

# Red de Mujeres por un Mundo Mejor. Programas y estrategias para luchar contra la mortalidad materno-infantil y mejorar la salud sexual y reproductiva en ÁFRICA

El presente Resumen Ejecutivo es el resultado de la Reunión del Grupo de Trabajo de Salud celebrada los días 14 y 15 de diciembre de 2006 en la ciudad de Maputo. Este encuentro, desarrollado en el marco del seguimiento de la «Declaración de Mozambique Mujeres por un Mundo Mejor», tuvo como objetivo elaborar un informe con propuestas de programas concretos, a apoyar desde la cooperación española, para la mejora de la salud materno-infantil y sexualreproductiva en África. Asistieron como participantes numerosos expertos y expertas en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva procedentes de agencias internacionales, Ministerio de Salud y ONGs de Mozambique, así como de ONG y representantes de la cooperación española.

Este informe intenta recoger por escrito la discusión y los temas clave que se abordaron durante la reunión, y sintetizar al mismo tiempo las recomendaciones adoptadas por los y las participantes. En este sentido, aunque las reflexiones y aportaciones realizadas nacieron fundamentalmente de la experiencia y el contexto de Mozambique, el enfoque de la reunión y del presente documento se desarrolla de forma más abierta, teniendo en cuenta todo el contexto regional africano.

Las principales conclusiones de la reunión remiten a la necesidad de apoyar dos niveles de programas desde la cooperación española con África. Por un lado, **programas de fortalecimiento de las capacidades de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación sectorial de políticas de salud sexual y reproductiva y lucha contra mortalidad materna** y específicamente:

- ▶ Programas de apoyo a la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de las hojas de ruta nacionales para acelerar la consecución de los objetivos de desarrollo del milenio relacionados con la salud materno-infantil
  - ▶ Programas de promoción de la participación social y fortalecimiento de la sociedad civil en la lucha contra la mortalidad materno-infantil y la mejora de la salud sexual y reproductiva.
- Y por otro lado, **programas de intervención específica en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva**, incluyendo:
- ▶ Programas para el incremento del acceso a servicios de salud materna y neonatal.
  - ▶ Programas de reposicionamiento de la planificación familiar,
  - ▶ Programas para la integración de los derechos y la salud sexual y reproductiva y la lucha contra el VIH/SIDA,
  - ▶ Programas de promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes.
  - ▶ Programas para la detección y tratamiento temprano del cáncer de cuello uterino
  - ▶ Programas de investigación aplicada a la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva.

Igualmente, durante la reunión, se trabajó en la identificación de los factores transversales que debían inspirar tanto la elaboración de las políticas como el diseño e implementación de los

programas a aplicar para la mejora de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva. Entre estos factores se priorizaron el fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud, la integración de los derechos humanos, la incorporación de la perspectiva intercultural, la integración del enfoque de género y la participación de la comunidad en la promoción y el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

A partir de este marco, los y las participantes acordaron recomendaciones concretas para la cooperación española, fundamentalmente orientadas a:

- ▶ Reforzar la prioridad otorgada a la reducción de la mortalidad materna y neo-natal dentro de los objetivos de la cooperación al desarrollo española.
- ▶ Incrementar considerablemente las contribuciones financieras dirigidas a la, planificación, implementación y evaluación de las Hojas de Ruta para reducir la mortalidad materna y neonatal en los distintos países africanos y en la totalidad de sus componentes: **1)** Mejora del aprovisionamiento y el acceso a servicios de atención en salud materna y de los recién nacidos, incluyendo servicios de planificación familiar, **2)** fortalecimiento de los sistemas de referencia, **3)** fortalecimiento de la planificación de salud por distritos y la gestión de la atención sanitaria materno infantil, **4)** incidencia política para lograr un mayor compromiso y recursos para la salud materno-infantil y la planificación familiar, **5)** promoción de asociaciones, **6)** promoción del cuidado continuo desde los hogares hasta el hospital y **7)** empoderamiento de las comunidades, especialmente las mujeres.
- ▶ Apoyar los procesos de fortalecimiento de la sociedad civil para la lucha contra la mortalidad materno-infantil y la mejora de la salud sexual y reproductiva.
- ▶ Apoyar acciones de investigación concretas sobre los aspectos culturales, antropológicos y operativos que impiden avances en la mejora de la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva.
- ▶ Apoyar las acciones dirigidas a prevenir la alta morbi-mortalidad materna causada por el aborto inseguro y a conocer su impacto real sobre la población.
- ▶ Apoyar acciones de prevención y educación dirigidas a los y las adolescentes para crear condiciones saludables de salud sexual y reproductiva.
- ▶ Apoyar acciones de investigación sobre el impacto de enfermedades como el cáncer de cervix en la salud de las mujeres y el desarrollo de programas de intervención sanitaria dirigidos al diagnóstico precoz, prevención y tratamiento de las mismas.
- ▶ Apoyar metodologías y propuestas de trabajo comunitario con los hombres, para generar actitudes responsables hacia el embarazo, el parto y demás esferas relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

La falta de modelos de identificación para las mujeres las obliga a recrear el ejercicio de los cargos, casi siempre sobre bases de mayor colegialidad, basada en la confianza en sus colaboradores/as

## El techo de cristal de las mujeres en la enseñanza

Como fruto de una investigación realizada por un equipo de profesoras y profesores de la Universidades de León, Valladolid y Burgos\* sobre el profesorado de Educación Primaria y Secundaria de estas provincias, se ha llegado a interesantes conclusiones que intentan explicar por qué hay tan pocas mujeres ocupando cargos directivos en los centros educativos, a pesar del alto porcentaje de las mismas que desempeñan su trabajo en ellos. Una síntesis bastante completa del estudio se ha recogido en el libro titulado: La cultura de género en las organizaciones escolares, editado por Octaedro al año 2006.

El objetivo fundamental de esta investigación era mostrar las causas de esa baja representación femenina en los cargos directivos, a pesar de ser la enseñanza una de las profesiones más feminizadas en nuestra sociedad así como profundizar en las barreras que las mujeres tienen para acceder a dichos cargos. El exhaustivo estudio, para el cual se realizaron más de 2500 cuestionarios, 60 entrevistas, numerosos grupos de discusión etc. nos revela los principales obstáculos que van tejiéndose, a modo de invisible red o "techo de cristal" que limita las aspiraciones de las mujeres, o incluso llega a impedir su acceso a puestos de poder en las organizaciones en que trabajan, junto a un elevado número de compañeras y un minoritario grupo de compañeros.

Entre esos obstáculos, se encuentran:

- ▶ La **costumbre social**. Las mujeres que se deciden a ocupar un cargo directivo no se sienten apoyadas por su familia y amigos/as, que consideran que se van a encontrar con muchos problemas y que no tienen ninguna necesidad de ello. Es algo opuesto a lo que les ocurre a los hombres, que siempre se sienten alentados, apoyados y reconocidos por los que les rodean, empezando por su propia mujer o compañera a la hora de acceder a un cargo, teniendo en cuenta que se encuentran inmersos en un mundo profesional muy feminizado y el ejercicio del cargo les va a situar a otro nivel.
- ▶ Muy ligado al anterior, por su vinculación al rol social ocupado por mujeres y hombres, se encuentra el **desigual reparto de las tareas domésticas y familiares**, que provoca que las mujeres, en la práctica, tengan mucho trabajo en casa y poco tiempo para ocuparse de las múltiples labores que requiere un cargo de responsabilidad. Mientras que estas mismas responsabilidades familiares para los hombres no suponen ningún obstáculo.

Según datos del año 2007 las mujeres dedican el 82% del tiempo de dedicación total que se requiere, al cuidado de niños y niñas, así mismo dedican el 79'8% al cuidado de personas ancianas y el 80'3% al cuidado de personas enfermas.

- ▶ Las **culturas organizativas de orientación masculina**, caracterizadas por el desempeño de los cargos directivos desde una clara autoridad jerárquica, un alto grado de aislamiento respecto de los compañeros y una comunicación de arriba abajo, constituyen otra importante barrera para las mujeres. En la mayoría de los casos, ellas no saben cómo asumir este tipo de autoridad,

y sobre todo no desean hacerlo, tal como constatamos en cuestionarios, entrevistas y grupos de discusión.

- ▶ Constituyen otro obstáculo importante las **expectativas** que tenemos sobre cómo van a ejercer el cargo hombres y mujeres, dando por sentado que sólo hombres se ajustarán mejor al modelo de dirección que se espera de ellos. Se constata en la investigación que siempre se espera que los hombres lleven mejor la dirección que las mujeres, apoyándose en que ellos a lo largo de los años han tenido un absoluto protagonismo en las labores de dirección.
- ▶ Este obstáculo se relaciona mucho con la **falta de modelos de identificación para las mujeres**, que las obliga a recrear el ejercicio de los cargos, casi siempre sobre bases de mayor colegialidad, basada en la confianza en sus colaboradores/as.
- ▶ Y por último, se detecta otra barrera más sutil que las anteriores, pero no por ello menos importante, se trata de la creencia de que **ya no hay discriminación**. Esta creencia, muy generalizada, constituye un auténtico obstáculo, pues conduce a posturas de pasividad y conformismo, basadas en la falsa idea de que ya no es necesario trabajar por el cambio. Ello supone identificar la igualdad legal con la igualdad real, a pesar de las evidencias que nos muestran constantemente el enorme trecho que hay que salvar, en éste como en otros muchos ámbitos de la sociedad.

No es la principal pretensión de dicho estudio mostrar sólo los aspectos negativos, las barreras u obstáculos con que las mujeres tropiezan y que poco a poco tienen que derribar, sino también algunas alternativas emanadas de la propia práctica del ejercicio de los cargos en los centros educativos, considerada altamente positiva por parte de las propias mujeres que han vivido y viven esta experiencia. Las directoras entrevistadas no tienen una autoestima débil, ni consideran que no estén desempeñando bien su tarea sino todo lo contrario, la mayoría se consideran buenas directoras y se sienten valoradas por sus compañeros/as. Sin embargo, consideran también que el ejercicio de un cargo no es precisamente «un camino de rosas», en buena parte debido a que se sienten obligadas a demostrar constantemente que son capaces de desempeñarlo.

La incidencia que todos estos factores (tanto el techo de cristal, configurado por una amalgama de elementos, como la capacidad que algunas mujeres tienen de romperlo con los escasos apoyos sociales con que cuentan) es muy probable que tenga un coste importante en su salud mental, pues muchas expresaban que estaban viviendo sentimientos de culpa por dedicar poco tiempo al cuidado de sus hijos. Al parecer, pueden también manifestarse repercusiones de estos problemas en la salud física.

El *desideratum* que se deriva de este estudio es que cada uno/a desde nuestra responsabilidad personal y familiar, así como desde los ámbitos profesionales en que nos movemos, aprovechando las sinergias que entre ellos puedan producirse, debemos contribuir a construir una sociedad más igualitaria, donde no existan barreras para nadie a la hora de elegir. ■ **Asunción Cifuentes**

\* Enrique Javier Díez Gutiérrez (Director de la investigación. Univ. de León), Eloína Terrón Bañuelos (CCOO. León), Rocío Anguita Martínez (Univ. de Valladolid), M<sup>a</sup> Jesús de la Calle Velasco (Univ. de Valladolid), Rufino Cano González (Univ. de Valladolid), Rosa M<sup>a</sup> Esteban Moreno (Univ. Valladolid), Asunción Cifuentes García (Univ. de Burgos), Rosa Santamaría Conde (Univ. de Burgos), Matilde García Gordón (Psicóloga clínica. León), Ana Gaitero Alonso (Periodista. León).

# Acceso al aborto en el Estado español

## Un mapa de inequidad

El informe elaborado por el Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (\*) y la Asociación de Clínicas Acreditadas para la Interrupción del Embarazo, propone las siguientes medidas:

**1.** Para asegurar la equidad en el sistema sanitario del Estado español es preciso modificar la actual regulación del aborto y promulgar una Ley de plazos que contemple el acceso al aborto por decisión libre e individual de la mujer.

**2.** El acceso equitativo a la interrupción voluntaria del embarazo en el territorio del Estado Español debe garantizarse a través del desarrollo, en el marco del Consejo Inter-territorial de Salud, de un protocolo común a todo el sistema sanitario

que recoja las pautas y actuaciones básicas para la atención a las mujeres que soliciten el aborto, definiendo las responsabilidades y roles de los profesionales sanitarios en este proceso y los criterios para la articulación de los servicios necesarios. Este protocolo debe orientarse a eliminar la duplicidad de exámenes médicos así como todo procedimiento que alargue innecesariamente el itinerario de las mujeres para acceder a esta prestación.

Al mismo tiempo deberá establecer el marco básico de información y asesoramiento que todas las mujeres que están considerando interrumpir un embarazo deberán recibir, así como definir la atención post-aborto necesaria para trabajar la prevención de futuros embarazos no deseados.

El fortalecimiento del sistema sanitario público en la atención al aborto requiere realizar una apuesta firme por la inclusión de los contenidos relacionados con la atención al aborto en la formación de los profesionales sanitarios.

**3.** Al mismo tiempo es necesario articular una estrategia para potenciar la capacidad de respuesta y de atención de las unidades de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos así como los centros de atención primaria y de planificación familiar. Para ello se contará con el apoyo y asesoramiento de los y las profesionales de los centros privados y de la sanidad pública con experiencia acreditada en este campo.

Este proceso debe incluir un trabajo de verificación de los recursos materiales y humanos con los que cada unidad o establecimiento cuenta, reforzando los aspectos que sean necesarios para garantizar la más amplia cobertura posible y la mayor calidad de atención.

La prestación de la IVE debe ser incorporada como una prestación sanitaria más y por tanto, ser desarrollada por las unida-



des de ginecología y obstetricia de los hospitales públicos en el caso del aborto quirúrgico. En tanto la red sanitaria pública no tenga la capacidad resolutoria para responder a la demanda de aborto, deberá garantizar complementariamente el acceso de las mujeres a esta prestación a través de conciertos con centros privados acreditados. En estos casos, deberán concretarse en el protocolo correspondiente los procedimientos de referencia desde los centros de atención primaria a los centros acreditados, garantizando que las mujeres puedan acceder a ellos de forma fluida y sin obstáculos.

El límite esencial de la objeción de conciencia debe ser la atención sanitaria

obligatoria por lo que en ningún caso puede suponer un perjuicio para las pacientes. Por otro lado, el ejercicio de la objeción de conciencia que deriva del derecho a la libertad ideológica no deberá ser admisible en el caso de instituciones, centros u hospitales, al tratarse de una libertad individual.

**4.** Considerando que el aborto no puede abordarse de manera aislada sino desde un enfoque integral de salud sexual y reproductiva, sería oportuno elaborar y poner en marcha, en consenso con la sociedad civil, una Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva que pueda responder a los retos pendientes en temas de aborto, anticoncepción o educación sexual, con especial atención al colectivo de mujeres jóvenes e inmigrantes.

**5.** A nivel normativo, es preciso que se incluya la atención al aborto explícitamente como prestación sanitaria dentro los marcos normativos autonómicos donde esta no se recoge, asegurando además la difusión de información clara sobre esta cuestión dentro de los procesos regulares de atención sobre salud sexual y reproductiva a la población en general, por ejemplo en las consultas sobre planificación familiar, en los materiales de difusión sobre salud sexual y reproductiva o en las páginas web relacionadas con este tema.

**6.** El fortalecimiento del sistema sanitario público en la atención al aborto requiere también realizar una apuesta firme por la inclusión de los contenidos relacionados con la atención al aborto en la formación de los profesionales sanitarios.

**7.** En aquellos casos en que sea necesario el sistema sanitario público deberá cubrir los costes de desplazamiento de aquellas mujeres que tengan que viajar fuera de su lugar de residencia para poder acceder a la prestación del aborto, aplicando la normativa establecida para otras prestaciones sanitarias equivalentes. ■

\* El Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva está integrado por las siguientes organizaciones: Atelier, Católicas por el Derecho a Decidir, Centro de Estudios Demográficos, Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS), Federación de Asociaciones de Matronas (FAME), Fundación Pro Salud Reproductiva, Médicos del Mundo, Medicus Mundi y Mujeres por la Salud y la Paz [http://www.grupogje.org/documentation\\_bcn.htm](http://www.grupogje.org/documentation_bcn.htm).