatus migratorio, o cualquier otro factor

8. La Responsabilidad y La Transparencia

Las bases (en el diseño de programas, provisión, implementación, control y evaluación) son: participación; consulta; el proceso democrático, incluyendo el derecho a crítica u oposición; el respeto a los acuerdos; y la sensibilidad respecto a todos los grupos afectados

9. La Sostenibilidad

Políticas e inversiones en base a procesos consultivos participatorios

Se incluya: la sociedad civil, los movimientos sociales, las organizaciones con base en la comunidad

Abogar para construir permanentes compromisos políticos

10. El papel de las organizaciones de mujeres

Las alianzas se deberían apoyar la capacidad de ellas para que participen efectivamente en procesos de toma de decisión en la implementación de programas y en el control posterior.

11. El 'Norte'

Debe buscar y escuchar las opiniones de las mujeres, hombres, familias y comunidades necesitadas de servicios de salud reproductiva:

los conocimientos médicos, incluyendo las prácticas tradicionales

los comportamientos sociales y culturales

los sistemas de creencias

12. El 'Sur'

Debe olvidar temores y transmitir con claridad.

Tiene que compartir sus perspectivas y proclamar sus necesidades abiertamente.

13. Un Partenariado Exitoso Requiere:

El reconocimiento de la diversidad

La negociación sobre los distintos valores y prácticas

Ser un proceso dirigido hacia compartir perspectivas y habilidades

Basarse en el respeto mutuo

14. Una Última Palabra

Necesitamos una gran capacidad de apertura para formar partenariado

Ninguna persona o grupo tiene el monopolio de la verdad o el método

Las necesidades de los socios del 'sur' deben determinar los contenidos y estructura de los servicios necesitados

DEBATE

INTERVENCIÓN:

Le quería hacer una pregunta a Ildefonso. No puedo entrar a trabajar si yo no conozco la subjetividad de los/as adolescentes donde estoy trabajando, y me gustaría saber si Ildefonso ha explorado la subjetividad de éstos adolescentes, ¿qué piensan que es la menstruación?, ¿que piensan de los roles, de cambiar roles?, ¿qué piensan de la homosexualidad ?, ¿qué piensan de la violación?... porque supongo que con su cultura son diferentes y no se puede entrar como lo harías aquí.

ILDEFONSO PENADÉS:

No sé que contestar. Creo que la base de todo es el sentido común, escuchar y ver; y eso es lo que se suele hacer los primeros meses: tú hablas, ves, escuchas, y después con un poco de sentido común... tampoco se necesitan hacer grandes estudios, aunque si se hacen, mucho mejor. Aunque hay grandes diferencias de cultura hay puntos en común y a partir de esos puntos en común se rastrean las diferencias, qué piensan de la regla, pues es esto lo que nosotros explicamos desde un punto de vista sencillamente biológico, después lo que crean ellos es otra cosa.

BEATRIZ YARZA:

A mí me parece muy importante y me llama la atención que tú no le des importancia, y que digas que son cosas comunes. En Centroamérica, por ejemplo, o en el Salvador, tener la regla es eliminar la suciedad de la mujer, yo no puedo enfocar mi educación sexual si no tomo en cuenta ese factor tan importante. Ellos consideran que eso es eliminar, estar embarazada o parir es la enfermedad, la regla se llama enfermedad y cuando uno se pone de parto, dicen “venga doctora que mi mujer ya enfermó”; o sea, si tú no tomas en cuenta estos aspectos es muy difícil que pueda realmente cambiar prácticas.

ILDEFONSO PENADÉS:

Es verdad, y si la cultura además es muy diferente, pasas mucho tiempo enseñándote tu también (la cultura de ellos, claro). Tienes que aprender, que es lo que yo he intentado decir. Por ejemplo, yo recuerdo que al principio de conocer el Africa Negra iba de sorpresa en sorpresa, nunca acababas de ver cuál es la realidad. Teníamos una enfermera que tenía un novio a 100 kilómetros en la selva y esto en una selva son pues dos o tres días de camino; por lo tanto no se veían nunca. Sin embargo, cuando pasaba alguien por el hospital, yo por la noche siempre la veía preparar las cocinitas; entonces el paseante se quedaba en su casa, cenaba, descansaba y después partía. Un día, viendo que aquello era bastante frecuente, se me ocurrió sugerirle desde mi punto de vista cultural: “Oye Rose, que el hospital tiene pastillas de planificación, por si quieres tomar alguna”, y ella me contestó: “oiga doctor, es que quiero darle una sorpresa a mi novio”. Y claro, uno se noquea, porque ella me estaba diciendo realmente, “yo así me quedaré embarazada y cuando vaya a ver a mi novio le diré: ya estoy embarazada y por el mismo precio tienes dos: yo y quien vendrá”, Porque la paternidad allí no importa tanto, quien sea el padre biológico, lo que importa saber es que el embarazo y los niños de esta señora o señorita serán del que se case con ella porque la dota. Bueno pues, esto es un largo aprendizaje, que yo tampoco quiero dramatizar, se va aprendiendo, todos aprendemos.

INTEVENCIÓN:

Yo voy a añadir una cosa, el hecho de tener una contraparte y formar alianza a la hora de identificar las necesidades y ver cómo se satisface, allana mucho el camino, porque la contraparte

que conoce su país, conoce las tradiciones y sabe cómo abordar estos problemas; es decir, que si aterrizamos en un país donde no tenemos ningún punto de referencia, yo creo que como mínimo necesitaríamos seis meses para poder analizar esa realidad sociocultural sin ese recorrido de conocimiento previo.

CRISTINA CALDERÓN:

Somos bolivianos, pero sin embargo, para hacer cualquier proyecto hacemos un taller con los chicos para que ellos digan qué necesidades tienen, porque una cosa es la necesidad que yo creo que ellos tienen, y otra la que ellos están pidiendo. Entonces nosotros empezamos primero a proponerles a los chicos, que nos expliquen lo que quieren, después nosotros podemos meter un poco de nuestra baza porque lo que queremos es cruzar información, sí, pero tratamos que parta de abajo para arriba, es más rico.

GRACIELA FREYERMUTH:

Yo le quería hacer un comentario a Beatriz, con relación a estrategias. Durante mucho tiempo, nosotros también tenemos una estrategia únicamente de trabajar con gente de base pero hemos visto a lo largo del tiempo que también es necesario trabajar más a nivel global. Por ejemplo, nosotros ahora combinamos el trabajo de base, con el trabajo de medios masivos de comunicación en Chiapas, y yo creo que ha de ser lo mismo en el Salvador. La radio tiene mucho impacto, la gente desde que se despierta está escuchando la radio; entonces nos hemos tratado de apropiarnos de la radio para difundir ciertos mensajes que nos parecen importantes. Por ejemplo, nosotros ahorita estamos enfocadas a la disminución de la muerte materna: factores de riesgo, la responsabilidad no sólo de la familia, sino de la comunidad y de la mujer... o sea, transmitir que es un problema de la mujer, de la familia y de la comunidad; también entonces hacemos cuestionamientos de cabildeo con gentes claves desde agentes municipales, líderes... vemos cómo ir resolviendo los problemas no solamente a nivel de base, si no en distintos frentes, y nos ha resultado más efectivo para ciertas modificaciones en prácticas.

INTERVENCIÓN:

Hay dos apartados que me han parecido importantes de lo que ha expuesto Cynthia Indriso respecto al tema de creencias y prácticas. Las creencias son lo más difícil de cambiar, la humanidad ya llegará cuando le toque. En el tema de las prácticas sí que viene acompañado con los conocimientos científicos. Por ejemplo, mi madre no se podía plantear la anticoncepción porque no tenía ni idea de cómo funcionaba el cuerpo femenino a ese nivel; hace falta que alcancemos el conocimiento científico, las realidades y todo lo demás; si no, ¿cómo sabemos que podemos intervenir sobre él hasta que no se haya conocido o no se haya tomado conciencia? Esa parte es en la que creo que hay que insistir y para eso la educación resulta fundamental. La parte técnica no se la van a proporcionar porque son analfabetos, por motivos de poder entre los propios sexos, de reparto de poder a nivel económico...; esa parte es la que creo que se puede dar con menos implicaciones a otros niveles pero que fomentan la autonomía, al decir: el estado no me da anticonceptivos, mi marido no quiere que tome anticonceptivos pero, si se puede, ¿por qué no?

INTERVENCIÓN:

En primer lugar, creo que el asunto no es cambiar ninguna creencia, no estamos en ello, realmente estamos en el descubrimiento de lo que son las creencias relacionadas, como por ejemplo, planificación familiar. Un ejemplo: en algunas culturas, a las mujeres les gusta tener su regla o sea, que cada mes quiere ver algo de sangre; es muy importante, les da algún tipo de seguridad el hecho de que todo está funcionando como debe de funcionar. En este contexto si los médicos vienen con un método que es inyectable, en que se pierda la regla... Ahora están con un diseño inyectable de cinco años pero si estás intentando dar a mujeres de una comunidad cuya creencia es que no tener la regla

quiere decir que estamos enfermas, es un problema, es un obstáculo: no estás dando a las mujeres lo que realmente necesitan. O sea, en este contexto se da la búsqueda de la creencia, pero no para cambiarla, sino para estar más reunida con ellos.

ILDEFONSO PENADES:

Estoy muy de acuerdo con lo que han dicho, porque nosotros y yo particularmente tampoco, he intentado cambiar ninguna creencia. Por ejemplo, unas mujeres creen que cuando están embarazadas no pueden tener relaciones sexuales; otras, si están embarazadas tienen que tener muchas relaciones sexuales para que el semen alimente al feto; unas pueden comer caracoles, para otras lo tienen prohibido los varones; en algunos casos a las embarazadas no les dan pollo para comer, así que se lo comen ellos... Yo no puedo entrar en ese mundo, bien está que yo las conozca y para eso tengo un tiempo en el cual voy enterándome de muchas cosas, pero coincido en que lo importante de nuestra misión es la información, y la información científica, que esa no la discute nadie. No entro a discutir con la gente con la que convivo, me limito a decirles algunas reglas médicas, científicas, comprobadas y por ahí ya veremos a dónde llegamos, de todas maneras quiero reseñar que ya veis que todas las mujeres que me rodean saben mucha más estrategia que yo; son mujeres y yo soy casi más intuitivo, con lo cual es un valor muy de mujer... (Risas).

INTERVENCIÓN:

A propósito de lo que se decía antes, sobre intervenir en un campo cuyas costumbres no se conocen, pienso que casi todo el mundo cuando ha hablado de algún proyecto en concreto, ha hablado de formar un equipo. Y siempre que educamos estamos siendo educados, creo que en la formación del equipo estamos recibiendo una enorme formación de cuáles son las costumbres, las creencias, los mecanismos y, por tanto ya los estamos aprendiendo ahí, que a veces tampoco hay que plantearse de una forma muy obsesiva.

A propósito de saber cuáles son las necesidades, planteo el tema que hemos tenido en el CASIM con la planificación familiar. En el CASIM, aquí en Madrid, se han hecho una serie de talleres algunos de muchísimo éxito y otros de fracaso rotundo, como fue el de planificación familiar. Han tenido éxito los talleres que daban una capacitación; la gente que viene, viene a consulta porque tiene un problema médico, todos tienen problemas de trabajo, y todos los talleres que han dado una capacitación han funcionado muy bien. Ha funcionado muy bien un taller intermedio, de nutrición, que ha servido para que personas acostumbradas a comer de una forma distinta puedan hacerlo mejor aquí (sacar partido, cómo conseguir las cosas que necesitan...) ¿Por qué fracasó el de planificación familiar? Tenemos toda clase de especulaciones: porque no era el sitio indicado (nos estamos replanteando ir a donde ellos están y no que vengan), porque la llamada no fue percibida por una población que está en estado de necesidad como algo inmediatamente necesario... Y aunque la necesidad no sea sentida, la necesidad está ahí. Vamos a empezar ahora en mayo un taller que llamamos de acogida, en el cual tratamos de enseñar esas diferencias culturales, esas diferentes formas de interpretar una misma situación, cómo hacer uso de una serie de medios en España..., tenemos secciones específicas dedicadas a la mujer, a planificación familiar, pero no vamos a llamar el taller de planificación familiar. Pensamos que de ahí pueden salir muchas cosas y esa necesidad que ellos no sienten, quizás ahí les quede más claro.

Una última pregunta, ya más pintoresca: ¿crees que tendrían las mismas facilidades para conectar allí?, es que lo que tú has contado es muy distinto de la imagen que tenemos nosotros de la cultura musulmana y de la posibilidad de un nombre de acceder a las mujeres, en un tema tan delicado, por decirlo de alguna manera como es el tema del ginecólogo, ¿tú crees que si no tuvieras primero esa reunión masculina, te resultaría más difícil llegar y por supuesto, todo el equipo de mujeres que te rodean, también y hasta qué punto esa parte que nosotros nos hemos planteado (es un centro de reunión, no sólo de planificación familiar, por eso yo creo que el centro del CASIM no funciona para ciertas cosas, es un centro médico, no es un centro de actividades; de hecho el taller lo tenemos planificado para darlo en diferentes sitios de Madrid).

ILDEFONSO PENADES:

Yo creo que, por lo que estoy viendo, el problema que creíamos que era de la mujer, no es un problema de la mujer: es un problema del hombre, son ellos los que no las dejan salir de casa, son ellos los que les prohíben esto y lo otro. Creo que la mujer está con unas ganas tremendas de participar, de que vayamos de venir a contarnos sus cosas, de hacer algo, o sea que el problema, una vez más no es la mujer, es el hombre.

INTERVENCIÓN:

Quería preguntarle a Graciela Freyermuth sobre las experiencias de su grupo de trabajo en identificar necesidades prácticas. Cuando vamos a intentar apoyar alguna situación hay que primero conocer qué está pasando, hay también unas herramientas para investigar qué está pasando desde las relaciones de poder que se generan entre los roles, cómo pesan estos roles en cada cultura, qué dificultades tienen hombres y mujeres de cada cultura y luego hay que identificar necesidades prácticas. Se trata de identificar necesidades prácticas de las comunidades para, a su vez, plantear otro tipo de intervención que sería estratégica, y que va a potenciar a mediano plazo estas relaciones en esta comunidad; probablemente tengamos que empezar a aprender a utilizar estas herramientas para aplicarlas a cualquier realidad. Es un camino que, aquí, en Médicos del Mundo, no acaba más que empezar y el cual esperamos transitar conjuntamente, con organizaciones fundamentalmente del tercer mundo que tienen mucha experiencia. Por un lado, hay que escuchar, nos lo ha dicho Cynthia clarísimamente, pero en cualquier caso, existen herramientas metodológicas igual que existen conocimientos médicos para identificar en una población sus necesidades prácticas, es decir, qué es lo que, en definitiva, necesita esa población.

GRACIELA FREYERMUTH:

Nosotros utilizamos dos maneras que complementan las dos visiones: por un lado, cuando la población es más abierta y más accesible a nosotros como grupos organizados, es muy fácil porque tú haces un taller, identificas cuáles son las necesidades básicas de la gente y a partir de ahí diseñas toda una estrategia. En el caso de mujeres indígenas de los altos, que son mujeres analfabetas monolingües y que además están bajo el dominio de los hombres, como sería el caso de las mujeres musulmanas, entonces sí utilizamos una estrategia de investigación, que es como tratarle de darle la palabra a las mujeres y ver qué es lo que ellas quieren y sienten, cuáles son los problemas de salud. Les voy a contar lo que nos pasó en Chenalhó; fuimos bastante ingenuas. Entramos en esa comunidad e hicimos un taller; entonces nuestro objetivo era la cuestión de la muerte materna porque veíamos que era un problema grave e invisible. Las mujeres no acuden a los servicios de salud, de cuarenta mujeres solamente cuatro habían tenido relación con alguna gente de salud occidental; todo los demás lo habían resuelto con curanderos, parteras..., con los agentes comunitarios locales de salud. Llegamos a hablar del problema de la muerte materna y las mujeres se nos acercaban y nos preguntaban sobre los métodos anticonceptivos y cómo se usan. Y nosotros no estábamos promoviendo programas de planificación familiar, no era nuestro interés, pero dijimos, "han venido unas seis mujeres a preguntarnos sobre métodos de anticoncepción, pues vamos a darles información para que ellas sepan cómo pueden acceder, cómo deben usarlos... Después de dar el taller, todo el mundo en Chenalhó decía que nosotras éramos promotoras de planificación familiar y se nos vino encima la Iglesia, las mismas mujeres de comités eclesiales de base. Finalmente, aunque era una necesidad sentida de muchas mujeres, y no lo podemos negar, no solamente estaban en contra los hombres de la planificación familiar, si no estaban instituciones tan fuertes como la Iglesia, porque había toda una cuestión de defensa a lo que serían las campañas agresivas que ha hecho el estado. Pensamos que no íbamos a hacer más talleres sin antes saber dónde estamos. Creo que las relaciones de poder dentro de las comunidades no permiten ni que las mujeres tengan voz, ni que en determinado momento puedan ser escuchadas.

INTERVENCIÓN:

Quería preguntar a Graciela Freyermuth cómo conseguiste la profesionalización con salario dentro del proyecto que has llevado a cabo.

GRACIELA FREYERMUTH:

Ahí ha habido toda una discusión con las agencias de colaboración, donde hay una gran resistencia a que se les pague a las mujeres como promotoras. A las agencias de colaboración les parece muy lógico que un asesor pueda cobrar un salario, un médico, un especialista en educación, pero cuando hablas de las mujeres de la comunidad, ahí es donde tienes que negociar y vender la idea del empoderamiento. Hemos conseguido becas para las mujeres, que no fueran salarios. Generalmente, la selección de las promotoras fue bastante buena, porque casi en ningún lugar hubo problemas de que a una se le asignara beca o a otra no. Pero sí hubo una comunidad indígena en donde la promotora seleccionada era una mujer viuda y era muy mal vista por toda la comunidad, esta mujer era muy inteligente, independiente y este pasado de independencia había sido muy mal visto; pensemos que estamos hablando de las comunidades, donde muchas decisiones se toman a nivel comunitario, y eso ha creado varios problemas. Por ejemplo, los promotores de educación son hombres, no pueden entrar en las casas de las mujeres, por lo tanto la alfabetización se da a hombres y todos los empleos que se crean en las comunidades son para hombres. Las parteras tienen un poder limitado porque no hablan español. Todas las decisiones en torno a la salud las toman los hombres, por eso estamos tratando de hacer programas de radio dirigidos a mujeres como forma de empoderarlas.

INTERVENCIÓN:

Tal vez las becas puede ser un estímulo pero querría saber si han seguido organizadas o ha sido tan fuerte el impacto que ha restado a muchas mujeres el seguir participando, cómo ha quedado la población.

GRACIELA FREYERMUTH:

Mira yo creo que fue una experiencia difícil para el grupo porque además nosotros estuvimos pugnando mucho con las becas, y se logró. Fue traumático porque en este contexto de polarización y como las instituciones tienen mucho poder, hubo a veces ruptura con algunas mujeres en ciertos lugares, están muy, muy, enojadas, pero no fue tampoco malo, porque una de ellas que era una líder impresionante de la zona Sierra del comité eclesiales de base, ella logró hacer un proyecto que nosotros promovimos y se le financió un proyecto de formación de crianza de gallinas y que ellas fundaron como su propia organización y se canalizaron los fondos ahí, como que las mujeres más mestizas fueron las que más se molestaron de que de repente era una beca con la que ellas contaban. Primero ellas dijeron sí, seguimos participando, pero cuando pasó un mes, dos meses y no recibían la beca, entonces fue cuando empezó a desintegrarse el grupo en relación con lo de salud, pero otras dos mujeres hicieron otras dos cooperativas y el grupo las apoyó en hacer todo su legalización ante el notario público y también empezaron a promoverse. Todas estas mujeres se involucraron en otros proyectos, además, tenían ya una capacitación en promotoras de salud o algunas de ellas formaron organizaciones, o sea creo que su vida sí cambió, el problema es que sí se lesionaron las relaciones del grupo con ellas, sobretodo de las mujeres mestizas, las mujeres indígenas no; ellas siguieron en su relación con el grupo y empezaron el trabajo de alfabetización y todavía hasta la fecha son mujeres parteras que tienen relación con nosotros.

INTERVENCIÓN:

Yo le quería preguntar a Cristina Calderón, que pertenece a una asociación boliviana que se llama CAIA, si nos puede brevemente hacer unos comentarios sobre cuál es la situación de las mujeres en Bolivia, si tiene algunas similitudes con lo que hemos visto con otros ejemplos anteriores,

si hay alguna particularidad; que con cuatro pinceladas también nos dieras una idea Cristina , de como se vive este tema en Bolivia.

CRISTINA CALDERÓN:

Me resulta un poco difícil resumir mucho, además yo no estoy trabajando en la parte concretamente de salud reproductiva, lo que sí quiero que tengan en cuenta que en todo lo que se haga, se cruza la información, se cruza con arte con todo lo que hagamos que es un gancho para trabajar con la sexualidad. Todos sabemos que desde que nacemos hasta que morimos somos seres sexuados, y por lo tanto cruzamos con sexualidad con derechos y con género, esto es nuestra base de trabajo. Lo que proponemos, o lo que hacemos es conseguir promotores digamos para que sean unos multiplicadores, eso es en resumen que Caia. ¿Cuál es el problema ? el problema en Bolivia es muy parecido al de México, es pluricultural, étnico, estamos trabajando nosotros con una zona muy concreta, que es en la ciudad de la Paz, en una franja que tiene distintos estratos sociales ¿Por qué ? Es una franja que tiene un alto riesgo con el sida, no tanto la zona campesina. ¿Por qué ? Porque los campesinos se cruzan entre ellos, por decirlo de alguna manera, si hay matrimonios mixtos, normalmente salen de la comunidad, la mujer no importa que sea mayor y si tiene hijos, es un bien que adquiere el marido, y entonces cuando una persona se casa con una persona mayor que tiene hijos, por un lado tiene la seguridad de que se está casando con una persona fértil y ha asegurado el futuro porque tiene ya dos hijos, o sea este es un concepto, otro concepto muy difícil para dentro de Bolivia es la poca sexualidad que se puede desarrollar en una habitación de dos por dos, donde viven familias de ocho personas y durmiendo en la misma cama. Ustedes se imaginarán que la relación sexual es una relación muy difícil, que provoca mucha violencia, una cuestión que está empezando a salir a la luz. En Bolivia se lleva trabajando en programas de planificación familiar desde hace mucho tiempo; hemos tenido el problema de que ha habido esterilizaciones sin que se entere la mujer, o sea después de un parto, te amarraban las trompas, o se hacía esterilización. Ha habido una cerrazón muy grande por las comunidades a trabajar con esto. Pero se ha conseguido abrir una brecha y estamos viendo que la forma más fácil de trabajar es con la gente adolescente porque es el futuro; es muy difícil trabajar con las personas mayores por muchos problemas que ellos/as tengan porque en el género también pensamos que tenemos que empezar a pensar seriamente en ellos, porque muchos de los problemas que se producen es por desconocimiento de ellos mismos o sea, no creemos que género solamente tenga que ser un patrimonio femenino, que cuando se trabaje género se trabaje en las dos vertientes o en las tres o cuatro o cinco vertientes que pueda haber. Si conseguimos que gente que vive en comunidades y mandan estudiar a los niños a la ciudad, será mucho más fácil que estas personas entren dentro de las comunidades a que venga un Cara a tratar de darles una explicación de cómo tienen que comportarse. Creemos que el cambio empieza por nosotros mismos, o sea yo tengo que estar asumida de lo que es el género, de cuales son mis problemas de género por qué yo dejo que de vez en cuando, una persona, sólo porque es hombre, pienso que tiene más razón que yo... o sea , si no estás contenta contigo mismo no estás contenta con el mundo que te rodea. Como institución tratamos de sensibilizarnos y hacemos talleres de auto estima propio trabajando nuestra sexualidad. En Caia, los mismos chicos han propuesto hacer una radio y una revista; es de adolescentes para adolescentes pero antes han tenido que hacer el taller de sexualidad y todo lo demás para entrar a Comunicación.

INTERVENCIÓN:

Sobre el tema de la actitud de las ONGS del norte frente a las tradiciones locales. Es un tema que ha puesto Cynthia sobre la mesa. Hay unas tradiciones que parece que pueden ser positivas, las que hay que potenciar; otras que no pueden tener ninguna repercusión, como sería a lo mejor el enterramiento de una placenta en una determinada dirección, o algunas aptitudes... pero que hay otras que claramente parecen perjudiciales, como podría ser, el cortar el cordón umbilical en el caso de un parto, pues untarlo con barro podría transmitir el tétanos o estimular al niño con humo. Con el tema de la planificación tú has dicho que las inyecciones mensuales van hacer perder la menstruación, que no las debemos utilizar porque están acostumbradas a tener la menstruación

todos los meses o que el embarazo es una enfermedad y no se deben tener relaciones..., hasta que punto debemos ser observadores y conocer esas costumbres y no influir nada, o como decía Ildefonso, quizás desde un punto de vista biológico y una información, dar a conocer que parece que sea más beneficioso el ponerse una inyección todos los meses. Puede que no te venga la regla pero el beneficio que obtienes no teniendo niños puede ser mejor, y si la mujer lo acepta por qué vas a dejar de utilizarlo, mi pregunta es ¿hasta qué punto intervenimos en tradiciones que pueden ser o costumbres perjudiciales?, que parece que Cynthia decía no intervenir nada, sólo conocerla.

INTERVENCIÓN:

Yo no querría que nos fuéramos sin recordar lo que comentó Beatriz, que Médicos del Mundo como organización se comprometa a elaborar un protocolo de actuación en relación al enfoque de género con un enfoque claro, con unas estrategias y una manera de actuar me parece que tiene que ser un compromiso que salga de aquí y que se elabore y luego se ponga en práctica que es lo más importante. Esto por una parte y luego, al hilo de esto y lo ha apuntado Cristina, al final me da la impresión que el enfoque de género que estamos viendo en las experiencias de hoy está destinado únicamente a las mujeres, todos entendemos mucho que la salud reproductiva es cosa de dos pero las acciones y proyectos que desarrollamos los encaminamos a las mujeres y les dejamos el peso de los cambios y las transformaciones que imagino que en su casa y en sus comunidades deben ser fuertes, pues todo ese peso lo hacemos recaer nada más que en ellas, tal vez es porque nos resulta más sencillo, las mujeres somos más accesibles, más permeables y los hombres me imagino que será más difícil trabajar con ellos.

INTERVENCIÓN:

Yo, quisiera responder al tema de las creencias y de las prácticas, evidentemente hay prácticas que son perjudiciales para la salud, hay otras prácticas que son completamente inocuas. Yo creo que primero hay que ver qué prácticas son las perjudiciales para la salud y tratar de eliminarlas, pero tú intervienes en la práctica, y no en la concepción. Te voy a poner un ejemplo: En toda la cultura Maya de Centroamérica es una cultura mágico religiosa el mal de ojo, está a la orden del día; la creencia es que cuando un niño está deshidratado se le hunde la mollera se le baja la fontanela y la causa no es por deshidratación, ellos creen que la causa es una causa mágica, alguien le ojeó, le malojeó. Hasta ahí no tenemos problema, al principio que llegamos yo recuerdo hace diecisiete años, yo trataba de convencerles de que la causa era la deshidratación; vas aprendiendo el camino y al final dices, y a mí qué más me da, que crea que está mal ojeado o no. Pero yo sí quiero cambiar una práctica concreta: agarran al bebé o al recién nacido del tobillo, le dan la vuelta y golpean duramente en la planta de los pies y hay un tipo de curandero que además de eso hunde el dedo con fuerza en el paladar; como consecuencia, hemos tenido muertes por hemorragias intracraneales. Evidentemente, no nos podemos permitir el lujo que se siga haciendo esta práctica, lo que tú tienes que lograr es que al final crean que la mejor solución para el mal de ojo es las sales de rehidratación oral, pero no te vas a meter en si el niño está ojeado o no está ojeado.

ILDEFONSO PENADÉS:

En mi caso yo sí que quiero intervenir en esa concepción, o sea, yo normalmente intervengo; por ejemplo, una que me afecta a mí es la de la esterilidad. Hay mujeres que cuando tienen trece o catorce hijos y están cinco años ya sin parir, quieren continuar teniendo hijos y hay una práctica que es la tradicional, que consiste en coger al último que han tenido tirarlo contra una pared y matarlo y a partir de ese momento podrán tener más hijos. Hay muchas creencias más, que creo que hay que destruir, hay que ir contra el concepto también de que las culturas mágicas son muy bonitas. Cada cual tiene sus ideas, pero yo como por no creer, no creo ni en los microbios, pues estoy en contra de estos conceptos y por lo tanto así me he manifestado en todas las culturas que he estado, y no he tenido ningún problema.

GRACIELA FREYERMUTH:

Lo que nosotros hacemos son confrontaciones; confrontamos sus prácticas con nuestras prácticas y discutimos porqué pensamos que esa práctica no es conveniente o cuál nos parece que debíamos adoptar; o sea, hacemos intercambio de ideas, sin ser demasiado violento, porque es muy difícil cambiar de repente ciertas creencias, pero sí creo que es una obligación como trabajadores de salud, por lo menos decir lo que pensamos, y como nosotros también incluimos las prácticas nocivas, introducimos las tijeras, y las utilizan para los borregos y luego para el bebé, entonces también pensar que nosotros estamos introduciendo cosas que pueden ser utilizadas inadecuadamente, aunque nosotros digamos "éstas van a ser para los cordones umbilicales", las van a usar para las hiervas, plantas.... Nosotros estamos poniéndole a la práctica más riesgos, yo creo que ahí tienes que ir con mucho cuidado.

Con respecto a lo de género, creo que aquí hay dos visiones: nosotros somos un grupo feminista, empezamos a trabajar con mujeres desde antes del boom del género que viene después del Cairo, que es la perspectiva de género en donde se habla de las relaciones entre hombres y mujeres; nosotros sí creemos que es importante modificar las relaciones entre hombres y mujeres, pero nuestro objetivo fundamental es empoderar a las mujeres y esta perspectiva de género ha traído ciertas valoraciones políticas por parte de las financiadoras: nosotros somos un grupo de mujeres, por ejemplo, y a nosotros nos decían: "es que ya no les vamos a dar financiación si no vuelve el grupo mixto, porque ahora es la perspectiva de género y los hombres tienen que estar en las organizaciones de mujeres". Yo creo que ahí hay distintas visiones: nosotras creemos que el espacio del grupo mujeres tiene que ser de mujeres y podemos tener colaboradores hombres, y bienvenidos, pero es un espacio de mujeres porque lo que nosotros hemos visto es que, sobretodo en otro tipo de organizaciones, entran los hombres y los hombres se apoderan de los puestos de poder, del manejo de recursos. Yo creo que sí hay que tener cuidado con estas perspectivas y cómo las utilizas: nosotros tenemos muy claro que en caso de las relaciones entre mujeres indígenas y hombres indígenas, aunque los dos constituyen un grupo subordinado, la peor parte la tienen las mujeres. Definitivamente, es una toma de posición dentro del feminismo que podemos utilizar la perspectiva de género como un elemento metodológico y de investigación, sí; pero los proyectos están encaminados a empoderar a las mujeres, eso sí es una toma de posición del grupo de mujeres y creo que necesariamente tiene que ser una decisión de Médicos del Mundo.

CLAUSURA

JOSÉ MANUEL DÍAZ OLALLA, Vicepresidente de Médicos del Mundo

Solamente quería exponeros, desde el punto de vista de *Médicos del Mundo*, cuál es el planteamiento que hacemos sobre estos temas tan interesantes que hemos estado debatiendo estos días. Lo que creemos es que la cooperación al desarrollo es, sobretodo, una lucha por la justicia y los derechos universales; estamos asistiendo a este debate, que una compañera aquí hace un momento ha denominado del "boom" del género, que desde hace unos años se está manteniendo en diferentes foros. Y estamos asistiendo con un gran interés, no sólo con el interés coyuntural de quien analiza una cuestión que está de moda, algo tan sólo de un momento, sino con un interés mucho más trascendente y mucho más profundo que todo eso.

Si vamos caminando hacia esa utopía que es la de progresar, la de conseguir el progreso en las comunidades más necesitadas, todos sabemos que ese camino pasa por dos cosas: ayudar a provocar cambios socioeconómicos y cambios políticos allí donde trabajemos. Hace tiempo que sabemos que este camino requiere necesariamente una estrategia muy clara, que es la de luchar contra las desigualdades.

Cuando se ha analizado cuál ha sido el resultado de la cooperación no gubernamental al desarrollo en los últimos 25 años, se ha concluido, entre otras cosas, que uno de los grandes fracasos ha radicado en la falta de consecución de uno de los objetivos básicos que se buscaba: disminuir la pobreza allí donde estamos trabajando. Los más sesudos de entre los analistas llegan más lejos y dicen que uno de los motivos que se sitúan en el origen de este fracaso, se justifica con la evidencia de que no se ha sabido priorizar a la población más pobre dentro de todos los pobres. Sin duda creemos firmemente que este es un factor importantísimo.

Os he oído toda la mañana, y he observado que había un común denominador en todas vuestras conclusiones: que cuando analizamos quiénes son los más pobres en todas las comunidades donde trabajamos, siempre encontramos a las mujeres situadas en este grupo de personas. Si realmente pensamos que la pobreza es mucho más que la falta material de las cosas, sino que la pobreza es también una falta de acceso a la cultura, a los servicios de salud, a un trabajo digno, etc, siempre encontramos a las mujeres dentro de este grupo de personas más desfavorecidas, más vulnerables y más apartadas de todos los circuitos asistenciales.

Pero no solamente son factores socioeconómicos de lo que estamos hablando cuando encontramos esas diferencias de género, sino que también hallamos como otro denominador común las situaciones de desigualdad en la participación política. De eso tendríamos que hablar mucho. Pensamos que el desarrollo humano no consiste solamente en que las personas desfavorecidas tengan más cosas materiales, más acceso a los servicios, más acceso a los bienes básicos. Creemos que desarrollo es también que participen en la organización de la vida social y estén presentes en aquellos lugares donde se debaten y se toman las decisiones. En el informe del PNUD sobre el desarrollo humano del año 1998 se especifican algunos indicadores en función del género, de ese tema diferencial entre mujeres y hombres. Hay un dato que a mí me ha llamado mucho la atención y es el siguiente, cuando se analizan los índices de alfabetismo en los países en desarrollo vemos que la diferencia hombres/mujeres es muy corta: estamos hablando en ese año de un 96,2 % de los hombres alfabetizados y de un 95,3 % de las mujeres en esa situación. Si nos vamos a los países del sur, a los países en vías de desarrollo, vemos que solamente un 38% de las mujeres están

alfabetizadas frente a un 68% de los varones. Es decir, a menos desarrollo, muchas más diferencias socioeconómicas entre hombres y mujeres.

Resulta muy curioso revisar otras tablas y examinar un indicador que puede definir una situación política diferencial y es en qué medida las mujeres están presentes en los parlamentos de los diferentes países, donde se toman y discuten las decisiones legislativas, donde, de alguna manera, se manejan los hilos del poder. Mientras que en los países desarrollados el 14% de los escaños están ocupados por mujeres, en los países en desarrollo un 7-9%. Es decir prácticamente nada en todos los mundos. El doble de nada sigue siendo nada.

Hay una conclusión que se puede sacar de esto: el progreso humano, el desarrollo en sí mismo, impregna más a la sociedad en todos sus grupos a la hora de percibir los beneficios de algunos aspectos sociales y económicos. Sin embargo en lo político, en donde se sitúa el poder, nada se percibe tras registrarse situaciones de progreso. Ni en el desarrollo, ni en el subdesarrollo. La mujer continúa igual de relegada en cualquier situación de desarrollo.

Es una lucha importante, seria y, yo creo, que muy interesante la que debemos abordar desde esta evidencia. Yo creo que es necesario desde el punto de vista de la intervención y de las estrategias en políticas de desarrollo luchar con esas dos perspectivas para no seguir cayendo en los mismos errores que se están cometiendo. Hay que luchar hacia la consecución de objetivos sociales y económicos pero también hacia que las mujeres participen en la organización de las comunidades, en la organización de la vida social, en los lugares, en los foros, en los sitios donde se toman las decisiones y donde se maneja el poder.

Como organización *Medicos del Mundo* estamos reclamando conceptos diferenciales en nuestro trabajo. Queremos que haya ese análisis diferencial cuando vemos las necesidades de las poblaciones, que pensemos sobre qué diferencias existen entre los hombres y las mujeres en ese conjunto de necesidades graves. Y buscamos que esas diferencias que percibimos en ese análisis de necesidades se traduzcan en estrategias también distintas, que haya en cada una de nuestras intervenciones diferentes estrategias a la hora de abordar qué es lo que necesitan los hombres y qué las mujeres. Y estamos absolutamente convencidos de que ese es el camino, y por supuesto queremos trabajar en ello. Creemos que no se trata simplemente, aún siendo muy importante, de hacer proyectos de salud reproductiva y sexual. Se trata también de introducir los conceptos diferenciales de género en cada tipo de realidad en la que trabajemos, tanto en los análisis de todas las necesidades como en los planteamientos de diferentes maneras de trabajar en función de lo que necesitan unas y otros.

Yo termino ya..... Os traigo un saludo del Presidente de *Médicos del Mundo* que no ha podido estar aquí. Sé que estaba muy interesado pero por motivos de su trabajo no le ha sido posible. Y para acabar mis palabras, solamente dos cosas, animaros y animarnos a seguir debatiendo estos conceptos tan importantes y aseguraros que si este debate continúa, que si vosotros os comprometéis a introducir estos elementos dentro de la vida asociativa de *Médicos del Mundo*, si conseguimos avanzar en distinguir estas diferencias, en enfocar diferencialmente el trabajo de cada día, si es así nosotros, decididos como estamos a avanzar hasta conseguir una organización más abierta, más progresista y más eficaz, vamos a introducir todos estos elementos, no sólo en el discurso, sino también en el trabajo de cada día.

Muchas gracias en especial a las personas que han organizado este taller. Sobretudo a Diana Sojo con el área de mujer de *Médicos del Mundo*, también al GIE y al Instituto de la Mujer. Y muchos ánimos para seguir trabajando. GRACIAS

PILAR ESTÉBANEZ, Presidenta de Honor de Médicos del Mundo

Bueno, creo que después de todo lo que se ha hablado, se puede hacer la reflexión de que Médicos del Mundo tiene una responsabilidad en cuanto a la aplicación del enfoque de género en sus proyectos. Es verdad que ya trabajábamos en este campo en algún proyecto, pero faltaba profundizar en el concepto.

En muchas ocasiones en nuestro trabajo, hemos sido comprobado cómo se han producido violaciones permanentes de los derechos humanos en lo que respecta a las mujeres. En algunos lugares, las mujeres carecían incluso del derecho a la vida, como es el caso de los campos de refugiados de Ruanda, donde el genocidio empezó contra las mujeres con el reparto de comida, del que quedaban excluidas.

Hace dos días me quedé impresionada, durante un taller de salud mental de Médicos del Mundo. Estuvimos comentando informes que acusaban a Karadzich y Milosevich de gravísimas violaciones de los derechos de las mujeres en Yugoslavia: miles y miles de mujeres fueron encerradas en campos de concentración, donde se las violaba para que tuvieran un niño serbio y después devolverlas a sus familias, musulmanas, con el niño. Este tipo de atrocidad es incluso peor que el asesinato.

Quiero recordarles la campaña que ha llevado a cabo Médicos del Mundo, que nos hace reflexionar sobre qué hacer en estos países y cómo enfocar el problema, por ejemplo, de las mujeres en Afganistán. Respecto a los temas de Desarrollo, poco voy a decir después de lo que ha dicho Manolo, pero sí que hemos visto en Afganistán las carencias en educación, o cómo a las jóvenes a partir de los trece años se les priva de la vida. Tienen que dejar la escuela porque su único papel a partir de ese momento es estar encerrada en casa. Este es el enfoque de género de un país como Afganistán.

Estas situaciones nos obligan a responder como organización, pero no nos olvidemos tampoco de la problemática permanente que vivimos en nuestra propia sociedad, y me refiero a la cuestión mujer-inmigrante. Evidentemente, no tiene el mismo problema un hombre inmigrante que una mujer inmigrante. Aquí debe aplicarse también un enfoque de género: el hombre inmigrante tiene que asumir ese cambio cultural del rol de la mujer, asumiendo el problema de los hijos, a veces relacionados con la salud reproductiva...

No olvidemos tampoco los programas que hemos dirigido a la mujer toxicómana, a la mujer drogadicta, a las poblaciones marginales, ámbitos donde la mujer es vulnerable. Es decir, en estos casos la mujer no tiene derecho a decidir sobre su salud sexual y poder evitar que su pareja le contagie el SIDA. Hemos estudiado que una mujer que vive con un toxicómano al final va a acabar iniciándose en la droga, va a acabar sometida a una administración de jeringuilla donde siempre manda el varón. Ahí tenemos un enfoque de género permanente.

Por eso creo que en Médicos del Mundo hemos puestos los raíles; ahora necesitamos un convoy. Por eso es importante agradecer a todo este grupo de personas, agradecer al Área de la Mujer, a todas las que han trabajado y también agradecer a todos vosotros y vosotras, a las personas de la organización que están trabajando en la Sede, a las personas de las Delegaciones y a las personas que han asistido al Taller, por vuestra contribución en la construcción de este tren.

Creo que este tren tiene que dar mucho de sí, creo que va a tener mucha vida y creo que Médicos del Mundo es una organización que puede implementar estas dos perspectivas tan necesarias en el enfoque de género. Por una parte, el enfoque táctico que es la práctica, el hacer programas para las mujeres, en los cuales incluimos nuestros objetivos de la acción humanitaria. Lo que debemos hacer es priorizar, porque las mujeres hemos sufrido una discriminación negativa. Por

tanto, debemos priorizar estos proyectos. Pero, por otra parte, también tenemos otros objetivos, como son la denuncia y el testimonio, la educación y la sensibilización. En estos objetivos tenemos que insertar nuestro enfoque estratégico, nuestro enfoque político.

Para terminar quiero añadir, de parte del Presidente de Médicos del Mundo, que no ha podido estar aquí, en su nombre y en el de la organización, que hemos puesto en marcha este tren necesario, y que va a hacer posible que en un futuro, algo utópico, quizá, no se repita esto que estamos viendo ahora mismo y es que en Kosovo quienes mueren son, en su mayoría, mujeres adultas, no hombres. Creo que podemos hacerlo con la ayuda de todos vosotros y vosotras. Gracias.

Organiza:
Área de la Mujer de Médicos del Mundo

Colaboran:
Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva
(GIE)
Instituto de la Mujer



MÉDICOS DEL MUNDO
C/ Andrés Mellado, 31. 28015 Madrid
Tf: 91 543 60 33. Fax: 91 543 79 23
Correo electrónico: mdmesp@ctv.es
www.medicosdelmundo.org