

Los derechos sexuales y reproductivos: una mirada a la mujer en países en vías de desarrollo

*María Mercedes Lafaurie**

RESUMEN

Este artículo constituye un análisis crítico con perspectiva de género en torno a la salud de la mujer, a la luz de sus derechos sexuales y reproductivos, en el contexto de los países en vías de desarrollo. Aspectos como la mortalidad materna, el embarazo no deseado, el aborto y otros riesgos maternos son vistos desde su relación con la cultura patriarcal imperante en la mayoría de estos países. Se hace una revisión conceptual y teórica basada en estudios e informes recientes al respecto, donde se muestra que el problema de los riesgos en salud sexual y reproductiva en las mujeres está estrechamente asociado a aspectos como la violencia y la exclusión social de la mujer. Las barreras culturales e institucionales juegan un papel determinante en este estado de cosas. (MED. UIS. 2009;22(2):191-200).

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva. Mujeres. Derechos sexuales y reproductivos. Riesgos maternos. Género.

INTRODUCCIÓN

La Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijín en 1995 destaca los derechos humanos de las mujeres en relación con su salud sexual y reproductiva, en términos de libertad de decisión, autodeterminación y ausencia de violencia y coerción¹.

El reconocimiento a la importancia del análisis de la categoría “salud de la mujer” es

reciente y se debe a iniciativas y prioridades de entidades como las Naciones Unidas, que pasaron de un interés general centrado en el control de la población, propio de los años cincuenta y sesenta, y a un nuevo marco conceptual y teórico contenido en los derechos humanos y la apertura de mejores condiciones de vida para los grupos en desventaja y a la promoción de las mujeres como actoras y gestoras con capacidad de decidir sobre sus cuerpos, según señala Tovar².

En el campo de la salud, el género hace referencia a la construcción social de esferas de actividad masculinas y femeninas, cuya diferenciación se traduce en asimetrías institucionalizadas entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y en el poder sobre ellos³.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, la equidad de género en salud se relaciona con la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Significa que las mujeres y los hombres deben tener la misma oportunidad de

*Psicóloga. MSc en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado. Profesora Asociada. Docente Maestría en Salud Sexual y Reproductiva y Especialización en Epidemiología. Facultades de Enfermería, Medicina y Odontología. Universidad El Bosque. Bogotá. Colombia.

Correspondencia: Dra. Lafaurie. Carrera 7B Bis No. 132-11. Facultad de Enfermería. Universidad El Bosque. Bogotá. Colombia. Teléfono: 6489071. e-mail: mariamlafaurie@yahoo.com

Artículo recibido el 26 de mayo de 2009 y aceptado para publicación el 20 de julio de 2009.

gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermarse, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables. Varias alternativas se han propuesto para que tanto quienes toman decisiones como quienes realizan investigación o prestan servicios de salud aborden las inequidades de género en el contexto de la salud, entre las cuales se destacan las siguientes: el análisis de género de las situaciones de salud, la capacitación de las y los trabajadores de salud para integrar la perspectiva de género, el aumento de la participación las mujeres en los asuntos de salud que les competen y la difusión de información para la defensoría sobre género y salud que fortalezca la generación de políticas y programas de salud sensibles al género⁴. Señalan Huertas⁵, así como Ruiz Cantero y Verdú-Delgado⁶ que tanto la formación médica como la psicológica deben tener en cuenta en gran medida la morbilidad diferencial sexual y genérica y sus causas. La epidemiología, la salud pública, la salud sexual y reproductiva, la salud mental y otros campos dedicados al análisis de los problemas de salud están llamados a reconocer la importancia de ver los problemas de salud y de profundizar en ellos desde un enfoque de género.

El género constituye una categoría simbólica, dinámica y enmarcada en contextos diversos. Justa Montero afirma que tanto la sexualidad como la capacidad biológica de las mujeres para ser madres y la maternidad social son dimensiones centrales en la construcción social de las categorías de género. No obstante la diversidad de los contextos y de los múltiples significados del ser mujer que implican, entre otras, dimensiones subjetivas. La maternidad constituye a nivel social un modelo hegemónico de la feminidad que según esta autora “se centra en la maternidad biológica y en un determinado modelo de maternidad social, y niega cualquier otra opción”⁷.

Naturaleza, inmanencia, destino o biología son puertas por las que se accede a los discursos heredados sobre la maternidad, de acuerdo con el análisis realizado por María Lozano⁷. Esa maternidad que, de una parte es reforzada como el deber ser de la mujer en prácticamente

todas las culturas, es a su vez motivo de represión, de violencia y de inequidad. Según lo señala Montero: “los discursos oficiales sobre la maternidad tienen una doble dimensión: por un lado se valoriza y por otro se desvaloriza. Esto acompaña a los mecanismos que se dan en un mismo contexto social de inclusión y de exclusión social. Su valoración e incluso mistificación convive con su degradación en prácticas políticas, sociales y empresariales”⁸.

Estos antecedentes juegan un papel determinante en la problemática de salud sexual y reproductiva de las mujeres en los países en vías de desarrollo. El presente artículo constituye un recorrido crítico en torno a los riesgos más determinantes de la salud sexual y reproductiva de las mujeres a la luz de sus derechos y explica desde una mirada de género el por qué se requiere generar transformaciones en las condiciones y relaciones de género para que las problemáticas sociales y culturales dejen de cobrar vidas y de afectar el bienestar de las mujeres.

LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA: UN ÁMBITO DE DERECHOS

Montero plantea que la formulación de las necesidades en salud sexual y reproductiva se ha recogido en términos de derechos: derechos reproductivos y derechos sexuales. De acuerdo con esta autora, “esta clasificación no está exenta de controversia en la búsqueda de equilibrio entre la autonomía e interrelación entre ambos derechos, y por su relación con la salud sexual y la salud reproductiva”. Los derechos reproductivos, señala la autora, “abarcan dos principios: el derecho a la autodeterminación reproductiva y el derecho a la atención en salud reproductiva”. Explica Montero que el derecho a la autodeterminación reproductiva “se basa en el derecho a planificar la propia vida, a estar libre de interferencias en la toma de decisiones reproductivas, y el derecho a estar libre de todas las formas de violencia y coerción que afecten la vida sexual y reproductiva de las mujeres”. El derecho a determinar sin coacción el número e intervalo de hijos e hijas que se

quiere tener, y a la información y los medios necesarios para llevar adelante sus opciones reproductivas. Incluye por tanto:

- Derecho a la libre elección sobre las opciones reproductivas
- A una educación sexual no sexista y exenta de estereotipos
- Al acceso a anticonceptivos seguros y eficaces
- Al reconocimiento del aborto como el derecho de las mujeres a decidir
- El derecho a la atención a la salud reproductiva (p. ej. embarazo, tratamientos de infertilidad)
- Atención a las personas con VIH e Infecciones de Transmisión Sexual
- Acceso a los servicios de salud reproductiva
- Atención y prevención frente a la violación y otras formas de violencia sexual
- Derechos reproductivos de las y los adolescentes
- Prevención frente a prácticas tradicionales nocivas que afectan a la salud sexual y reproductiva, al ser realizadas las más de la veces en condiciones rudimentarias y al privar a las mujeres de sentir placer sexual y de ejercer autonomía sobre sus cuerpos (p. ej. la mutilación genital femenina, la circuncisión)⁷.

Los derechos sexuales y reproductivos se encuentran protegidos por la legislación internacional referente a derechos humanos y otros documentos de las Naciones Unidas; garantizan la convivencia y la armonía sexual entre hombres y mujeres, entre adultos y menores, lográndose que la sexualidad y la reproducción se ejerzan con libertad y respetando la dignidad de las personas, permitiéndole al ser humano el disfrute de una sexualidad sana, responsable, segura y con el menor riesgo posible¹⁰.

La atención de la salud reproductiva, se define como “el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a salud y al bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”. La accesibilidad constituye un aspecto central

dado que uno de los puntos cruciales para que estas condiciones se den, está en la eliminación de todas aquellas barreras que impiden a las personas poder disfrutar de adecuados servicios de salud ajustados a sus necesidades⁹. Las barreras pueden ser de orden funcional, en cuyo caso se relacionan con la disponibilidad y la calidad de los servicios; de orden cultural y; de orden psicosocial. Señala Montero que “el desconocimiento del cuerpo, el temor a juicios morales sobre su vida sexual y sus opciones reproductivas la postergación personal de las mujeres en el cuidado de su propia salud; y las dificultades para entender el lenguaje médico” constituyen obstáculos relacionados con la subjetividad de las mujeres⁷.

GÉNERO, CUERPO Y SEXUALIDAD: ENTRE LAS DISPUTAS IDEOLÓGICAS Y LAS PROPUESTAS ÉTICO-POLÍTICAS

El género, el cuerpo y la sexualidad constituyen una intersección compleja mediada por factores que conllevan dimensiones subjetivas y colectivas donde la cultura ocupa un lugar primordial.

En tanto que sexuado, el cuerpo de la mujer esta mediado por relaciones sociales entre mujeres y hombres, las cuales están marcadas por los mandatos de género y por tanto inscritas en una representación de relaciones de poder. De acuerdo con Montero, “en la historia más reciente se encuentran innumerables ejemplos de cómo el cuerpo de las mujeres está en el centro de disputas ideológicas y propuestas políticas tanto en lo que se refiere a la sexualidad como a su capacidad reproductiva. Puede tratarse de distintas manifestaciones según los contextos sociales y culturales de los que se trate, pero se sitúan en algunos de estos parámetros”. Las razones que hacen que esto suceda, según la autora son entre otras las siguientes: el cuerpo es un lugar de interpretaciones y códigos culturales; los cuerpos de las mujeres se convierten en portadores de mensajes entre grupos étnicos, religiosos, enfrentados en guerras; los cuerpos de las mujeres se tratan de controlar porque reproducen biológica, cultural y simbólicamente un colectivo o un orden moral y las mujeres hacen

visible su presencia y una sexualidad que se considera una amenaza al orden patriarcal⁷.

Señala María Lozano que la corporeidad se ha convertido en un eje fundamental dentro del conflicto cultural que envuelve la maternidad⁸. En el cuerpo se inscribe la normatividad y aspectos como la fertilidad, la planificación familiar, la protección sexual, el embarazo y el aborto que hacen parte de aquellas realidades de la vida humana que se tocan de manera muy estrecha con las ideologías, el poder y la legitimidad¹¹. Han sido necesarias luchas de carácter ético-político para avanzar en el ámbito de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Las personas tienen derecho a la libertad sexual y al placer; a vivir la sexualidad de acuerdo a sus preferencias y opciones sexuales sin discriminación, violencia o coacción; a la negociación sexual sobre bases de equidad y respeto a los derechos de cada integrante de la relación; a vivir el placer sexual sin el temor al embarazo y a contar con educación sexual y con servicios adecuados de salud sexual⁷.

La violencia de género, una de las mayores expresiones de la tensión relativa a las relaciones de poder entre mujeres y hombres marcada por el dominio masculino, toma con frecuencia el camino de la violencia sexual y, los derechos sexuales y reproductivos, como propuesta ético-política que surge como alternativa frente a este estado de cosas, constituyen derechos cuyo ejercicio da cuenta de los niveles de desarrollo humano y social de los países. En los países en vías de desarrollo estos derechos se suelen vulnerar de manera permanente y son una expresión clara de estructuras imperantes de desigualdad de género y sexismo, aunadas a la inequidad social. Los riesgos maternos y los riesgos sexuales suelen ir de la mano de la violencia de género y sexual.

LOS RIESGOS MATERNOS: POBREZA, BARRERAS DE ACCESO Y DESIGUALDAD DE GÉNERO

Los desequilibrios en las oportunidades sociales y económicas, en el ejercicio de

derechos y en el acceso a servicios de salud van de la mano y en esa medida las desigualdades entre hombres y mujeres contribuyen de manera decisiva a generar diferencias que se pueden apreciar en relación con las condiciones de salud en las poblaciones y grupos sociales.

Diariamente mueren en el mundo 1500 mujeres debido a complicaciones del embarazo y el parto. Se calcula que en 2005 hubo 536.000 muertes maternas en todo el mundo. La mayoría correspondió a los países en desarrollo y la mayor parte de ellas podían haberse evitado, según la OMS (2007)¹².

La OMS (2005), en su Informe sobre la Salud en el Mundo, afirma que las grandes expectativas en torno a la reducción de los riesgos del embarazo han estado orientadas a “asegurar una buena asistencia prenatal; hallar formas adecuadas de evitar embarazos no deseados o hacer frente a sus consecuencias y mejorar el modo en que la sociedad atiende a las mujeres embarazadas”¹³. El mayor conocimiento sobre anticonceptivos por parte de las mujeres y la minimización de barreras en el campo de la salud materna figuran entre las estrategias más significativas propuestas por este organismo para lograr un cambio en esta situación.

No obstante lo anterior, no queda duda del inmenso peso que en la salud sexual y reproductiva tienen los factores culturales y las construcciones sociales que hay en torno a los roles que las mujeres suelen desempeñar, al modo como se perciben y se abordan sus problemas de salud y de manera muy particular a la autonomía y la posibilidad de tomar las riendas de su propio destino. Además de los problemas de la accesibilidad en el orden institucional, ocupan un lugar prominente en este contexto las barreras culturales y de género.

La disminución de la mortalidad materna en tres cuartas partes constituye un compromiso ineludible para los países en vía de desarrollo, en lo que se ha considerado como una prioridad de importancia crucial para el desarrollo

internacional, acorde con los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sin embargo, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres se ven permanentemente vulnerados y, persisten barreras ideológicas y culturales que no permiten que los progresos en pos de su ejercicio sean más sostenibles y que se traduzcan a nuevos paradigmas de igualdad y de empoderamiento. Las formas de pensar en el contexto de la salud que naturalizan los hechos de la salud sexual y reproductiva de la mujer pueden aportarnos algunas respuestas a la razón de ser de este estado de cosas, de la misma forma como las construcciones ideológicas sobre la maternidad.

La asociación entre maternidad y sufrimiento ocupa un lugar prominente en la cultura occidental. Igualmente, existe la idea de que la maternidad es un requisito para que una mujer logre su realización personal. El aborto, así este sea legal, conlleva en muchos casos barreras culturales e institucionales y cuestionamientos que constriñen a las mujeres que lo eligen como opción.

EL EMBARAZO NO DESEADO Y EL ABORTO INSEGURO: EXPRESIONES DE LAS VIOLENCIAS DE GÉNERO

El embarazo no deseado constituye uno de los aspectos de mayor significación dentro del contexto de la vulneración de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El aborto no seguro, que es una de sus más prominentes consecuencias, cobra 68 000 vidas al año a nivel mundial, de las cuales el 97% corresponde a países en desarrollo. En estas cifras que muestran que en estos estados es cerca de 100 veces más frecuente la muerte materna, la tasa de aborto provocado juega un importante papel. En Europa Oriental esta tasa representa un 44/1000; en América Latina un 33/1000. La mitad de los abortos en el mundo no son legales; un 92% de los abortos legales son seguros mientras que las condiciones de ilegalidad están estrechamente asociadas con el aborto inseguro. Este último constituye entre la primera y la cuarta causa de muerte materna; se presenta de manera más frecuente en mujeres entre los 20 y los 30 años y se da de

manera particular entre las mujeres más pobres; además de que se asocia a la muerte materna, acarrea serias problemáticas de salud en las mujeres y puede traer secuelas que afectan su calidad de vida y su bienestar físico y emocional¹⁴.

La reducción de los abortos inseguros va de la mano de la reducción de la maternidad no deseada e implica, además del mejoramiento de la calidad de las intervenciones y de los equipos destinados a los procedimientos, la disminución del embarazo a temprana edad, la consejería en anticoncepción basada en una perspectiva de derechos y, de manera muy especial, la disminución de la violencia sexual y la abogacía en torno a la despenalización del aborto.

Existe, indiscutiblemente, una brecha significativa entre las necesidades de las mujeres y los métodos anticonceptivos modernos que, además de que están centrados en ellas casi exclusivamente, aún traen consigo efectos indeseables, lo cual se asocia a muchos embarazos no planeados. El tema de la anticoncepción lleva a innumerables cuestionamientos y uno de ellos, es que ésta se “acomoda” ante todo a los intereses antinatalistas -sobre todo en los países pobres- no observándose las necesidades propias de cada mujer.

En las presiones de los varones, que a menudo impiden a las mujeres el uso de anticonceptivos para controlar “que no estén con otros”, radican muchos embarazos no deseados en América Latina. La desigualdad en las relaciones de género limita el que las mujeres tomen las riendas de su cuerpo y valida la incapacidad del varón para controlarse sexualmente, contexto éste, por excelencia, donde el embarazo no deseado tienen lugar¹⁵.

La violencia contra la mujer constituye, como problema de salud pública, un escenario multifactorial. En esta problemática convergen, entre otras, coordenadas de orden social, económico y cultural, además de aquellas asociados a los roles y relaciones de género, las cuales en muchos casos son interdependientes.

La salud sexual y reproductiva se ve impactada de manera particular por las violencias de género.

Según IPAS (2003), la violencia puede contribuir, tanto de manera indirecta como directa al embarazo no deseado y a la morbilidad materna relacionada con el aborto. La violencia institucional también puede estar relacionada con una atención post aborto inadecuada en el tratamiento del aborto incompleto, tanto espontáneo como inducido. “No obstante, el papel de la violencia en este campo ha caído en el olvido, a pesar de que aproximadamente del 10 al 15% de las mujeres en el mundo entero han sido agredidas sexualmente por una pareja íntima y entre el 16 y el 52% ha sufrido abuso físico por parte de ellos (entre estas cifras no figuran asaltos por parte de otros agresores conocidos y no conocidos)”, afirma esta entidad. En los países donde el aborto está legalmente restringido, “las mujeres violadas tienden a recurrir a servicios clandestinos para interrumpir sus embarazos, los cuales implican riesgos de sufrir complicaciones en la salud, e incluso a la muerte”¹⁶.

La práctica de la violación está aún excesivamente generalizada y obedece a las tensiones asociadas a las construcciones sobre el cuerpo femenino y al orden simbólico propio de la cultura patriarcal. En los conflictos armados, que suelen ser frecuentes en países donde reinan la desigualdad social y una marcada tendencia patriarcal en la cultura, las mujeres suelen ser tratadas como botines de guerra, constituyendo la violación una forma de violencia generalizada, con las consabidas secuelas físicas y emocionales que ello conlleva. A esto se le añade que en este contexto la impunidad suele ser frecuente¹⁷. El aborto por esta razón suele ser habitual y suele darse en condiciones de clandestinidad y de precariedad ya que es justamente en estos medios donde el acceso a la interrupción del embarazo suele estar más restringido.

De otra parte, la violencia doméstica, además de generar violencias sexuales y embarazos no deseados, causa otras situaciones que llevan a

un sinnúmero de problemáticas como aquellas relativas al aborto no elegido (Ferrer, 2009)¹⁸. Una de estas situaciones está dada por el aborto inducido como una forma de ejercicio del poder masculino y otra de ellas por el aborto causado por la violencia física de la cual las mujeres son víctimas de manera más frecuente de lo que parece.

Según IPAS, “una expresión de la discriminación basada en el género es la preferencia por los hijos varones; esto puede llevar a abortos selectivos de fetos femeninos en casos donde se dispone de pruebas prenatales, o al homicidio de infantes del sexo femenino. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) calcula que en Asia al menos 60 millones de niñas, que de otra manera estarían vivas, han “desaparecido por esta razón”¹⁶.

De acuerdo con la OMS (2009) la relación entre la violencia infligida por la pareja, por un lado, y las lesiones y la mala salud de las mujeres, por otro, se ha convertido en un importante tema de salud pública: “El porcentaje de mujeres que alguna vez habían estado embarazadas y habían sido víctimas de violencia física durante al menos un embarazo superaba el 5% en 11 de los 15 entornos examinados. La cifra más baja se registró en Japón (1%) y la más alta en el entorno provincial de Perú (28%). Entre el 25% y el 50% de las mujeres que habían sufrido maltrato físico durante el embarazo había recibido patadas y puñetazos en el abdomen”¹⁹.

A estas realidades, reportadas con excesiva frecuencia en los países en desarrollo, se añade otro aspecto que hace parte de su diario vivir: el abuso sexual a las niñas y adolescentes. El abuso sexual -sobre todo a nivel intrafamiliares un fenómeno universal pero en América Latina tiene uno de los escenarios más críticos, cuando esta forma de violencia contra la mujer y la infancia hace parte de prácticas culturales cotidianas, siendo un hecho que, en la mayoría de los países de la región, este fenómeno se presenta de formas similares. En países como Ecuador²¹, Colombia²², México²³, Bolivia²⁴ y Perú²⁵, la investigación da cuenta de que esta

es la forma más extendida de la violencia sexual contra la mujer menor de edad y de que los agresores son con mayor frecuencia allegados y parientes cercanos de las niñas. Una precaria educación sexual, una falta de apropiación de los derechos humanos, de la infancia y de los derechos sexuales de la mujer así como una deficiente autonomía son los aspectos que con mayor frecuencia circundan la realidad de las mujeres y niñas víctimas de estos abusos²⁶.

Es importante considerar que el subregistro impide con frecuencia contar con datos que ayuden a dimensionar en mayor medida estas realidades. En ocasiones los datos sobre violencia física o sexual no se cruzan con aquellos de la salud reproductiva; se requiere contar con rutas de acceso a la población que permitan profundizar en las formas como se presenta este tipo de violencia, en sus antecedentes y en sus consecuencias, con el fin de poder establecer estrategias adecuadas para enfrentarla. Los avances en el campo jurídico que se han venido dando en los últimos tiempos, han tenido una gran incidencia en que en el momento presente se denuncien en mayor medida los hechos de violencia intrafamiliar. No obstante, el aporte de las instancias de salud en este sentido es determinante para que más allá de la posibilidad de denunciar las mujeres puedan contar con orientación y atención de calidad.

El campo de la salud de la mujer representa un contexto de especial importancia para la detección de la violencia doméstica y sexual. La vulnerabilidad femenina en estos niveles puede ser especialmente palpable en el ámbito de la ginecología y la obstetricia, en el cual, además de que se tiene un contacto permanente y estrecho con las mujeres, se cuenta con espacios propicios y con medios para acceder a las evidencias asociadas a esta forma de maltrato, al igual que para realizar acercamientos a las percepciones que poseen y a las formas de sentir los hechos de violencia por parte de ellas²⁰.

La explotación sexual y la trata de personas, que cada día cobran más importancia dentro del mundo globalizado, y sus efectos sobre las

vidas de las mujeres pobres, no pueden estar ausentes de este análisis. Según la Organización Internacional del Trabajo, la trata afecta cada año a unas 2500 000 personas, especialmente a mujeres y niñas, en todo el mundo y es un negocio transnacional que genera unos 7000 millones de dólares anuales, situándose en el tercer lugar entre los negocios ilícitos más lucrativos, el tráfico de drogas y de armas²⁷. A estos fenómenos se les suman nuevas formas de esclavitud como la inseminación y el embarazo forzado, además de los consabidos efectos que sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres tienen estos nuevos escenarios de las violencias de género¹⁸.

A pesar de los esfuerzos realizados en torno a estas realidades, el camino por recorrer en pos de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres es largo y es ancho por cuanto, tal cual lo ha señala Montero (2009), no sólo contempla la reducción bruta de la morbilidad materna y de las pro-blemáticas conexas⁸. Implica por sobre todo autonomía, respeto por el sexo femenino, igualdad, accesibilidad y una vida sexual lejos de la coerción y la violencia, donde el embarazo no sea un imperativo cultural y social sino parte del ejercicio de la libertad de las mujeres, en condiciones de dignidad, de buena salud y de igualdad social. Donde el aborto sea una opción de la mujer, no algo impuesto; algo que no implique barreras institucionales, ni culpas, ni reproches sociales, ni dolor físico innecesario²⁸ y donde se ofrezca atención integral post aborto dentro de entornos de respeto y de equidad²⁹. Seguir trabajando para que esto sea posible es un imperioso e importante proyecto.

CONCLUSIONES

Los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres constituyen una alternativa ética y política de vital significación para la transformación de realidades asociadas a la salud de la mujer y a la reducción de la mortalidad materna en los países en vías de desarrollo, las cuales como bien se ha descrito están ligadas de manera estrecha a las violencias de género que permean los mundos

intrafamiliares e institucionales de manera particular.

En el contexto de las diversas ramas de la salud, en especial de la obstetricia y ginecología, la salud pública y la salud mental, se requiere no sólo detectar la violencia de género que se ejerce contra las mujeres sino instaurar una cultura de los derechos sexuales y reproductivos. Aspectos como la autonomía de la mujer frente a su cuerpo, la minimización del dolor en los procedimientos, la detección y disminución de barreras de acceso institucionales y culturales -que afectan la atención oportuna y eficaz en el campo de la salud sexual y reproductiva- favorecen de manera muy especial las transformaciones necesarias para que en nuestros países las mujeres reciban un trato más justo en los contextos de la salud y para que se establezcan servicios amigables que las convoquen en mayor medida y las empoderen con respecto a sus derechos y a su auto cuidado.

La “Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer” (CEDAW) recomienda a los Estados Partes garantizar la protección y servicios de salud suficientes, incluyendo tratamiento y orientación para mujeres que sufren traumas como consecuencia de conflictos armados y para refugiadas. A su vez, el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional considera la violación, la esclavitud sexual, la prostitución forzada, el embarazo forzado, la esterilización forzada o cualquier forma de violencia sexual como delitos enumerados como crímenes de lesa humanidad³⁰. A pesar de estos mandatos, los países y en especial aquellos en vías de desarrollo están lejos de verse exentos de las múltiples expresiones de la violencia de género. La inclusión de una perspectiva de género y de derechos en el contexto de la salud, constituye un imperativo para los países que hacen parte de las Naciones Unidas a partir de la Conferencia sobre Población realizada en el Cairo en 1994³¹.

Se requiere fortalecer la formación del personal de salud para la comprensión, la detección y el manejo de las violencias de género y de los derechos sexuales y reproductivos. La transversalidad de género,

que implica entre otras el trabajo intersectorial; la capacitación a funcionarios y funcionarias; el registro sistemático de casos y la construcción de estrategias de prevención, educación y atención basadas en la evidencia, hacen parte de aquellas alternativas que desde la salud pueden ser implementadas para la consolidación de un enfoque de género y de derechos.

La investigación en salud de la mujer y en salud sexual y reproductiva tiene en sus manos, en los países en vías de desarrollo, la posibilidad de alimentar las políticas públicas para que asuman cada vez en mayor medida su responsabilidad para con la vida de las mujeres y para con la humanidad. Tal cual lo plantea el ginecologista mexicano Roberto Uribe (2003)³²: “La violencia sobre la salud de las mujeres, hay que conocerla, entender su desarrollo, difundir sus riesgos y daños, así como concientizar a toda Persona Humana para prevenirla y evitarla”.

SUMMARY

The sexual and reproductive rights: a view from the women's health in developing countries

This article constitutes a critical analysis in a gender perspective around the woman's health, in the context of developing countries, focusing on her sexual and reproductive rights. Aspects like maternal mortality, nonwished pregnancy, abortion and other risks are seen from its relation with predominant patriarchal culture in most of these countries. This approach has been conducted by a conceptual and theoretical route based on studies and recent information on the matter. It shows that the problem of the risks in sexual and reproductive health in the women is closely associate to aspects like violence and social exclusion of women. Cultural and institutional barriers play a determining role in this state of things. (MÉD. UIS. 2009;22(2):189-97).

Key words: Sexual and reproductive health. Women. Sexual and reproductive rights. Maternal risks. Gender.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Cuarta Conferencia Mundial Sobre la Mujer, Beijing, China, 4 a 15 de septiembre de 1995 Acceso el 18 de julio de 2009 desde: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/4654.pdf>
2. Tovar P. Una Reflexión Crítica sobre el Género y la Antropología Médica desde la Perspectiva de la Salud y el Cuerpo de la Mujer. Revista Colombiana de Antropología 2005;40.

3. Gómez E. Equidad, Género y Salud, OPS, 2001.
4. Organización Panamericana de la Salud, OPS. Equidad de Género en Salud. Hoja Informativa, 2007.
5. Huertas M. Impacto de la salud en la vida de las mujeres. Máster Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado, UJI, 2009.
6. Ruiz-Cantero MT, Verdú-Delgado M. Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico. *Gac Sanit* 2004;18(supl. 1).
7. Montero J. Salud Reproductiva. Derechos Sexuales y Reproductivos. Master en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado. UJI-Isonomía, 2009.
8. Lozano M. La Construcción del imaginario de la maternidad en Occidente. Tesis Doctoral Universidad Autónoma de Barcelona, 2001.
9. ONUSIDA. Derechos sexuales y Reproductivos. Acceso el 15 de mayo de 2009 desde: http://www.onusida.org.co/der_sex_rep.htm
10. Clemente I. Concepto de salud. Máster en Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado. UJI - Isonomía, 2009.
11. Lafaurie MM. La investigación cualitativa como perspectiva de desarrollo social: aportes a la salud Sexual y Reproductiva. *Revista Colombiana de Enfermería* 2006;1(1). Acceso el 11 de abril de 2009 desde: <http://www.slideshare.net/guestbfff36f/investigacualitativa-presentation>
12. WHO. Maternal Mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Ginebra, 2007.
13. OMS. Informe sobre la Salud en el Mundo, 2005.
14. Tavera L. Diagnóstico Situacional de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología. (FIGO) Tercera Reunión de Investigación sobre Embarazo no Deseado y Aborto Inseguro, México, Octubre 7 de 2008.
15. Lafaurie MM. Es pos del Aborto. Un Periódico, edición 83, noviembre 6, 2005.
16. IPAS. La violencia, el embarazo no deseado y el aborto, 2003.
17. Egeland J. Responsabilidades Internacionales. *Revista Migraciones Forzadas* número 27, mayo de 2007.
18. Ferrer V. Tipos de violencia contra las mujeres y su intensidad. Máster Igualdad y Género en el Ámbito Público y Privado. UJI-Isonomía, 2009.
19. OMS. La violencia infligida por la pareja y la salud reproductiva, 2009. Acceso el 11 de mayo de 2009 desde: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter4/es/index4.html
20. Lafaurie MM. Tras la detección y prevención de la violencia contra la mujer: el compromiso de la ginecología y la obstetricia. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 2008;59(1):
21. Cordero, T, Maira G. A mí también... Acoso y Abuso Sexual en Colegios del Ecuador. Quito: CONAMU, Taller de Comunicación Mujer, 2002.
22. Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDS 2005. Bogotá: Profamilia, 2005.
23. Centro de Información de las Naciones Unidas para México, Cuba y República Dominicana. La violencia, un obstáculo para el desarrollo, 2000.
24. OPS/OMS, VAGGF, Policía Nacional Bolivia y MSPS. De abusos y silencios, 2004.
25. Castañeda, A, D Castamán, D Pimentel. Niñas y adolescentes con historia de abuso sexual infantil. Lima: Instituto Especializado de Salud del Niño, 2003.
26. Lafaurie MM. Hacia una comprensión de la vulnerabilidad en el abuso sexual. Tercer Congreso Colombiano de Sexualidad en la Adolescencia, Bogotá, 2001.
27. Susaj AG y Azkunaga A(Coord.) Guía Básica para la identificación y protección de las víctimas de la trata. Asociación para la Prevención, Reinserción y Atención de la Mujer Prostituida, 2006. Acceso el 18 de febrero de 2009 desde: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1234518723_guia_completa_2008_TRATA_peque.pdf
28. Lafaurie MM. El aborto con medicamentos en América Latina: Experiencias de las mujeres en México, Colombia, Ecuador y Perú. Population Council, 2005. Acceso el 11 de febrero de 2009 desde: http://www.ipas.org/Publications/asset_upload_file753_2826.pdf
29. Gómez PI. Estrategia de Atención integral a la mujer en post aborto (APA). Bogotá: FECOLSOG, Publicación 85, mayo de 2009. Acceso el 18 de julio de 2009 desde: http://www.fecolsog.org/memorias_mayo2009/publicacion_85/publicacion_85.swf
30. UNIFEM. Derechos de las Mujeres. Principales Instrumentos Internacionales, 2006.
31. Naciones Unidas. Conferencia de El Cairo. Acceso el 19 de julio de 2009 desde: http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html
32. Uribe R. Hacia un código ético ¿El médico, parte de la solución? En: Uribe R, Billings D (Ed.) Violencia sobre la salud de las mujeres ¿Por qué hoy? Memoria de la Reunión Internacional de la Federación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, FEMEGO, Mexico, 2003.