

Centro Nacional de Educación Sexual

Salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres*

Ada C. Alfonso Rodríguez¹

RESUMEN

Las infecciones de transmisión sexual y el VIH, la violencia intrafamiliar y el aborto como resultado de un embarazo no deseado son temas prioritarios en el campo de la salud sexual y reproductiva en Cuba. La importancia de estos temas radica no solo en el valor que se le concede en las políticas de salud sexual del país, sino que los esfuerzos dirigidos a minimizar la incidencia, prevalencia o consecuencias de estos en la vida de las mujeres, no siempre se expresa en una reducción efectiva en las estadísticas de salud. La perspectiva de género posibilita ampliar el análisis en cuanto a la morbilidad femenina por estas causas y así organizar estrategias que permitan un acercamiento a los indicadores de salud deseados en materia de salud sexual.

Palabras clave: Salud sexual y reproductiva, género, infecciones de transmisión sexual, VIH, violencia intrafamiliar, aborto.

Antes de comenzar a exponer mis reflexiones en torno a la salud sexual y reproductiva desde la mirada de las mujeres, me gustaría agradecer a la Revista Cubana de Salud Pública y en particular al doctor *Francisco Rojas Ochoa* la invitación a participar en este simposio que tiene como objetivo recordar al Profesor *Celestino Álvarez Lajonchere*, singular maestro de todos/as aquellos/as que nos hemos aventurado a estudiar la sexualidad humana. Si alguna cualidad me gustaría destacar del maestro *Álvarez Lajonchere* un día como hoy, es su modestia para compartir todo su saber e inducirnos a profundizar en la comprensión de las complejidades del disfrute de la sexualidad como requisito indispensable del bienestar asociado a la salud sexual y reproductiva de las personas.

Para comprender lo que entendemos en la actualidad por salud sexual y reproductiva se requiere volver la mirada a las últimas décadas del pasado siglo donde se despojó a la salud reproductiva de su tradicional ropaje biológico, centrado en la salud materna e infantil, en el ámbito de lo privado, para dimensionar aquellos otros componentes de la sexualidad que no tienen como objeto la reproducción de la especie, sino el placer y el encuentro amoroso.

La deconstrucción del concepto salud reproductiva y su formulación como salud sexual y reproductiva no ha estado libre de tensiones. Los debates acerca de la regulación de la fecundidad mediante políticas de planificación familiar, la participación del Estado en la formulación de políticas en torno al tema, la defensa del derecho de las personas a tomar decisiones libres e informadas en relación con el número de hijos y su espaciamiento, el papel del Estado en asegurar la información y acceso a métodos de control de la fecundidad, el derecho de las mujeres a la integridad física y a decidir por su cuerpo, la necesidad de que las decisiones reproductivas se tomaran considerando las necesidades

de los futuros hijos y las responsabilidades de las personas y las parejas con su comunidad, y por último, la salud de la mujer fue puesta en el contexto de su bienestar integral íntimamente relacionado con su participación plena y equitativa de la vida social, cultural, económica y política a nivel, nacional, regional e internacional (Teherán, 1968; Bucarest, 1974; Ciudad de México, 1975; Ciudad de México, 1984; El Cairo, 1994; Beijing, 1995, fueron los escenarios de discusión y cambio del concepto).¹

Las mujeres, han acompañando los avatares del concepto en la arena internacional. Sus luchas y saberes han favorecido la visión de la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos de las mujeres. Asimismo, han impulsado la integración del género y la equidad de género como categoría de análisis en el campo de la salud sexual y reproductiva y en la reforma del sector salud en los diferentes países de la región.

CUBA. UN ACERCAMIENTO AL CONTEXTO

Tras el triunfo de la revolución en 1959, comenzaron a darse en Cuba acelerados cambios sociales, que en relación con la salud estaban encaminados a revertir las precarias condiciones de salud heredadas del capitalismo. La creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) para toda la población, bajo la dirección de un organismo único, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) permitió que la salud pasara a ser un derecho del pueblo, estableciéndose su gratuidad para toda la población.² Entre los primeros programas a desarrollar se encontraban: el Programa de Reducción de la Mortalidad Infantil y el Programa de Atención Integral a la Mujer y el Niño.

La Ley de la Salud Pública (1983) es explícita en su Sección Segunda: La atención materno-infantil ofrecerá a través del Sistema Nacional de Salud y del Programa de Atención-Materno Infantil todas las garantías de salud a la mujer y al niño, la atención médica a la mujer gestante en consultas ambulatorias, especializadas, hogares maternos y otros servicios especializados, refrendándose la salud sexual y reproductiva como un derecho de las mujeres y de sus hijos/as. Así como garantiza la atención al niño sano y la atención preventiva–curativa de la población infantil.³

La existencia de programas nacionales como los de control de: Infecciones de Transmisión Sexual, (ITS)Prevención del SIDA, Materno-infantil, Atención Integral a la Salud del Adolescente, Planificación familiar y riesgo reproductivo, Reducción del bajo peso al nacer, Diagnóstico precoz del cáncer de cuello, Maternidad y Paternidad responsable, entre otros, permite evaluar la voluntad política del Estado y del SNS en lo que concierne a la salud sexual y reproductiva.

Desde otro lugar las cubanas representan el 49,9 % de los empleados en el sector estatal-civil, que abarca la mayoría de los empleos en Cuba. Asimismo, la representación femenina en el Parlamento registró un significativo ascenso del 27,6 % en la anterior legislatura, al 35,9 % en la actual asamblea elegida y que entró en funciones en el 2003, indicador solo superado por cinco países nórdicos en los que funciona el sistema de cuotas. Entre los avances legislativos se destaca la firma, el 13 de agosto de 2003, del Decreto Ley No. 234 “De la mujer trabajadora”, que entre otras disposiciones establece la posibilidad de que ambos progenitores compartan la Licencia de Maternidad (Artículo 16), para propiciar el mejor desarrollo de niños y niñas y extiende la licencia posnatal hasta el año de vida del niño.⁴

Al cierre del año 2002 la tasa de desocupación femenina disminuyó a 4,5; mientras que para esta fecha las mujeres representaban el 64,7 % de los graduados universitarios y el 66,4 % de la fuerza técnica y profesional del país, incorporándose a los cursos de superación integral para jóvenes el 63,4 % del total de alumnos matriculados, aspecto que contribuye a elevar la autoestima.⁵

La esperanza de vida en Cuba es de los índices más altos de la región: 76,15 años, cifra que supera la de 1999 de 74,7. En las mujeres es desde el 2001 de 78,23, superando la esperanza de vida de los hombres en 4 años.⁵

La fecundidad continúa manteniendo niveles muy bajos. La tasa de fecundidad general en el 2001 fue de 45,7 (por 1 000 mujeres en edad fértil) –la más baja desde 1990- y la global de fecundidad de 1,60 (hijos por mujer) en el 2001 y 1,63 en el 2002. La tasa bruta de reproducción tuvo un ligero aumento, siendo de 0,78 (hijas por mujer) en el 2001 y 1,63 en el 2002.⁵

LENTES DE GÉNERO Y CAMPO DE REFLEXIONES

Durante las dos últimas décadas del pasado siglo, se ha hecho frecuente, la utilización del término género en los circuitos académicos y de investigación que buscan analizar los problemas de salud. Sin embargo, no siempre con el mismo acierto ni con la misma profundidad. Unas veces, porque no se hurga en el interjuego de posibilidades que la categoría género permite y los estudios se limitan a develar diferencias entre los sexos; y otras porque se trata solo de visualizar la diferencia del comportamiento de un determinado indicador entre hombres y mujeres. En ambas situaciones, no se exploran en toda su magnitud, los significados que los símbolos, las representaciones, los códigos y las subjetividades, tanto femeninas como masculinas aportan como telón de fondo a las cifras recopiladas en las estadísticas de salud.

El triunfo de la revolución cubana y la puesta en práctica, de inmediato y hasta la fecha, de políticas sociales encaminadas al logro de la emancipación y participación de las mujeres en la vida social en igualdad de oportunidades que los hombres, así como la existencia de garantías legales para el ejercicio y protección de sus derechos, ha velado el reconocimiento de la imposibilidad de extinguir un hecho crucial, la diferencia sexual, punto de partida de la construcción de género.

Género se refiere a la simbolización que cada cultura elabora sobre la diferencia sexual, estableciendo normas y expectativas sociales sobre los papeles, las conductas y los atributos de las personas en función de sus cuerpos.⁶

Entonces, con lentes de género, reflexionemos sobre tres temas prioritarios en el campo de la salud sexual y reproductiva: las infecciones de transmisión sexual y el VIH, la violencia contra las mujeres y por último, el embarazo no deseado y la interrupción de embarazo.

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH-SIDA

Género, posibilita identificar

Primer presupuesto. La existencia de diferencias socialmente construidas entre mujeres y hombres que definen riesgos, *status* de poder y necesidades particulares tanto prácticas como estratégicas de género en salud.

La epidemia de VIH/SIDA en los últimos años ha ido ganando espacio entre las mujeres suscritas a los mandatos culturales del sexo oficial. Las mujeres representan actualmente el 36 % de los 1,7 millones de adultos que viven con VIH en América Latina. En todo el mundo, el impacto creciente de la epidemia se está desarrollando en el contexto de profundas desigualdades de género, clase y otras. En muchos lugares, el principal factor de riesgo de VIH para una mujer es el hecho de ser fiel a un marido que tiene o ha tenido varias parejas sexuales.⁷ El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), en su informe del 2004, reporta que las mujeres corren mayor riesgo de infección que los hombres y la detección es más difícil: un 70 % de las mujeres que padecen ITS no presentan síntomas (en comparación con un 10 % de los hombres).⁸

Esta última, realidad descrita en diferentes países, tiene similar comportamiento en nuestro país, donde la epidemia puede describirse como masculina y en un elevado porcentaje, asociada a comportamientos sexuales desprotegidos de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), aun así, existe un incremento de VIH entre la población femenina.

Los riesgos de que este crecimiento se mantenga obedece a varias razones: factores biológicos que relacionan con una mayor vulnerabilidad de las mujeres por razones de la calidad de la mucosa vaginal en diferentes etapas del ciclo vital y la mayor exposición de la vagina al semen durante el coito que incrementa la posibilidad de infección siempre que el contacto sea infectante; y factores sociales que determinan una baja capacidad de negociación del uso del condón por las mujeres en sus relaciones sexuales tanto con sus parejas de permanencia como en sus encuentros sexuales con una pareja ocasional.

La reducción de la vulnerabilidad social producto de aumento de poder y control de las mujeres en sus relaciones sexuales y una conciencia de autocuidado de estas, reduciría el riesgo de infección durante las prácticas sexuales por razones biológicas y con ello la incidencia de ITS y VIH.

Luego, abordar la situación de las mujeres frente al VIH con perspectiva de género, requiere de una sensibilidad de género, tanto en la promoción de salud sexual como en la prevención de las infecciones de transmisión sexual y el VIH-SIDA, para poder identificar necesidades de género que pueden facilitar u obstaculizar el desarrollo de una conciencia y cultura de salud sexual.

Primero, las necesidades prácticas de género, los roles asignados y asumidos por las mujeres socialmente y que se desempeñan en un espacio particular, el doméstico y segundo, las necesidades estratégicas que sitúan a las mujeres en desventaja para negociar la utilización del condón en sus relaciones de permanencia y en su cama desde una conciencia de autocuidado. Negar o invisibilizar, la asimetría de poder en la diada sexual, en las acciones dirigidas a la promoción de salud sexual y prevención de infecciones sexuales, reduce las posibilidades de una prevención eficaz de infección por ITS-VIH.

Hace poco tiempo, *Reina Fleitas* en su artículo “ *Contradicciones de la movilización de la mujer como gestora de salud sexual y reproductiva en Cuba,*” refirió que: *La literatura cubana a fines del siglo xix y principios del xx ha representado muy bien las obligaciones que las mujeres cubanas tenían para con sus esposos, la moral sexual represiva para ella, así como la situación de riesgo que para la salud de la esposa entrañaba la convivencia sexual con maridos adúlteros.*⁹

Un siglo después, las mujeres cubanas, tal y como lo expresa la cita, aun cuando cambió su condición social represiva, el contexto socio-histórico, su participación en la vida social y sus “obligaciones” para con sus esposos continúan en riesgo de infectarse en una relación heterosexual de permanencia.

Lecciones aprendidas:

- El género, como categoría para el análisis, la investigación y la praxis en salud debe integrar la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación en salud sexual.
- Género no debe ser entendido sólo en el contexto de las relaciones intergenéricas, sino que puede y necesita visualizarse en el impacto que estas relaciones construidas culturalmente tienen en el colectivo de mujeres (intra-genéricas).
- La construcción de las mujeres como sujetos sociales sexuados y la subjetividad femenina, producto altamente generizado, requiere ser colocado en el centro de las políticas y programas que busquen reducir la incidencia de las infecciones de transmisión sexual y VIH en las mujeres.
- Las mujeres deben estar incluidas en las acciones de enfrentamiento y lucha contra el VIH, como sujetos activos en la identificación de necesidades, el diseño de programas, la formulación de estos, su ejecución y en el seguimiento de las acciones para monitorear el impacto que estas tienen sobre su salud sexual y su vida cotidiana. Quiénes cuidan a quién, quiénes realizan el acompañamiento de las personas viviendo con VIH, quiénes cuidan a niñas y niños huérfanos, quiénes preparan los alimentos, quiénes deciden o no la maternidad cuando hay sospecha o certeza de la infección por VIH y a qué costos, quiénes compran condones en las farmacias, quiénes usan condones en sus relaciones sexuales, quiénes son blanco de las acciones que se realizan. Las respuestas a estas y otras interrogantes avalan la necesidad de integrar la perspectiva de género al análisis de la situación de la epidemia en el país.¹⁰

Segundo presupuesto. La asignación, acceso y control de recursos en el espacio doméstico es diferenciado según el sexo lo que se traduce también, en diferentes cuotas de ejercicio de poder.

Retomemos el VIH en el contexto privado e íntimo de lo doméstico, el ámbito familiar como espacio de interacción social y de confluencia de lo micro y macrosocial, lo subjetivo y lo intersubjetivo.

Durante el proceso de socialización, las mujeres aprendemos las asignaciones sociales al ser mujer y aprehendemos el espacio doméstico como espacio de dominio femenino. Lo que resulta interesante, es que la asignación y asunción de los roles tradicionalmente tipificados como femeninos no se acompañan, siempre, del acceso y el control

suficiente sobre los recursos para lograr el ejercicio del poder en el ámbito de lo doméstico.

De ahí que, mencionar el condón, negociar la posibilidad de su uso en el espacio doméstico puede ser muy conflictivo para muchas mujeres por razones muy diversas:

1. Despierta fantasías de infidelidad en sus parejas
2. Descoloca la visión cultural ancestral de la pasividad erótica femenina.
3. Pone en tela de juicio el mito del amor romántico considerado como fundante de la subjetividad femenina.
4. Desventaja por temor a la pérdida del soporte afectivo y económico de la pareja (en mujeres con dependencia, tanto afectiva como económica).
5. El rol de experto sexual asignado a los varones, permite se depositen en estos, la toma de decisiones relativas al disfrute de la sexualidad (esto incluye el uso o no de condón).
6. Las diferencias de edades entre las parejas (mayor edad de los varones) se acompaña de mayores cuotas de prestigio (asignación cultural), más cuotas de poder y un número más elevado de parejas sexuales lo que dibuja más subordinación de las mujeres.
7. Los permisos diferenciados para el goce sexual de mujeres y varones en nuestras sociedades.

Las razones antes enumeradas, aunadas a la asunción por las mujeres de los roles tradicionalmente tipificados como femeninos, y la responsabilidad por el cuidado de los otros en el ámbito doméstico permite situar a las mujeres heterosexuales, unidas en una relación de pareja de permanencia, con bajo control de los recursos y pobre ejercicio del poder en el espacio doméstico entre los grupos más vulnerables a la infección por VIH.

En nuestro país, que el Estado ha otorgado y las mujeres han conquistado los espacios sociales, con un elevado nivel cultural las prácticas sexuales con protección, en un alto número, continúan sujetas a la decisión de sus parejas sexuales.

Lecciones aprendidas:

- Los materiales dirigidos a la promoción de salud sexual y la prevención del VIH dirigidos a la población en general deben incluir elementos que permitan sensibilizar sobre el impacto que la socialización de género tiene en las decisiones que se tomen en materia de salud sexual y VIH.
- Las intervenciones educativas encaminadas a la asunción de comportamientos sexuales responsables, seguros y protegidos, requieren de abordajes estratégicos que promuevan el cambio en las relaciones ínte-genéricas tanto en posición como en ejercicio de poder en el espacio doméstico.
- La educación sexual debe promover, prácticas de autocuidado y cuidado mutuo, como vía para el logro de mayores niveles de salud sexual en la población en general y en particular, en las mujeres.
- El análisis de la situación de las mujeres ante el VIH debe considerar la posición de estas en la asignación de roles, en el acceso y control de los recursos, tanto en el espacio doméstico como en el comunitario.

Tercer presupuesto. Las mujeres son las principales proveedoras de atención y gestoras de salud de la familia.

Las mujeres son las encargadas del cuidado de la salud en el adentro. En el caso de la salud sexual y reproductiva son las mujeres las que enseñan a sus hijas los secretos de la menstruación, la higiene asociada a esta y a las relaciones sexuales, los secretos del embarazo y la sexualidad asociada a este, los dolores del parto, el cuidado de los hijos y ya casi al final de vida reproductiva, qué es el climaterio y la menopausia.

No obstante, son pocas las que logran incluir en el currículo del tema los placeres de la sexualidad, la diversidad sexual, en especial la orientación sexual y los comportamientos sexuales responsables, seguros y protegidos. Qué sucede cuando un hijo le comunica que es VIH+, quién se responsabiliza con el acompañamiento y cuidado en el hogar de las personas que viven con VIH, qué costos tiene para las mujeres cuidadoras la atención de los/as enfermos/as SIDA, qué sucede en el interior del hogar y de la familia cuando es una mujer la persona que vive con VIH, o conociendo su estado serológico decide la maternidad. Las preguntas de cierre serían qué costos tiene para las mujeres la epidemia del VIH-SIDA. En cuánto se calcula el aporte de las mujeres al SNS cubano por el trabajo de atención y gestión de las personas que viven con VIH (PVVIH) y enfermos de SIDA, así como en la gestión de salud comunitaria en la prevención de la epidemia.

Lecciones aprendidas:

- Integrar la perspectiva de género al estudio de la epidemia del VIH requiere tomar en cuenta el trabajo de las mujeres en el sector de la salud y fuera del sector, en la familia y sus comunidades, en la producción de salud y la prevención del VIH.

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: UN CAPÍTULO EN CONSTRUCCIÓN

En los últimos 20 años el problema de la violencia, tanto la que se dirige a las mujeres por razones de género, violencia de género, como aquella que transcurre en el espacio familiar, violencia intrafamiliar, ha cobrado visibilidad social aunque se mantiene cierta invisibilidad estadística del fenómeno en los campos familiar y social. Prácticamente todos los países de América Latina han adoptado marcos jurídicos y reformas constitucionales para explicitar la equidad de género, combatir la violencia y eliminar todas las formas de discriminación.⁴

Cuba fue el primer país en firmar y el segundo en ratificar la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Desde 1997 cuenta con un Grupo Nacional para la Prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar coordinado por la Federación de Mujeres Cubanas, el mecanismo para el adelanto de la Mujer de la República de Cuba e integrado por diferentes instituciones del país: los Ministerios de Educación, Salud, Interior y Justicia; la Fiscalía General de la República, el Instituto de Medicina Legal, el Centro Nacional de Educación Sexual, la Universidad de La Habana, el Centro de Investigaciones Psicológicas y Sociológicas, el Tribunal Supremo Popular y el Instituto de Radio y Televisión.

Entre las disposiciones legales sobre el derecho de igualdad de la mujer y contra la discriminación, el Código Penal sanciona severamente los delitos de violencia, especialmente los calificados como Delitos contra la vida y la integridad corporal y los Delitos contra el normal desarrollo de las relaciones sexuales y contra la familia, la infancia y la juventud. Una medida reciente es la Ley No. 87 de 16 de febrero de 1999, modificativa del Código Penal, que introdujo como agravante en los delitos de violencia el ser cónyuge y el parentesco entre el ofensor y la víctima, que además de considerar, hasta el cuarto grado de consanguinidad, le añadió hasta el segundo grado de afinidad. (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. Cuarto informe periódico de la República de Cuba. Septiembre 1999).

El grupo desde su creación ha trabajado en la sensibilización y capacitación de diferentes actores sociales en particular, aquellos con que por su área de trabajo pueden o realizan una labor directa de prevención y atención a la violencia, entre estos se encuentran los siguientes: la Policía Nacional Revolucionaria, la Fiscalía, los profesionales de la salud y la educación en los diferentes territorios del país. También, de manera sistemática y sostenida, se capacita a las mujeres y las familias a través de las delegaciones de base de la organización y las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia de todos los municipios del país como vía para prevenir y minimizar las secuelas de la violencia en la vida de las mujeres y sus familias.

No obstante, la atención a la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico es un capítulo en construcción. Algunas de las razones que avalan tal aseveración se relacionan a continuación:

1. Persiste una baja percepción de la violencia como problema de salud de las mujeres en los profesionales del sector de la salud.
2. Pobre identificación de las mujeres de las situaciones de violencia psicológica y sexual en su vida cotidiana.
3. Bajo nivel de búsqueda activa de morbilidad por violencia intrafamiliar por los profesionales de la salud, como parte del diagnóstico y análisis de la situación de salud.
4. Limitados espacios especializados, en el sector de la salud, para la atención de sobrevivientes de la violencia y de los agresores (en casi todos los territorios los servicios de orientación se encuentran en las Casas de Orientación a la Mujer y la Familia de la Federación de Mujeres Cubanas).

La prevención de la violencia intrafamiliar y en general, de toda forma de violencia contra las mujeres ha estado en la agenda social desde el triunfo revolucionario. Las limitaciones económicas vividas en el país, durante la década del noventa del pasado siglo, por el recrudecimiento del bloqueo que el gobierno de Estados Unidos ha dirigido contra Cuba ha impactado la vida cotidiana de las mujeres y de la familia cubana y con ello, los patrones de interacción social.

Detectar la magnitud del impacto en la vida cotidiana y su posible expresión en relaciones violentas en el ámbito familia y desarrollar acciones que posibiliten la prevención de riesgos y secuelas en víctimas/sobrevivientes de cualquier forma de violencia está hoy en la agenda política del SNS.

Los estudios realizados en relación con los costos de la violencia son escasos y los métodos utilizados en estos son diferentes e incluyen varias clases de costos. Por ejemplo: estudios realizados en Estados Unidos citan cálculos sobre el costo de la violencia en ese país que oscilaron entre los US \$ 5 000 y US \$ 10 000 millones anuales de pérdidas por esta causa hasta los US \$ 67 000 millones hallados en un estudio sobre los costos del delito para las víctimas; En Suiza, el cálculo directo anual se eleva a SF 409.760.00 (alrededor de US \$ 273 166 000 al cambio de 1999) (García-Moreno, C. Violencia contra la Mujer. Género y equidad en salud. Publicación ocasional No. 6 Organización Panamericana de la Salud/ Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud y Harvard Center for Population and Development Studies. Washington). En un estudio sobre la violencia doméstica contra las mujeres en Nicaragua realizado por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) en 1997, se observa que la violencia de este tipo en ese país reduce los ingresos de las mujeres agredidas en 29,5 millones de dólares, el equivalente de 1,6 % del PBI de 1996 (Caminos hacia la equidad de género en América Latina y el Caribe. 9ª Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. CEPAL. México, DF, 10 al 12 de junio de 2004).

La prevención de toda forma de violencia es, un problema de todos y todas. La universalidad del Sistema Nacional de Salud y la presencia de recursos humanos del sector a través de la amplia red de servicios de Atención Primaria de Salud (APS) en todo el país, posibilita la puesta en marcha de un Modelo Integral para la prevención y Atención a la Violencia Intrafamiliar en el que se integre el sector de la salud como vehículo para la identificación, detección, asistencia y rehabilitación de la violencia intrafamiliar.

En las provincias donde hemos trabajado está identificada una ruta crítica de atención a los problemas de violencia intrafamiliar donde intervienen la comisión de prevención, la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), los servicios de salud mental y salud escolar, los centros de Medicina Legal, las comisiones provinciales y municipales de educación sexual, la fiscalía, los instructores de la policía capacitados para la atención y otras instituciones según sean requeridas.

Lecciones aprendidas:

- La capacitación para la prevención, identificación, detección y atención de la violencia intrafamiliar debe integrar la perspectiva de género para posibilitar abordajes prácticos y estratégicos de género, que redundaría en relaciones equitativas entre los sexos.
- Visualizar la violencia intrafamiliar, como problema de salud y social, permite potenciar la autonomía, autoestima, la participación social y el desarrollo humano de los grupos considerados vulnerables (mujeres, niños y niñas y ancianos/as) y la población en general, en la prevención de la violencia intrafamiliar y sus daños.
- Educar a la población en general, y a los grupos vulnerables en particular, en relación con la protección legal existente en el país (Centros de Divulgación de los Derechos de niñas y niños, los servicios de orientación de las casas de Orientación a la Mujer y la Familia) y las diferentes formas de violencia contribuye al incremento de la participación ciudadana en minimizar las secuelas de la violencia intrafamiliar.

- La atención intersectorial al fenómeno de la violencia posibilita reducir los riesgos y daños en las personas que viven situaciones de violencia.
- En los últimos años, reportes del tema visualizan la relación existente entre infecciones de transmisión sexual y VIH, por lo que se requiere incorporar a los programas dirigidos a la prevención de dichas infecciones el capítulo violencia como vía para potenciar los esfuerzos que viene desarrollando el Estado cubano en el enfrentamiento de la epidemia de VIH.

EMBARAZO NO DESEADO E INTERRUPCIÓN DE EMBARAZO

La Conferencia de El Cairo, 1994 (CIPD) afianzó la planificación de la familia en un marco más amplio de salud reproductiva, derechos reproductivos y salud sexual. Desde la fecha los países en desarrollo han comenzado a integrar los servicios de salud reproductiva en sus servicios de atención primaria de salud. Sin embargo, y aunque se reconocen avances, existen más de 350 millones de parejas que carecen de acceso a servicios de planificación de la familia, las complicaciones del parto y el embarazo son las principales causas de defunción y enfermedad de la mujer en edad de procrear, un tercio de las embarazadas no reciben ningún tipo de atención de la salud durante el embarazo, un elevado número de mujeres sufre de fístula obstétrica, y las mujeres que viven con VIH en la actualidad alcanzan el 50 % de las PVVIH.

La conferencia alerta sobre la vulnerabilidad de la adolescencia en cuestiones de salud sexual y reproductiva, reporta que una de cada cinco personas en todo el mundo es adolescente, la mitad de ellos pobres, muchos con actividad sexual con escasas posibilidades de protegerse por carencia tanto de conocimientos como de recursos.

La realidad cubana, en materia de salud reproductiva, dista de lo antes expuesto tanto para la región como para el mundo. Planificación familiar, derechos reproductivos y salud sexual y reproductiva, son estrategias del SNS de larga data (más de 30 años). La existencia del Programa Nacional Planificación Familiar y Riesgo Reproductivo permite potenciar la información, orientación, educación y los servicios dirigidos a las mujeres y sus parejas, así como satisfacer las necesidades de adolescentes y jóvenes en salud reproductiva.

El programa promueve además, el incremento de la participación del varón en la planificación familiar y en la salud reproductiva y procura la disminución de todos los riesgos asociados a la reproducción. Expone que aun cuando los factores de riesgo más comunes son los biológicos, también son muy importantes los psicológicos y los sociales y deben verse y atenderse no solo en la mujer, sino en el padre, la familia y el entorno.¹⁰

Esta validación de la importancia de considerar los factores psicológicos y sociales permite colocar la reflexión nuevamente en los aspectos que dan cuenta al género.

En Cuba el aborto fue institucionalizado en el año 1965, desde esta fecha, se produjo una reducción importante de la mortalidad materna por esta causa a la vez que un aumento en la demanda en los servicios equipados para efectuar el aborto.¹¹ La demanda antedicha se mantuvo hasta el año 1988 que comenzaron a realizarse las regulaciones menstruales, práctica de menor riesgo para la mujer y que con el tiempo se ha

convertido para muchas en una alternativa más atractiva que el aborto para la interrupción de un embarazo no deseado.

Las reflexiones sobre este capítulo están anudadas a la siguiente interrogante: ¿por qué las mujeres cubanas no evitan un embarazo que será interrumpido durante el primer trimestre?

Para muchos países la respuesta está en la baja información y acceso de las mujeres a los métodos anticonceptivos. Sin embargo, en Cuba existe una amplia difusión de información al respecto y aunque las razones económicas han limitado la diversidad y en ocasiones la disponibilidad de métodos orales e inyectables en la red de farmacias y servicios de planificación familiar, la disponibilidad de dispositivos intrauterinos (DIU) y condones puede reconocerse como sostenida.

Otros países informan limitado acceso a servicios de salud reproductiva y en particular de planificación familiar. En nuestro país existen servicios de planificación familiar en las áreas de salud y en los Consultorios del Médico de Familia (nivel primario de atención).

La feminización de la pobreza y el bajo nivel cultural de las mujeres en la mayoría de los países en desarrollo hace que niñas y adolescentes no puedan controlar su fecundidad por su bajo nivel educacional que trae aparejado desconocimientos en relación con su sexualidad y ciclo reproductivo. Cuba cuenta con un Programa Nacional de Educación Sexual en la Escuela que integra a los contenidos curriculares, contenidos sobre sexualidad según la etapa del ciclo vital y el nivel de enseñanza.

Los trabajos revisados aportan otras respuestas a la interrogante formulada:¹²⁻¹⁶

1. Las relaciones sexuales precoces que las jóvenes inician tempranamente sin la suficiente madurez para utilizar alguna protección tiene como frecuente resultado el embarazo no deseado.
2. En ausencia de relación estable: el embarazo es resultado de relaciones sexuales fortuitas, o resultado de relaciones inseguras, en el contexto afectivo, matizadas por la ausencia de responsabilidad, y precariedad del compromiso.
3. Baja percepción de riesgo: muchas adolescentes consideran improbable el embarazo si las condiciones en que se realiza el coito no sigue las pautas tradicionalmente aceptadas, piensan que no les puede pasar, pues fue rápido y además una sola vez. En el caso de las mujeres jóvenes, la baja utilización de anticonceptivos aun cuando no se desea el embarazo puede explicar la frecuencia de abortos a esas edades.
4. El proyecto de vida y el compromiso con los logros personales: es un factor que se esgrime con frecuencia por las mujeres adolescentes y jóvenes para interrumpir el embarazo.
5. Dificultades socioeconómicas, en particular la vivienda, es un factor que refieren las mujeres y sus parejas que buscan mayor bienestar para la llegada de su hijo.
6. Las presiones de familiares y parejas explican que para muchas mujeres su embarazo culmine en aborto, sus parejas no desean tener hijos en ese momento, o los padres –cuando las muchachas son muy jóvenes– ejercen presiones para evitar la salida de estas de la enseñanza, pues no siempre existe una red de apoyo

familiar para garantizar el cuidado del futuro bebé y enfrentar los reajustes que se requieren en la familia para recibir al nuevo integrante.

Cualquiera que sea la razón que se esgrima el embarazo no deseado requiere ser analizado a través de los lentes de género:

- Las mujeres son socializadas en una cultura en la que uno de los articulantes de la feminidad es la maternidad y para muchas ser mujer es igual a ser madre. Esto implica que se requiere probar la capacidad de reproducirse como vía para reafirmarse como mujeres. No se desea la maternidad en sí sino la seguridad de que se puede ser madre.
- La identidad femenina se construye alrededor del cuidado de otros y del cuidado de la vida afectiva, de ahí que un grupo de mujeres no se proteja del embarazo como vía para estrechar y mantener los vínculos de pareja, situación que no siempre se logra y el embarazo termina siendo un espacio para fomentar los conflictos y en ocasiones la ruptura de la pareja.
- La asunción de los roles de cuidadoras por las mujeres –en su sentido más amplio– hace que muchas desarrollen pautas de cuidado dirigidas a los otros y no a sí mismas, la anticoncepción no se asume como práctica de autocuidado.
- Los hombres han depositado en las mujeres el control de la natalidad y la planificación familiar, por lo que ellas son las responsables de la anticoncepción. La no participación de la pareja en la planificación familiar posibilita el abandono del método en aquellas mujeres que este le provoca algún malestar a ella o a su pareja.
- La poca capacidad de negociación del condón, ya mencionada en el análisis del VIH, incapacita a las mujeres prevenir embarazos no deseados en relaciones fortuitas.

Lecciones aprendidas:

- La prevención de embarazo no deseado entre adolescentes y jóvenes debe incluir los aspectos de género, toma de decisiones, autonomía, derechos y autocuidado.
- La promoción de salud sexual dirigida a fomentar la salud sexual requiere incluir la equidad de género y la construcción de una subjetividad femenina basada en la capacidad de optar y negociar.
- Los programas dirigidos a reducir el embarazo no deseado y el aborto requieren de la participación y compromiso de mujeres y varones.
- Los mensajes dirigidos a que la población utilice el condón en sus relaciones sexuales deben dimensionar la doble protección–ITS y embarazos no deseados.

DESAFÍOS

El principal desafío que se tendrá que enfrentar en los próximos años en el campo de la salud sexual y reproductiva es encontrar vías que posibiliten resolver la contradicción existente entre la política en salud sexual encaminada a minimizar los riesgos de las mujeres en cuanto a la morbilidad y mortalidad por causas asociadas al disfrute de su sexualidad placentera y reproductiva, y la participación y compromiso de estas con el autocuidado de su salud.

La agenda social y política de la revolución cubana, y como parte de esta la del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), ha contado con los recursos del Estado cubano

para garantizar, el acceso de las mujeres a los diferentes servicios que relacionan con su salud sexual y reproductiva y la mayor disponibilidad posible de recursos tanto hospitalarios como a nivel de la atención primaria de salud, programas nacionales como: Maternidad y paternidad responsables, Planificación familiar y riesgo reproductivo, Control y prevención del VIH, Infecciones de transmisión sexual, Atención integral a la salud de adolescentes, Diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero son una muestra de la voluntad política del MINSAP en el abordaje de estos temas prioritarios de salud.

Se ha contado además, con la cooperación del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de la Sociedad Cubana de Desarrollo de la Familia (SOCUDEF), en lo concerniente a la adquisición de anticonceptivos, divulgación y publicación de materiales dirigidos a la educación sexual en diferentes etapas de la vida, el intercambio científico y otras actividades de sensibilización en estos temas.

El Programa Nacional de Educación Sexual ha posibilitado, que la educación de la sexualidad forme parte de las actividades curriculares y extracurriculares de la escuela cubana, la formación de recursos humanos de la salud y de las comunidades del país mediante pilares claves como son el sector de la salud y la educación, y organizaciones de gran representatividad como la Unión de Jóvenes Comunistas (UJC) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC), y en esta última, el mecanismo para el adelanto de la mujer en Cuba, están encargadas de monitorear y dar seguimiento a las acciones que el país desarrolla en materia femenina y en particular, en salud sexual y reproductiva y en derechos sexuales de las mujeres.

Una coalición de estas fuerzas posibilitará educar a las mujeres y los hombres en la responsabilidad por el cuidado de su salud sexual, con perspectiva de género, y el logro del pasaje de los enfoques aún biologicistas de la promoción y prevención en salud sexual a modelos más sociales que desarrollen una cultura de salud sexual con respeto: a la diversidad sexual, la equidad de género y la subjetividad de mujeres y hombres.

SUMMARY

Sexual and reproductive health from the women's view

Sexually transmitted infections, HIV, intrafamily violence and abortion as a result of an undesired pregnancy are priority topics in the field of sexual and reproductive health in Cuba . The importance of these topics is not only the value granted to them in the sexual health policies of the country, but the fact that the efforts made to reduce their incidence, prevalence or consequences in women's life are not always expressed in an effective drop in health statistics. The gender perspective makes possible to extend the analysis of female morbidity from these causes and to organize strategies allowing an approach to the desired health indicators regarding sexual health.

Key words: Sexual and reproductive health, gender, sexually transmitted infections, HIV, intrafamily violence, abortion.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cogna M. (Coordinadora). Las reformas en el sector salud en la Argentina y Chile. Oportunidades y obstáculos para la promoción de la salud sexual y reproductiva. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, CEDES y Banco Interamericano de Desarrollo, (BID). Buenos Aires, 2004.
2. De la Torre E , López Pardo C, Márquez M, Gutiérrez Muñiz JA. Rojas Ochoa F. Salud para todos. Sí es posible. Sociedad Cubana de Salud Pública, Sección de Medicina Social. La Habana , 2004.
3. Ley 41, Ley de la Salud Pública, Sección segunda: De la atención materno-infantil. Artículos 22-26. Gaceta Oficial. 1983.
4. Cuba: Respuesta de Cuba al cuestionario enviado por la División para el Adelanto de la Mujer de las Naciones Unidas; Informe del vigésimo tercer período de sesiones de la Asamblea General (2000), presentado a la Reunión Preparatoria Subregional para el Caribe de la novena Conferencia Regional de la Mujer de América Latina y el Caribe (Kingstown, 11 al 13 febrero de 2004). En Caminos hacia la equidad de género en América Latina y el Caribe. 9ª Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. CEPAL. México, D.F. 2004.
5. Federación de Mujeres Cubanas. Informe de la República de Cuba. (CEDAW). Digitalizado. 2004.
6. Lamas M. Cuerpo: diferencia sexual y género. Debate feminista. Año 5, Vol. 10, septiembre 1994.
7. ONUSIDA. Mujer y SIDA en Situación de la epidemia de SIDA. Diciembre 2004. p. 4.
8. UNFPA. El Consenso de El Cairo, diez años después: Población, salud reproductiva y acciones mundiales para eliminar la pobreza. UNFPA. 2004.
9. Fleitas R uíz R. Contradicciones de la movilización de la mujer como gestora de salud sexual y reproductiva en Cuba. Rev Cubana Salud Púb. 2003 ; 29 (3):246-52.
10. MINSAP. Planificación familiar y riesgo reproductivo. Marco conceptual, Programa y Plan estratégico. La Habana: MINSAP; 2001.
11. Mayo D. Algunos aspectos histórico-sociales del aborto. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2002;28(2):132.
12. Laffita Batista A, Ariosa JM, Cutié Sánchez JR. Adolescencia e interrupciones de embarazo. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2004;30(1) .
13. Fernández LS, Carro Puig E, Osés Ferrera D, Pérez Piñero J. Caracterización de la gestante adolescente. En: http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol30_2_04accesoel2.VII.05
14. Valdés Dacal S, Essien J, Bardales Mítac J, Saavedra D. Embarazo en la adolescencia, incidencia, riesgos y complicaciones. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(2):84-8.
15. Gran Álvarez MA. Interrupción voluntaria de embarazo y anticoncepción. Dos métodos de regulación de la fecundidad. Cuba, 1995-2000. (Tesis). Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana.
16. Cabezas Cruz E. Mortalidad maternal y perinatal en adolescentes. Rev Cubana Obstet Ginecol 2002;28(1):5-10.

Recibido: 11 de julio de 2005. Aprobado: 1ro. de agosto de 2005.

Ada C. Alfonso Rodríguez. CENESEX. Calle 10 No. 460 esq. 21. El Vedado. Plaza de la Revolución. Ciudad de La Habana, 10400. Cuba.

*Presentado en el Simposio "Celestino Álvarez Lajonchere In Memoriam". Salud Sexual y Reproductiva. La Habana, 14 de julio de 2005.
¹Médica. Máster en Sexualidad Humana. Centro Nacional de Educación Sexual.