

Salud sexual y reproductiva y el desarrollo de las mujeres: el rol de los hombres¹

María Raguz²

Pontificia Universidad Católica del Perú

Se discute como se tratan los problemas de la salud sexual y reproductiva y el desarrollo de la mujer desde una perspectiva transversal de género y de derechos, subrayando la necesidad de trabajarlos desde una perspectiva integral. Se critican los programas y servicios centrados en la mujer adulta, en la reproducción y en la planificación familiar femenina. Asimismo, se señala la necesidad de trabajar en la erradicación de la violencia de género como una entrada para el trabajo en este ámbito. Como ejemplo, se presenta el caso de la salud sexual y reproductiva en comunidades andinas y amazónicas rurales y en extrema pobreza del Perú. Las dificultades y logros en el trabajo con hombres son analizados, subrayándose la necesidad de una perspectiva transversal de género en el trabajo. Finalmente, se relaciona la salud de la mujer con desarrollo y se concluye en la necesidad de trabajar siempre en este sentido.

Palabras claves: salud sexual y reproductiva, derechos reproductivos, género, adolescencia, jóvenes, Perú.

Sexual and reproductive health and women development from a gender perspective: The role of men

Women's health, particularly, sexual and reproductive health, and development are here approached from a gender and human rights perspective, underlying the need to address these problems from a relational and comprehensive point of view. The issue of how sexual and reproductive health is approached and the "men's as partners" strategy is discussed. Adult women-centered, female-only family planning reproduction and contraception are criticized. Gender violence eradication is stressed as an entry to sexual and reproductive health programs. The case of Peruvian urban and rural women in poverty from Amazonian and Andean communities is taken as an example. Obstacles and achievements in working with men are reviewed but a gender transversal perspective is highlighted. Finally, women's sexual and reproductive health is related to development and seen as a standpoint for addressing health.

Key words: sexual and reproductive health, reproductive rights, gender, adolescence, youth, Peru.

- 1 Parte del material se empleó como introducción para el reporte Estudio cuantitativo de triangulación con el estudio cuantitativo Hombres como socios en la salud, de M. Raguz y M. R. Gárate. Lima: The Population Council. México-Perú/USAID (material inédito).
- 2 Doctora en psicología. Profesora Principal en Psicología y en el Diploma de Género, Coordinadora de la Maestría en Psicología. Directora ejecutiva de la ONG REDESS-Jóvenes. Consultora internacional en investigación, género, salud sexual y reproductiva –particularmente, adolescente- y en derechos humanos. Correo electrónico: mraguz@pucp.edu.pe.

Generalidades

Salud y desarrollo como un derecho humano de las mujeres

Conferencias internacionales en la última década –la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD) en 1994, Cairo Más Cinco (seguimiento a la CIPD cinco años después)³, la IV Conferencia Internacional de la Mujer en Beijing en 1995, la Cumbre de Copenhague y, este año, Beijing Más Cinco- vienen tratando temas de salud y desarrollo de a mujer. Un importante adelanto en estas conferencias ha sido la adopción de un enfoque de derechos humanos, especialmente, sexuales y reproductivos, de equidad e igualdad genérica y desarrollo, que dieron una entrada diferente a la evaluación de la situación de la Mujer. Dentro de la temática de la salud reproductiva y/o sexual, estas conferencias han tratado temas como: equidad e igualdad entre los géneros; potenciación del papel de la mujer; eliminación de identidades y roles de género tradicionales que dificultan el desarrollo humano de las mujeres; responsabilidad masculina en la reproducción y la sexualidad; involucramiento del hombre con los roles sociales y familiares (incluyendo tareas domésticas cuidado y crianza de hijos, planificación familiar); erradicación y eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer –en el hogar o fuera de él- y la relación entre salud de la mujer a lo largo de su ciclo de vida, y el desarrollo de la mujer y de la sociedad. Así, se ha visto que la salud y el desarrollo de la mujer no sólo

3. Naciones Unidas (1998), *Programa de Acción Adoptado en la CIPD, El Cairo, 5 al 13 de septiembre de 1994*. Nueva York: NU; UNFPA/Mesa Tripartita de Seguimiento a la CIPD (1999), *Medidas clave para seguir ejecutando el Programa de Acción de la CIPD*, Lima: UNFPA.

constituyen un derecho sino que es indispensable crear las condiciones para el ejercicio de estos derechos para que las sociedades puedan desarrollarse. Ello implica cambios a nivel de políticas, programas y marcos legales y jurídicos en los campos de salud, educación, economía, empleo y demás, y cambios en la sociedad en pleno. La salud y el desarrollo de la mujer son un derecho de las mujeres y una responsabilidad de la sociedad en sus instancias públicas y privadas.

La evaluación de los avances de la Plataforma de Acción y la Declaración de Beijing (Naciones Unidas, 1996) hecha cinco años después y conocida como Beijing Más Cinco, hace un balance de los logros y obstáculos encontrados y propone acciones futuras a nivel local, nacional, regional e internacional, del gobierno y/o la sociedad civil, que aceleren la implementación de los acuerdos a los que se han comprometido prácticamente todos los países del mundo miembros de las Naciones Unidas. Entre las áreas que se ha considerado prioritarias se encuentran la educación y salud de la mujer, así como su avance y desarrollo. Como delegación oficial de país a Cairo Más Cinco el año pasado y a las reuniones del Comité Preparatorio de Beijing Más Cinco a comienzos de este año en Nueva York, hemos podido ser parte del proceso de discusiones y negociaciones al interior del llamado “Grupo de los 77” y con el resto de países. Esa entidad, que agrupa a los 132 países en desarrollo evidencia, en varios de ellos, dificultades para aceptar los derechos de la mujer. Esto es especialmente cierto en lo que concierne al derecho a la salud reproductiva, más aún, al derecho a la salud sexual e, inclusive, a los derechos de la mujer a la equidad e igualdad genérica y al desarrollo. Hemos podido presenciar arduas discusiones sobre si es posible hablar de derechos la mujer como parte de los derechos humanos. Hemos mantenido discusiones con delegaciones que se resisten a aceptar que el hombre debe asumir su responsabilidad sexual y reproductiva (por ejemplo, delegaciones musulmanas que se oponían al desarrollo de nuevos métodos masculinos de protección reproductiva fuera del condón o la vasectomía). Ya en la realización de Beijing Más Cinco, en Junio del 2000, donde también participamos oficialmente, fue necesario conformar el llamado “SLAC”, que agrupó a casi todos los países latinoamericanos,

para poder avanzar en las propuestas consensuadas de la región y luego, negociarlas con el resto de países. El documento resultante no retrocedió de Beijing pero tampoco logró el avance que se esperaba en el planteamiento de futuras acciones, como subrayó un pronunciamiento de las ministras del SLAC, incluyendo al Perú.

¿Qué derecho a la autonomía y a la autodeterminación sexual y reproductiva puede ejercer una mujer, una joven, una adolescente, en sociedades donde existen brechas de poder e inequidades entre los géneros? ¿En sociedades signadas por diferentes formas de violencia contra la mujer en ámbitos privados y públicos? ¿En sociedades donde la pobreza se ha femineizado y es mayoritaria? ¿Qué salud, bienestar y calidad de vida son posibles de lograr en este contexto? ¿Cuál es nuestra responsabilidad, como sociedad y como gobierno, de crear las condiciones que faciliten el ejercicio de derechos internacionalmente reconocidos? Y como profesionales, ¿cuál es nuestro rol? ¿Se trata de trabajar en salud con mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas, educarlas, capacitarlas, investigar sobre sus necesidades diferenciales y brindarles servicios de calidad en salud sexual y reproductiva? ¿O debemos, además, tener en cuenta a los hombres, jóvenes, adolescentes y niños en este proceso? El trabajo debe hacerse no sólo en el ámbito profesional tradicional de la salud, sino con jueces, policías, legisladores, tomadores de decisiones en torno a políticas y programas, dueños y profesionales de los medios de comunicación, de modo que se generen políticas, planes, programas, leyes, normas y procedimientos cuya aplicación se garantice. Asimismo, es necesario sensibilizar, educar e informar a la comunidad en sus diversas instancias y promover activamente no sólo la defensa, sino la protección misma de los derechos humanos, incluidos los sexuales y reproductivos

4. Naciones Unidas (1996), *La Plataforma de Acción y la Declaración de Beijing*, Nueva York: NU. Twenty-third Special Session of the General Assembly entitled "Women 2000: Gender equality, development and peace for the twenty-first century (2000, June 10), *Unedited final document as adopted by the Plenary of the Special Session "Further actions and initiatives to implement the Beijing Declaration and the Platform for Action"*. Nueva York: Naciones Unidas.

y el derecho al desarrollo pleno de la mujer. Esto demanda exigir a la sociedad y al gobierno no sólo no obstaculizar sino facilitar la implementación y el ejercicio de esos derechos. Es aquí que una perspectiva de género nos permite adentrarnos mejor al trabajo en salud sexual y reproductiva y al desarrollo de la equidad e igualdad real entre los géneros. El subrayar a necesidad de que los hombres se involucren participen y se conviertan en “socios” en la salud y el desarrollo de la mujer no debe entenderse como que los hombres *no han estado involucrados*; lo han estado, pero no precisamente para promover el desarrollo y la salud o bienestar integral de la mujer. Muy por el contrario, una mayoría de hombres no sólo no promueve sino que obstaculiza el ejercicio de estos derechos, en especial, el derecho a la salud sexual y reproductiva, pero también el derecho humano al desarrollo y a la participación social, económica, política, religiosa y a todo nivel. Por otro lado, cuando se piensa en los hombres como obstáculos o facilitadores de las elecciones reproductivas de la mujer, tiende a no reconocerse, junto con su responsabilidad, sus derechos en este terreno (Figueroa, 1996). También los hombres tienen derecho a la salud y al desarrollo, pero la perspectiva de género para la igualdad real demanda, primero, lograr la equidad, eliminar las brechas existentes entre mujeres y hombres que muestran que son ellas -y unas mujeres más que otras- las que tienen los más bajos indicadores de salud y desarrollo.

La salud sexual y reproductiva: ¿Asunto de mujeres?

Salud reproductiva como reducción de la fertilidad, moribimortalidad y embarazos no deseados en la mujer

La salud sexual y reproductiva ha sido, hasta hace muy poco, enfocada en políticas, planes, programas e intervenciones como un ámbito exclusiva o primordialmente femenino y bastante sesgado hacia la reproducción y la planificación familiar femenina y hacia la protección masculina de las enfermedades o infecciones sexualmente transmisibles. Aunque la reproducción, para ser posible, implica a la mujer y el hombre,

la fecundidad ha sido enfocada básicamente a través de indicadores femeninos. Los programas de planificación familiar, por ejemplo, han enfatizado la eficacia de los métodos, desvalorizando el uso del condón, la abstinencia periódica y el retiro, lo que ha puesto a los hombres a un lado (Díaz y Townsend, 1992); adicionalmente, la evaluación de la calidad en los servicios ha sido referida a la satisfacción de la usuaria, la mujer. Muchas y muchos proveedores de salud han legitimado el poder masculino sobre la mujer y sus decisiones reproductivas, al exigir la autorización del hombre para el uso de métodos anticonceptivos por parte de la mujer, nunca a la inversa. Todavía hoy muchos programas refuerzan los estereotipos “tradicionales” de género al ver, principalmente al hombre como proveedor económico y a la mujer, como cuidadora de la salud y crianza de las y los niños, base de la desigualdad e inequidad. Dado que el proceso del embarazo y parto se da dentro del cuerpo de la mujer, el “binomio madre-niño” ha sido una figura extendida en los servicios de salud.

Fort (1996) critica la falta de desarrollo de métodos masculinos y señala que el rechazo al uso del condón y la esterilización masculina vista como una “mutilación” genital, creyendo disminuyen el placer y la capacidad sexual masculina, han alejado a los hombres de los servicios. La escasa participación masculina en la regulación de la reproducción puede explicarse, en parte, por la limitada anticoncepción masculina, por la priorización de la mujer en la planificación familiar y por expectativas de roles sociales genéricos con relación a la reproducción, enmarcadas en la relación de poder del sistema de género existente. La investigación evidencia que el uso de los métodos anticonceptivos depende del conocimiento y la aceptabilidad de la planificación familiar o sexualidad responsable/protegida; del deseo de hijos y el número ideal esperado; y de la comunicación (Lasee y Becker, 1997). Todos estos determinantes se ven marcados por el poder masculino, ya que el hombre suele tener más acceso al conocimiento, ser menos proclive a aceptar la planificación familiar y querer más hijos que la mujer, y la comunicación tiende a insertarse en una relación de poder, desigualdad y hasta violencia, sobre todo en sociedades menos desarrolladas y donde la femineización

de la pobreza determina la vulnerabilidad de las mujeres y su desempoderamiento. Un estudio a nivel nacional mostró que una quinta parte de las mujeres peruanas no logra sus intenciones reproductivas, es decir, tener el número de hijos que desea y en el momento en que se los desea, y exploró las causas de esta discrepancia entre intención y realidad (Mensch, Arends-Kuenning, Jain y Gárate, 1997). Se comprobó que ello se debe a la baja calidad y poca accesibilidad de los servicios de salud pero que son, particularmente, las mujeres pobres, las adolescentes y las que tienen menos de 11 años de escolaridad las que más lejos están de conseguir sus deseos reproductivos. Por otro lado, se evidenció el poco peso que tenían los medios de comunicación masivos en la planificación familiar. Un 26% de los embarazos no intencionales se debían a que las mujeres habían recurrido a métodos tradicionales que no resultaron efectivos. Habría que explorar el papel que juega en esta discrepancia entre intención y realidad, la mayor o menor equidad, poder o hasta violencia, al interior de la relación de pareja de la cual resulta un embarazo. Por ejemplo, es importante la percepción que la mujer tenga del deseo de hijos por parte de su pareja, de sus actitudes hacia la anticoncepción o de sus significados sobre el ser mujer, el ser hombre y la pareja.

¿Y la salud sexual de las y los jóvenes y adolescentes?

La educación en sexualidad –siempre que se de con un enfoque integral, adecuado- retarda el inicio sexual y, en adolescentes sexualmente activos, lleva a mayor protección o a abstinencia. Beijing Más Cinco considera que es un derecho universal de las personas. Sin embargo, es algo relativamente nuevo en el país, con un Programa Nacional de Educación Sexual iniciado a mediados de los años 90. Llevamos la delantera a muchos otros países de la región y el mundo, al educar en sexualidad desde la temprana escolaridad y a lo largo de la vida, tratando de llegar, inclusive, a poblaciones fuera de la educación formal. Este programa pretende ir mucho más allá de prevenir un embarazo adolescente o una enfermedad/infección de transmisión sexual; busca, también, cuestionar los estereotipos y roles tradicionales que marginan a la mujer del desarrollo, promover la equidad entre los géneros y la autonomía de

la mujer para el ejercicio de sus derechos humanos, así como promover la eliminación de la violencia contra la mujer.

Desde una visión de la sexualidad básicamente asociada con la reproducción dentro del matrimonio y centrada en la mujer, los servicios han estado dirigidos, preponderante o exclusivamente, a mujeres adultas y, mucho menos, a jóvenes y adolescentes, sobre todo las que no están en unión, sin involucrar a los hombres adultos, jóvenes o adolescentes. Una excepción en nuestro medio es INPPARES, con el Centro Futuro para jóvenes, que promueve la asistencia de adolescentes y jóvenes varones y con la Clínica Padres para hombres. También hoy se reconoce como un derecho universal, el acceso a servicios de salud reproductiva y, como los países más conservadores prefirieron llamarlo en Beijing Más Cinco, cuidado de la salud sexual, con calidad y perspectiva de género. Esto es algo en lo que, en nuestro país, se ha venido trabajando muy recientemente en el Programa Nacional de Salud Escolar y del Adolescente y el Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva, entendiéndose la necesidad de trabajar con los varones más allá de la prevención de las infecciones sexualmente transmitidas, y con adolescentes y jóvenes.

El trabajo con adolescentes es indispensable. Las complicaciones del embarazo son la principal causa de muerte de las adolescentes en el mundo (Family Care International/IAG, 1999), en Chile y Argentina un tercio de adolescentes mueren por causas asociadas a la maternidad, en Uganda llega al 60%. Casi 4 millones y medio de adolescentes tratan de abortar cada año; cerca de la mitad de los abortos infectados en Latinoamérica, Asia y Africa son en adolescentes (PRB/CPO, 1994). Mientras que en nuestro país mueren 265 mujeres por cada cien mil nacidos vivos –una de las más altas tasas de la región- si se trata de embarazos tempranos la tasa sube a 362 . Aunque la fecundidad adolescente en el país es de las más bajas de la región, es más alta que la de todos los países desarrollados y muchos países en desarrollo de Asia, África y Oriente. El embarazo adolescente no es, en comparación con la región, tan alto, pero tenemos 158 000 madres adolescentes en el país, 11 000 de ellas, menores de 15 años. Además, si superamos a todos los

países cuando tomamos en cuenta si el embarazo fue planeado o deseado, con un 52% , mucho más que otros países donde hay mucho embarazo adolescente pero es deseado, como Guatemala o Paraguay (Alan Guttmacher Institute, 1998). Por otro lado, Perú tiene la más alta tasa de abortos en la región, seguido de México y República Dominicana (Sing y Wulf, 1994) y, siendo ilegal, el aborto se da en condiciones, mayoritariamente, de alto riesgo para la mujer, en particular, la pobre, por lo que se encuentra entre las dos primeras causas de muerte materna, incluyendo muertes maternas adolescentes. Junto con Haití y El Salvador, tenemos las más altas tasas de mortalidad materna en América Latina (Population Reference Bureau, 1999). Tenemos, también, de las más altas tasas de nacimientos en la región y cifras del INEI evidencian que cerca de la mitad, no son deseados. La tasa de fecundidad en el país ha bajado en todos los grupos etáreos, salvo el adolescente, donde ha aumentado. Finalmente, en cuanto al SIDA, un 60% de los casos se da en jóvenes de 15 a 24 años, siendo el contagio más probable en la adolescencia (PRB, 1999) Las mujeres y las jóvenes tienen mayor vulnerabilidad a contraer una infección sexualmente transmitida. En México, por ejemplo, cada año se detectan 32 000 nuevos casos VIH positivos en adolescentes. Más de cien millones de jóvenes se infectan con gonorrea, clamidia, sífilis o tricomoniasis cada año. Estas altas tasas de mortalidad materna adolescente, embarazo temprano, aborto adolescente y enfermedades e infecciones de transmisión sexual grafican la urgencia de trabajar con los y las adolescentes y jóvenes. Sin embargo, no existe una Política de Juventud, con perspectiva de género y basada en los derechos humanos y acuerdos internacionales, que dé integralidad a las acciones y proteja y promueva los derechos adolescentes, particularmente a la salud sexual y reproductiva pero, también, a la educación y capacitación, desarrollo, participación y empleo.

El SIDA como amenaza

La protección sexual no se limita a evitar embarazos no deseados, también se asocia con prevenir infecciones contraídas por vía sexual. El Foro de La Haya, en 1999, estima en casi 33 millones y medio el número

de personas infectadas con VIH/SIDA, más de un millón de ellas, niños. Además, hay otras 25 ITS, fuera del VIH/SIDA. Cada año hay 333 millones de casos nuevos sólo de gonoreo, clamidia, sífilis y tricomoniasis, concentradas en los países en desarrollo y en menores de 25 años (The Johns Hopkins School of Public Health, 1999). La mayor parte de estas ITS eran prevenibles ya que el condón de latex intacto consistente y correctamente usado es una protección efectiva (The Johns Hopkins School of Public Health, 1999). Aquí es esencial asumir una perspectiva de género, ya que la relación sexual es una vía de contagio de las ITS y las mujeres en relaciones de desigualdad y poder se encuentran muy vulnerables al contagio, además de existir el contagio homosexual. Por eso las recomendaciones de Cairo Más Cinco y Beijing Más Cinco tratan el tema de la incorporación del hombre a la salud sexual y reproductiva específicamente en la prevención y tratamiento de las ITS y urgen a los gobiernos a tomar medidas prioritariamente en relación a la salud sexual y reproductiva de jóvenes y adolescentes. Estas medidas no sólo aluden a información, educación y servicios de calidad, sino también a empoderar a la mujer para su desarrollo, erradicar la inequidad y violencia de género, y no estigmatizar a las personas infectadas. El riesgo de contraer una infección sexualmente transmitida (ITS)⁵ es mayor cuando hay tradicionalismo en los roles de género, coerción, violencia, rechazo al uso o mal uso del condón, infidelidad, falta de información o servicios, creencia de que no se está en riesgo y valoración cultural del riesgo en los hombres y en la juventud, motivos sociales o motivos económicos que llevan a la actividad sexual o el comercio sexual (Malhora y Mehra, 1999; Moya, 1997; The Johns Hopkins School of Public Health, 1999). La perspectiva de género resalta la naturaleza relacional de la relación sexual y la desprotección sexual y la necesidad de que el hombre asuma su responsabilidad en la salud.

5. En la literatura más actual sobre el tema se prefiere ITS A ETS (enfermedad sexualmente transmitida), ya que, por ejemplo, el SIDA no es una enfermedad sino un síndrome.

Aunque, el Perú es uno de los pocos países de la región donde ha aumentado el uso del condón, su uso sigue siendo extremadamente bajo, al igual que en el resto de la región y en general, en países en desarrollo. Esto, sumado a la extendida pobreza nos pone en mayor riesgo, por las limitaciones de calidad y acceso a servicios, educación e información necesarias y lo extendido de la violencia contra la mujer. Lima tiene los mayores porcentajes de infección registrados, seguida de Tumbes, Chimbote e Iquitos (Cáceres, 1998). Las encuestas demográficas de hogares en 1996 muestran que una quinta parte de los jóvenes peruanos no sabe absolutamente nada del SIDA; que aunque la mayoría de personas sabe del SIDA, un 60% de la población rural la desconoce y que, a nivel nacional, un 80% no conoce la gonorrea ni la sífilis, con cifras mayores al 90% entre la población rural, en la cual más de la mitad no conoce ningún tipo de ITS. Esa misma fuente evidencia que sólo un 49% de los hombres y 39% de las mujeres creen que el condón evita el SIDA y un 37% es consciente de que tener múltiples parejas sexuales expone a mayor riesgo. En un colegio en la Costa norte ni 10% de los adolescentes sabía que el condón ofrece protección de las ITS (Cáceres, 1998, 1999). Otro estudio en Lima, Cusco e Iquitos, con grupos focales de adolescentes urbanos, mostró que existe riesgo debido a que no sólo la información es insuficiente, sino que se cree que el riesgo depende de que “la chica sea tranquila, limpia o conocida” y se cree, además, que si se usa protección anticonceptiva, fuera del condón, se está protegido de las ITS (Arias y Aramburú, 2000). La detección de cáncer uterino, reconocido hoy como que parte de los casos son producto de un contagio de un virus transmitido por el hombre sexualmente, también evidencia la discriminación urbano/rural. En el área urbana un 25% de las mujeres en edad fértil hacen este chequeo, comparadas con 14% en el ámbito rural. Un reciente diagnóstico hecho por el PROMUDEH y CIPA (PROMUDEH, 1998) a partir de lo que se consideró alarmantes tasas de ITS en comunidades andinas, llevó a un proyecto de promoción de la salud reproductiva en estas comunidades.

En nuestro país las mujeres triplican a los hombres en enfermedades sexualmente transmisibles; en los hombres el mayor riesgo sexual es el

sexo desprotegido con trabajadoras sexuales, mientras que en mujeres lo es la actividad sexual temprana. Es más, aunque las mujeres son más vulnerables al contagio, por factores biológicos y sociales, como la escasa capacidad de negociación de sexo protegido, éstas se consideran en bajo riesgo (Mahler, 1997). Estudios evidencian como factores de riesgo el bajo uso del condón, el escaso conocimiento de las formas de contagio y protección, la baja percepción de riesgo y el creer que uno debe cuidarse con determinado tipo de pareja sexual y no con otra (Cáceres, 1999). Esto se da en un contexto mundial en el que los hombres usan sólo 6 a 9 mil millones de condones cada año, cuando se requeriría de usar 24 mil millones para, efectivamente, prevenir estas infecciones; en el mundo en desarrollo el promedio de uso de condón es de 2 a 6% en la mitad de los países y menos aún en el resto (The Johns Hopkins School for Public Health, 1999). Un problema adicional es que el que se use un condón no significa que se use correctamente ni consistentemente. Por ello, cada día se infectan 16 000 personas, seis de cada diez siendo mujeres (The Johns Hopkins School of Public Health, 1999); el VIH/SIDA está entre las diez primeras causas de muerte en el mundo. El Banco Mundial considera las ITS como uno de los cinco problemas más importantes de la juventud (Reyes, 1996), como lo reconoce, también, el Programa Regional de Acciones Para el Desarrollo de la Juventud en América Latina 1995-2000 de la OIJ, el Plan Mundial de Acción por la Juventud al Año 2000 y Más Allá, el Plan de Braga de Acción por la Juventud de 1998, Beijing Más Cinco y nuestro Plan Nacional de Población 1998-2002.

Como nota Fort (1996), la participación del hombre en la regulación de la fecundidad ha tomado importancia recién a raíz de la pandemia de VIH/SIDA, que manifestó claramente que la prevención a través de la abstinencia sexual y, en personas con conductas sexuales de riesgo, el uso adecuado, consistente y continuo del condón, eran las únicas maneras de prevenir la infección sexual. Esto relevaba el papel del hombre en la salud. Invertir en educar a un hombre resulta de mucho impacto por razones de poder y negociación y por la tendencia a mayor infidelidad en el hombre, particularmente en sociedades más machistas que patriarcales, donde hay violencia, abuso de poder desvalorización de lo femenino y

“descompromiso” con la mujer y la prole. Esto no significa que hay que educar a los hombres y “desempoderar” a las mujeres, sino precisamente lo contrario, que hay que tener una perspectiva de género en el desarrollo, como señala IACC (2000). Esto lo hemos comprobado en un estudio con comunidades rurales de la Selva y Sierra (Raguz y Gárate, 2000), donde la mayor educación y edad del hombre en la pareja son elemento de poder y fuente de inequidad en otras áreas. Las mujeres casadas, monógamas, fieles, son las que menos en riesgo se perciben lo que redundaría en su mayor vulnerabilidad a las infecciones sexualmente transmisibles, más allá de consideraciones puramente biológicas. De Keizer (1995) también resalta el hecho que el SIDA ha puesto sobre el tapete las dificultades de negociación de sexo (más) seguro que tienen las mujeres y el hecho de que la violencia contra la mujer cruza los comportamientos sexuales. Un estudio con adolescentes limeños de bajo nivel socioeconómico –escolares de colegios estatales y vendedores ambulantes- reporta estándares diferentes de responsabilidad sexual dependiendo de si su relación de pareja es estable y mediada por el afecto o no, y mediada por el temor a la violencia o el abandono (Raguz, 1999⁶). Estos adolescentes evidenciaron tradicionalismo genérico que resultó asociado a mayor riesgo sexual y reproductivo, acompañado de escasos conocimientos sobre sexualidad y reproducción. Otro estudio, con adolescentes varones mexicanos, encontró que el uso del condón es ineficaz debido a que los adolescentes creen en un “hombre ideal” que se arriesga, es valiente, con deseos sexuales incontrolables, constantemente dispuesto al sexo, concibiendo el placer como opuesto al planeamiento y el autocontrol, y evidenciando un doble estándar con base a la estabilidad de la relación (Aguilar y Botello, 1995).

6. Basado en PROYECTO WHO/BSDA 91232 de M. Raguz y A. Bendezú, *Variables psicosociales del embarazo adolescente*. Lima: INANDEP. Documento inédito.

Salud sexual en términos de la violencia contra la mujer ¿Quién la ejerce?

Hablar de salud de la mujer, y la incorporación del hombre a este proceso, también implica hablar de la erradicación de todas las formas de violencia contra la mujer. Si salud es ampliamente entendida, lo mismo que el concepto de sexualidad, la salud sexual supone la no violencia entre los géneros. CEDAW (1998) incluye en esta violencia contra la mujer al maltrato, abuso sexual, violación intramatrimonial, explotación sexual, acoso sexual, embarazo, esterilización o aborto forzados, prostitución forzada, violencia del Estado, prácticas tradicionales dañinas como la mutilación genital femenina o los crímenes de honor, y cualquier otra forma de violencia. Los países de la Naciones Unidas acordaron en Beijing Más Cinco luchar contra todas las formas de violencia contra la mujer señaladas en la Plataforma de Acción, aunque difirieron en las formas de esta violencia. El papel del hombre en esta violencia tiende a ser preponderante; la violencia contra la mujer es una violencia de género, no sólo entre géneros sino producto de un sistema de género. Por eso, FNUAP (1997) sostiene que es derivada de desigualdades en la relación de poder entre los géneros y considera que incluye, además, el infanticidio de las niñas, el aborto de fetos femeninos, el matrimonio en la infancia, la discriminación de la adolescente de servicios, especialmente de salud sexual y reproductiva, su desempoderamiento y vulnerabilidad sexual y reproductiva, la violación como arma de guerra, la vulnerabilidad de las ancianas. Es, así, un problema público que la sociedad en pleno tiene que afrontar. Evidentemente, cabe resaltar que esta violencia de género se cruza con otros tipos de violencia, por edad, por pobreza, por etnia, y otras. Aunque el reconocimiento de que hay violencia sexual, violencia física y violencia psicológica es cada vez más extendido, queda por difundir el concepto de la violencia económica y otras formas de violencia, como la discriminación de la mujer en las religiones y culturas (Venguer, Fawcett, Vernon y Pick, 2000). La relación entre violencia y salud sexual y reproductiva es muy evidente (Shallat, 1998).

Los esfuerzos hechos con relación a violencia contra la mujer en la región y el país pueden encontrarse en las revisiones hechas (Raguz y

Thorne, 1998; Valdéz y Gomariz, 1995), en el Informe de País presentado por PROMUDEH en la Reunión de la Haya preparatoria a Beijing Más Cinco y en la evaluación misma de Beijing Más Cinco. En el Perú, la violencia contra la mujer es considerada uno de sus principales problemas, que cruza todos los sectores (Vargas y Siles, 1997). Un estudio de Luna Andrade (1999) encuentra que en el distrito popular de San Juan de Lurigancho, en Lima, del 60 al 80% de las mujeres han experimentado violencia, la cual los hombres minimizan en su reporte. En Cusco, donde, como en nuestro estudio con Population Council, se encontró que la violencia física o psicológica tiene que ser extrema para no sólo ser reportada, sino para considerarse como tal, sobre todo en comunidades andinas, estando engranada en la cultura. Sin embargo, más 8000 mujeres reportaron agresiones serias en un año. En otro estudio encontramos en la Sierra y Selva rural una generalización de la violencia familiar contra la mujer y por parte de ambos padres contra los hijos e hijas (Raguz y Gárate, 2000). Luna Andrade encontró que el 90% de los agresores eran la pareja de la mujer y sus familiares, dañando la autoestima e identidad de la mujer. Como dijo una mujer maltratada de Cusco: *“Cómo podía haberme imaginado que este hombre, mi pareja, mi apoyo, iba a ser mi torturador”*.

El caso de la salud de las mujeres en pobreza: brechas urbano/rurales

Existen brechas entre las mujeres en el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, como muestran el estudio sobre pobreza e inequidades de género en América Latina y El Caribe, recientemente realizado (UNFPA, 1998) y la evaluación hecha en Beijing Más Cinco. Sin embargo, la pobreza se manifiesta de distinta manera e impacta de diferente modo dependiendo si se trata de mujeres urbanas o rurales. Trabajos en zonas rurales en extrema pobreza, que venimos realizando con Population Concern (Proyecto ISSRA de Population Concern-REDESS Jóvenes, “Identificando y diseminando lecciones aprendidas: Investigación operativa para proyectos andinos”, Ayacucho y Bolivia, 1999-2002), nos han enfrentado con adolescentes mujeres en La Paz o en Oruro, Bolivia, así como en Ayacucho, Perú, que, salvo por la edad,

son difícilmente reconocibles como tales, ya con varios hijos a cuestas. La maternidad precoz es mayor en las adolescentes rurales (casi 25%), más aún si son analfabetas (39%) (INEI, 1995).

Ello nos obliga a reflexionar sobre las grandes diferencias al interior de la población adolescente y joven en el país y la imperativa necesidad de actuar tomando en cuenta esas diferentes realidades. Inclusive, en comunidades rurales en extrema pobreza de la Sierra y Selva, observamos, también, diferencias significativas entre grupos étnicos, entre géneros y entre regiones geográficas, que no pueden ser desatendidas en el diseño de estrategias de intervención (Raguz y Gárate, 2000). Las estadísticas demográficas, económicas, sociales, de salud y educación ponen de relieve una precaria realidad que caracteriza a la gran mayoría de la población. Los indicadores de salud son indicadores más de muerte y enfermedad que, propiamente, de salud; aunque el Instituto Nacional de Estadística e Informática, el PROMUDEH y el FNUAP, con apoyo de la Mesa Tripartita de Seguimiento al Cairo, están desarrollando actualmente indicadores como los de desarrollo humano relativo al género y el Índice de potenciación de género (PROMUDEH, FNUAP e INEI, 1999). Esos indicadores evidencian las brechas que se acentúan cada vez más por la pobreza y en los sectores rurales son, definitivamente, reflejo del menor desarrollo. Así, se ve que la mejora en las disparidades de género –en términos de salud, educación e ingreso- se concentra más en Lima y las zonas urbanas y que las disparidades de desarrollo entre lo urbano y lo rural afectan más a las mujeres. Sólo Lima y Callao tienen un alto nivel de desarrollo humano relativo al género, 16 departamentos tienen un nivel medio y seis, bajo. La potenciación de género –la participación profesional, económica y política de la mujer- es aún muy incipiente y no siempre una mejora en el desarrollo humano en general va de la mano con un desarrollo relativo al género, pudiendo mantenerse las brechas genéricas particularmente por falta de mejora del ingreso laboral, concluye este reporte oficial.

Aunque ya prevalece la población urbana en el país, sigue siendo una población prevalentemente en pobreza. El desagregado urbano/rural

permite apreciar, por ejemplo, que la mortalidad infantil más que se duplica en las zonas rurales, donde los partos institucionales son mínimos, lo que hace que estemos por debajo del promedio de los países de la región. Un reciente reporte (PROMUDEH, FNUAP e INEI, 1999) indica que, por ejemplo, mientras un 88% de las mujeres no pobres tienen acceso a servicios de salud, sólo 65% de las mujeres en extrema pobreza y 82% de las pobres no extremas ejercen este derecho. Tomando en cuenta la brecha urbano/rural, se ven, también, las disparidades, pues 90% de las mujeres urbanas acceden a servicios de salud, en contraste con 74% de las rurales. Esto se complementa con el hallazgo de que las mujeres acceden a los servicios de salud prioritariamente para atender la salud de los hijos e hijas y más para tratamiento que para prevención (Raguz y Gárate, 2000). Esta situación desemboca en que las mujeres recurran al infanticidio y al aborto de alto riesgo, con autoinducción del aborto o con personal no capacitado, para regular su fecundidad. América Latina es la región del mundo con más abortos inseguros, lo que va de la mano con la ilegalidad del aborto, especialmente en América Central y del Sur. En este contexto, Perú tiene la mayor tasa de abortos de América Latina (206 abortos por cada mil nacimientos), calculándose que más de un tercio de los embarazos son interrumpidos, la gran mayoría, en condiciones de alto riesgo, resultando en mayores complicaciones y muertes. Los departamentos de Piura, Puno e Iquitos presentan las mayores tasas de aborto; como región, San Martín es la que más abortos presenta en el país. Ésta es una de las razones por las que la mortalidad materna en el país es siete veces mayor que la mortalidad general. El aborto inseguro resulta un elemento discriminador, habiendo mayor riesgo de muerte y complicaciones en las mujeres pobres. Las mujeres rurales tienen más abortos de riesgo que las urbanas (85% contra 63%) y, mientras las complicaciones de aborto se dan en casi el 70% de las mujeres rurales, sólo aparecen en un 44% de las urbanas pobres y en 9% de las urbanas no pobres.

Una de las razones de las altas tasas de aborto es el bajo uso de métodos anticonceptivos (MAC). El uso de MAC en el Perú es algo menor al promedio de América Latina pero, nuevamente, una comparación de

las zonas urbana y rural evidencia una brecha donde el uso en zonas rurales está muy por debajo de los promedios no sólo de la región sino de los países en desarrollo. Por ejemplo, en 1996, un 70% de las mujeres urbanas y sólo 51% de las rurales usaba alguna forma de método anticonceptivo, usualmente, tradicional. La educación es un predictor importante (aunque no causa explicativa de) del uso de métodos, ya que refleja mayor desarrollo en general. Observamos que mujeres con educación inicial o menos sólo emplean MAC en un 38% de casos, comparadas con un 75% de las que tienen educación superior. Solo un 6% de hombres en edad fértil en el país usa MAC. Lo más usado en nuestro medio, de los métodos modernos, son las inyecciones (13%), la esterilización femenina (10%) y los dispositivos intrauterinos (7%), todos femeninos. De todos los métodos, el más usado es el ritmo; las mujeres analfabetas o con educación muy pobre delegan la responsabilidad al hombre de controlar los días fértiles, cosa que no saben hacer al no poder identificarlos correctamente, y la situación se complica cuando el hombre ejerce su poder o violencia negándose a abstenerse. En el Perú rural es casi inexistente el uso del condón, lo cual pone en doble riesgo –sexual y reproductivo- a las parejas. De ahí que casi 60% de los hijos no fueron deseados en absoluto o se les aceptó ya posteriormente (estas cifras contemplan nacidos vivos, no casos de aborto o infanticidio).

Limitando la comparación al uso de MAC modernos se grafica aún más la gravedad de la situación, puesto que ni un tercio en la zona rural usa estos métodos. Aunque los y las jóvenes sexualmente activas en el país tienen un relativamente alto reporte de uso de métodos en la región, el uso de métodos modernos es muy bajo, estando algo mejor que Paraguay, pero, por ejemplo, cercano al uso en Kenya y siendo un tercio del uso en Brasil. Esto ni siquiera representa un uso efectivo, adecuado, continuo o consistente entre parejas. El uso en hombres y mujeres y, especialmente, jóvenes, varía dependiendo de si están en unión o no e interacciona con otras variables. Las mujeres rurales en unión usan muchísimo más los métodos tradicionales; las adolescentes usan más métodos tradicionales que las no unidas y, también, usan más métodos modernos, aunque en menor proporción que los tradicionales. Aunque

ha disminuido del 91 al 96 más que en la zona urbana, el porcentaje de demanda insatisfecha en planificación familiar es el doble en las zonas rurales. Es por todo ello que, al interior de la población en pobreza, las estadísticas empeoran sensiblemente al comparar pobres y pobres extremos. Así, la fecundidad en el país es de 2,98, pero en 1993 se veía que la fecundidad en mujeres no pobres era 2,2; en pobres, 4,6; y en muy pobres, 5,5.

En América Latina y El Caribe entre 20 y 40% de las adolescentes se unen antes de los 18 años; en Perú las adolescentes en unión triplican a los adolescentes. En todo el mundo, a menor estatus de la mujer, más diferencia de edad con la pareja; en nuestra región la diferencia es de 3 a 6 años; en África y Oriente, de 5 a 10 años. En nuestro país, así como en todos los países de la región, hay una marcada diferencia en la tendencia al matrimonio temprano, antes de los 18 años (que la reciente ley peruana elevando la edad legal mínima del matrimonio para ambos géneros a los 16 años pretende combatir), dependiendo de si se tienen más o menos de 7 años de escolaridad. El embarazo adolescente es mucho mayor conforme decrece el nivel educativo, por lo que es necesario que la escolaridad no se discontinúe, así como porque afecta el desarrollo futuro de la adolescente. En el Perú estas brechas son muy grandes, yendo del 3% en mujeres con estudios superiores al 55% en mujeres sin educación formal. El porcentaje de adolescentes madres en zonas rurales más que duplica al de las zonas urbanas y el porcentaje del primer embarazo en la adolescencia es también más alto en las rurales. Comparaciones regionales dentro del país muestran regiones mucho más vulnerables; por ejemplo, en la Selva hay departamentos donde el embarazo adolescente más que cuatricula las estadísticas de Lima. Las encuestas demográficas nacionales muestran que las mujeres tienen muchos más hijos de los que quieren tener; ¿qué autonomía reproductiva, qué bienestar y salud de las mujeres podemos, entonces, decir que gozan nuestra mujeres? ¿Cuánto de la discrepancia entre su realidad y lo que desearían depende, no de ellas, sino de sus parejas, parejas que deciden por ellas, que las violentan o amenazan con el abandono, que obstaculizan su protección anticonceptiva o que accedan a servicios, consejería, información?

Las inequidades de género cruzan las clases sociales. Sin embargo, a mayor educación y acceso a servicios de salud, judiciales, legales, informativos y demás, van mejorando las posibilidades de enfrentar las inequidades en la pareja. Cuando, como en nuestro país, la mayoría vive en pobreza, muchos, extrema, las poblaciones pobres y rurales merecen considerable atención para mejorar la situación de la mujer. ¿Qué sucede con el ejercicio del derecho a determinar el número, espaciamiento, momento en que vienen o no los hijos? Fort (1990, 1994) ha realizado una serie de investigaciones al respecto. Encuentra, por ejemplo, que en poblaciones pobres y rurales en el país, los hijos son un indicador de fidelidad y que la planificación familiar se asocia con un riesgo de infidelidad y pérdida de control de la sexualidad y reproducción de la mujer. Particularmente en las comunidades andinas los hijos – especialmente el primero- son algo “natural”, que valida a la pareja y sólo cuando son muchos -cuatro o más- y se les dificulta mantenerlos o la mujer evidencia problemas de salud, se preocupan de tratar de regular la fecundidad. Fort encuentra, también, que las mujeres del Ande y del Amazonas, en edad fértil y con, mínimo tres hijos, tienen menos temor al daño por uso de anticonceptivos modernos que a las consecuencias de un embarazo y un parto no deseados, que asocian con sacrificio, pesadez y dolor. Lo que determina el uso o no uso de métodos resulta ser la ignorancia sobre la fisiología reproductiva y el bajo estatus de la mujer en la sociedad y la familia, que van de la mano con una falta de planeamiento para el futuro tratando de subsistir el día a día, concluye este investigador. Otro estudio de Fort, con hombres de las zonas urbano-marginales o peri-urbanas de la Costa y Sierra con las mayores tasas de fertilidad (5.5 o más hijos), muestra que la decisión de planificar la familia es sólo del hombre y que éstos usan anticonceptivos sin la aprobación de la mujer pero no sucede a la inversa, pues temen que faciliten que la mujer sea infiel. Casi todos prefieren que, de tener varios hijos y no poder usar otro método que la esterilización, sea la mujer quien lo haga, no ellos. Más de la mitad evidencia una actitud positiva hacia la planificación familiar y el número de hijos, especialmente los de la Costa, urbanos, con mayor educación y más jóvenes, pero pocos se cuidan ellos o sus parejas. Explorando las relaciones de poder entre los géneros en la

planificación de la familia, Fort encuentra que las parejas recién formadas no discuten siquiera el tema del tamaño de la familia y las mujeres creen que los hombres esperaban que ellas les dieran hijos inmediatamente y que se opondrían a la anticoncepción. Aunque conscientes de que el embarazo temprano afecta la vida y educación de la mujer, las mujeres se sienten en la obligación de complacer a sus maridos para que no las abandonen. Las uniones tempranas resultan de embarazos con la primera pareja sexual. Es evidente la falta de conocimientos sobre sexualidad, por ejemplo, sobre la menstruación, críticos cuando el método más usado es el ritmo, bajo control del hombre. Resulta común que la mujer se una a su pareja para escapar la opresión paterna pero sienten que van “*de una cárcel a otra*”, que no tienen control sobre su fecundidad con la pareja presionando por hijos, viviendo la maternidad como algo inevitable a la par que sintiendo que el deseo de no tener hijos era irresponsable y egoísta y que la infertilidad era lastimosa y asociada con “*lo frío*”. El matrimonio se justifica en la paternidad, las uniones sellándose y legitimándose con los hijos. Es evidente la socialización tradicional del género en estas comunidades; las mujeres resienten pero justifican la no participación del hombre en lo doméstico. Aunque los hijos son sentidos como una carga para la mujer, como una “*esclavitud*”, le otorgan estatus en la comunidad. Sólo la infidelidad femenina se censura y los hombres ridiculizan a la mujer que asume roles públicos. Las mujeres consideran lo público como un “territorio masculino” y las organizaciones comunales se consideran peligrosas pues “cambian a las mujeres”. Sólo cuando ya tienen varios hijos es que las mujeres aceptan planificar la familia, pero lo preferido es el ritmo. Sin embargo, los hombres no respetan los periodos fértiles, “*peligrosos*”, los cuales, muchas veces, están mal entendidos. Ante la real o supuesta oposición masculina a la anticoncepción, las mujeres recurre a métodos naturales (hierbas y ácidos “*para matar al microbio*” de la esperma); a ello se suma un cierto temor al daño por uso de métodos modernos y la limitación de servicios de salud de calidad accesibles. La violencia doméstica es generalizada, se asocia al alcohol y con infidelidad. El aborto es, en general, rechazado, pero las mujeres recurren a él si ya se tienen varios hijos, siempre que fueran tempranos (“*sólo sangre*”). Es conocido que el aborto es más común en nuestro

medio después de que se tienen cuatro o cinco hijos. Otro resultado más de Fort es que tanto quienes usan métodos tradicionales como quienes no usan método alguno tienen actitudes más favorables hacia tener hijos que quienes usan métodos modernos.

En comunidades rurales en extrema pobreza, andinas y amazónicas, también se hizo patente que, a pesar de ser favorables hacia la anticoncepción, el uso es mínimo (Raguz y Gárate, 2000). Existe mayor favorabilidad anticonceptiva cuando se trata de no tener más hijos (cuando ya se tienen 4 o más), y cuando se trata de espaciar nacimientos entre uno y otro hijo, pero la actitud es menos favorable, aunque siga siendo positiva, cuando el cuidado es para postergar el nacimiento del primer hijo, especialmente en las mujeres andinas. También aquí se vio que el primer hijo o hija es, justamente, lo que valida a la pareja como tal; aunque se valora el estudio y formación, las posibilidades de desarrollo de la adolescente o joven andina son tan pobres, que el hijo es visto más como una etapa de desarrollo que su vida que un obstáculo para el mismo. En las comunidades selváticas sí se percibe como un problema el embarazo temprano, pero, además, la sexualidad es vivida con mucha violencia y abuso de poder por parte del hombre. Contrastantemente, en el Ande la sumisión de la mujer al hombre es vista como una relación ideal, mientras el hombre no ejerza su fuerza o autoridad de manera abusiva, es decir, con violencia extrema y, por lo tanto, la pareja andina habla de estar “de acuerdo” en sus decisiones sexuales y reproductivas, por más que ello suponga que la mayoría de veces sea la mujer la que cede. También es cierto que, conforme se tienen varios hijos, la mujer empieza a tener más peso en el poder de decidir, ya que su salud y vida llegan a ponerse en riesgo.

Salud desde una perspectiva de género

Dificultades y avances en el trabajo con hombres y jóvenes en salud

La revisión hecha por The Population Council (1998) de la literatura sobre los hombres como socios en la salud subraya la necesidad de

involucrar a los hombres en la promoción de la salud sexual y reproductiva. Esta necesidad fue una demanda expresada por las mujeres rurales de la Sierra, en el autodiagnóstico de REPROSALUD y USAID, que llevó a realizar talleres también con hombres. Este proyecto exploró la visión, desde las mujeres, de la salud sexual y reproductiva, sus valores, temores, comportamientos y relaciones de género, expresando cómo quisieran ejercer sus derechos, dar a luz, ser tratadas en los servicios de salud. Los significados psicológicos y antropológicos y las prácticas culturales están empezando a comprenderse gracias a la investigación cualitativa. Pero, ¿qué hay de los hombres? ¿Cómo perciben la salud sexual y reproductiva, los roles de género, su relación con la pareja? ¿Cómo están involucrados en la salud sexual y reproductiva de las mujeres y la suya propia? ¿Qué tanto saben, qué hacen, cuáles son sus creencias, sentimientos, representaciones, significados y construcciones en torno a la salud sexual y reproductiva, ampliamente entendidas a todo lo largo del ciclo de vida y en sus diversas expresiones? Necesitamos investigar, en profundidad, los afectos, sentimientos, procesos, interacciones y construcciones personales que impactan y mediatizan la salud sexual y reproductiva y el desarrollo de hombres y mujeres. Hay un gran vacío que llenar para diseñar intervenciones, planes y políticas efectivas que tomen en cuenta la visión y realidad de hombres y mujeres en diversos contextos, sus necesidades y derechos, sin desempoderar a la mujer y fomentando la equidad y el desarrollo. Las políticas a nivel macro, planes, programas e intervenciones deben reconocer las diferencias de edad, genéricas, socioeconómicas, culturales, religiosas y demás, admitiendo la diversidad en sus tantas expresiones y permitiendo el trabajo focalizado en grupos prioritarios o específicos. Sin embargo, las políticas y programas nacionales tiene que ser, también, generales. La investigación cualitativa requiere triangularse con la cuantitativa, hecha con muestras representativas de los diferentes grupos existentes en el país, para poder generalizar y trabajar a nivel macro y con gran impacto. En esta línea de reflexión es que realizamos los estudios cualitativo y cuantitativo con el Population Council, *los Hombres como Socios en la Salud*, adoptando una perspectiva de género y un marco de derechos sexuales y reproductivos, equidad y empoderamiento de la mujer, para ofrecer, en

base a los hallazgos, una serie de pautas para diseñadores de políticas, programas y proyectos de intervención e investigación.

Investigaciones e intervenciones recientes muestran que el hombre puede tener una nueva manera de participar en la salud reproductiva sin “desempoderar” a la mujer y que en este esfuerzo, la educación en salud sexual y reproductiva y el trabajo con la comunicación y relación de pareja es crucial (Bankole y Sing, 1998; Sarah, 1998-1999). Resulta especialmente relevante explorar, desde una perspectiva de género y derechos sexuales y reproductivos, el papel del hombre en la salud sexual y reproductiva, particularmente, del hombre rural en extrema pobreza de la Sierra y Selva del país. Mucho menos se conoce sobre la realidad selvática, que, como hemos visto, presenta una realidad diferente a la andina. Hay una Red Nacional de Promoción de la Mujer y las ONGs están penetrando con investigación y acción con enfoque de género, en las zonas alejadas de la Amazonía. En visitas de campo encontramos en la posta de salud de un caserío de Tarapoto, un letrado sobre los derechos de la mujer, pero en la defensoría municipal una sola persona era la encargada y nos habló de que ya existía la equidad de género y muy poca violencia contra la mujer. Sin embargo, en esa misma localidad encontramos entrevistados que nos dijeron que la violencia contra la mujer era generalizada, cosa que después comprobamos con investigación cuantitativa en esta y otras zonas amazónicas y andinas muy pobres. ¿Cómo estamos definiendo violencia? ¿Cuál es, si alguno, el umbral de tolerancia? ¿Qué hacer cuando las personas niegan que haya violencia porque ven como autoridad del hombre arrastrar del cabello a la mujer, o pegarle siempre que no la mate o invalide? ¿Estamos registrando violencia cuando, para la mujer andina es una gran ofensa que su pareja rechace su comida y la manipule de esa manera? ¿No es violencia no tener autodeterminación, no ser considerada adulta, persona, igual?

¿Cómo trabajar salud sexual y reproductiva sin una perspectiva de género? ¿Cómo ir más allá de la planificación familiar en los servicios, intervenciones, programas, planes y políticas de salud sexual y reproductiva? ¿Cómo entroncarlas con desarrollo? El hombre no sólo ha

tendido a dificultar la salud de la mujer; el hombre, las sociedades, las culturas, religiones e ideologías han tendido a dificultar el desarrollo de la mujer. En este contexto es que tenemos que trabajar y por eso el avance es tan difícil en países en desarrollo, donde se sigue discutiendo, por ejemplo, si la mujer tiene derecho a no morir y tratarse un aborto inducido que se ha infectado; si los y las adolescentes tienen derecho a exponer su vida, salud y desarrollo en riesgo por un embarazo no deseado, si los y las jóvenes tienen derecho, si así lo desean, a ejercer su sexualidad de manera responsable; si la población, de toda edad y condición, tiene el derecho a educación e información en sexualidad adecuada a su nivel de desarrollo y a servicios y suministros más allá de la consejería; si los derechos sexuales y reproductivos son o no derechos humanos; si existen derechos humanos de la mujer; si la mujer es o no igual al hombre en su valor como ser humano y en su capacidad de manejar su salud, su sexualidad, su reproducción, su desarrollo, su vida, la sociedad.

En el intento de involucrar al hombre en la salud, Shepard (1996) nos alerta contra enfocarse sólo en el hombre y no adoptar la postura relacional de la perspectiva de género, para poder visualizar el complejo sistema de relaciones de poder entre hombres y mujeres. Critica el énfasis puesto en la responsabilidad masculina y sus deberes, desestimando sus derechos. Refrasear las responsabilidades como derechos es estratégico, señala esta autora, ya que da un cariz positivo al problema y posibilita derivar medidas políticas que mejoren la calidad de vida de mujeres y hombres sin “desempoderar” a la mujer en el proceso. Aquí, se debe tener en cuenta lo que Shepard (2000) llama “el sistema de doble discurso”, es decir, la coexistencia de políticas represivas o negligentes con la tolerancia a prácticas y mecanismos no oficiales justamente antagónicos a esas políticas, como se puede comprobar en el caso de lo extendido del aborto ilegal en condiciones, usualmente, de alto riesgo para la mujer, o de la ilegalidad del divorcio, como sucede en Chile. Además, a ello podemos apreciar un “doble discurso” en el sentido opuesto, de la coexistencia de políticas favorables a la salud y el desarrollo de la mujer y prácticas que atentan contra esa salud y desarrollo.

La literatura sobre experiencias exitosas de servicios para hombres de planificación familiar y salud reproductiva en otros lugares del mundo parece limitada a los servicios dirigidos a jóvenes, *a hombres de mayor nivel educativo, con trabajos estables, casados, que han estado usando, principalmente, métodos “masculinos”*. La reciente apertura de una clínica para hombres, PATRES, en Inppares, parece estar encontrando formas de que los hombres se conecten, al menos, con su propia salud sexual y reproductiva. Con una perspectiva de género y derechos, esta organización no gubernamental busca que los hombres no solo no obstaculicen, sino que promuevan la salud de la mujer. En general, la literatura reporta que los programas han encontrado gran dificultad en atraer a los hombres a una paternidad responsable (Eagle y Alatorre Rico, 1994) y, menos aún, a los adolescentes y jóvenes. Los mismos términos “planificación familiar” y “paternidad responsable” excluyen a los jóvenes, para quienes la sexualidad protegida resulta más cercana a sus necesidades, junto a otras menos atendidas (como las necesidades de información y orientación sobre sexualidad no coital, enamoramiento, comunicación con los padres). La idea de planificar una familia o de ejercer, de manera responsable, la paternidad caen fuera de su rango de interés, por más que, justamente, este desfase los ponga en alto riesgo de, efectivamente, terminar con una paternidad irresponsable y una unión temprana que afecte sus proyectos de vida y desarrollo, especialmente en el caso de las adolescentes. Trabajos de The Johns Hopkins (1999) patentan lo beneficioso que es utilizar con poblaciones rurales y de baja educación, el teatro, el radio, las canciones juveniles, radio drama y otros medios de información, educación, comunicación y sensibilización, para mejorar la información sobre sexualidad y salud reproductiva. Esto, claro, sin detrimento de propiciar una educación formal a todos los niveles con componentes de educación en sexualidad.

Un esfuerzo en la dirección de trabajar la(s) masculinidades (Cáceres, 2000) e incorporar a los hombres en la salud sexual y reproductiva es el trabajo que viene realizándose en México, con publicaciones de El Colegio de México (1999) y los talleres de ONGs sobre masculinidad y sobre paternidad. Estos están ahora siendo replicados en Perú, por la

ONG Manuela Ramos y el proyecto REPROSALUD y en Bolivia hay esfuerzos similares con CISRA (1997) que hace talleres y tiene una investigación sobre el tema de salud sexual en adolescentes varones dentro del proyecto ISSRA de Population Concern). REDESS-Jóvenes ha realizado, con el apoyo de la SUMMIT Foundation, una investigación (Arias y Aramburú, 2000) en adolescentes de las distintas regiones del país, que incluye aspectos de género y explora el rol de los hombres en la pareja y en la salud de la mujer. INPPARES también ha investigado el tema en escolares a nivel nacional. El INEI, ha hecho, también, una encuesta de hogares a nivel nacional, donde se exploran roles en la familia y violencia contra la mujer (INEI, 1999). The Population Council ha hecho una revisión de literatura sobre los hombres como socios (Gárate, 1998). Igualmente, el tema de la masculinidad se están realizando talleres académicos sobre el tema, como el hecho por FLACSO en Santiago de Chile en 1998 y un año después, en Lima, el Taller Internacional del Diploma de Estudios de Género de la PUCP. Hay publicaciones recientes como *Paternidades en América Latina* (Fuller, 2000) y *Masculinidades y Equidad de Género en América Latina* (Valdés y Olavarria, 1996), que recogen estas experiencias. A esto se suman publicaciones de investigaciones en nuestro medio sobre construcciones del género (Cáceres, 2000; Henríquez, 1996; Raguz, 1996; Ruiz-Bravo, 1996). Perú está tomando un rol muy activo en el tema de Mujer y, dentro de este, reconociendo la necesidad de una perspectiva de género. Hemos asumido la Secretaría de la CEPAL y el Consenso de Lima derivado de la Reunión de la CEPAL en Lima a comienzos de este año, reafirma la necesidad de avanzar en el desarrollo de la Mujer. El tema de la participación del hombre en la salud de la mujer fue, también allí, relevado y ha sido retomado en el discurso de la Ministra del PROMUDEH en la Asamblea General de Naciones Unidas durante Beijing Más Cinco a mediados de este año. El Plan de Equidad que este ministerio acaba de aprobar para los próximos cinco años es una prueba de la voluntad política en esta dirección. Y esa voluntad política se verá monitoreada y complementada por el trabajo de la sociedad civil, particularmente las organizaciones no gubernamentales y de mujeres.

Necesidad de “mainstreaming” del género en el trabajo en salud sexual y reproductiva

Es cada vez más evidente que el comportamiento reproductivo tiene que ver con roles e identidades genéricas, con un sistema de género, de organización de las relaciones de poder y la equidad y, también, con la diferenciación entre sexualidad reproductiva y sexualidad no-reproductiva (mal llamada “placentera” o erótica, ya que no son categorías excluyentes; puede haber reproducción con placer y puede haber sexualidad no-reproductiva sin placer). La reproducción es una arena de derechos y responsabilidades que requiere reinterpretación. Para que las mujeres y los hombres puedan ejercer sus derechos sexuales y reproductivos es necesario que se revisen y redefinan las relaciones de género hacia la equidad, igualdad, negociación. Ello supone una reconceptualización de los seres humanos y de las relaciones humanas, un cambio en los roles, la co-responsabilidad, la construcción de la salud y de las condiciones para esa salud sexual y reproductiva y el desarrollo humano. Una perspectiva —o, como se dice más recientemente, un “mainstreaming” del género (término aún sin traducción, que acentúa la transversalidad del género en todos los aspectos de la vida humana)— ayuda a comprender mejor el supuesto involucramiento del hombre en la salud sexual y reproductiva de la mujer. Pero no se trata, entonces, ni de trabajar sólo con mujeres ni de trabajar sólo con hombres, sino de trabajar con las relaciones de género y las sociedades en que estas relaciones se sustentan y, a su vez, perpetúan.

Un estudio en Brasil con hombres de bajo nivel socioeconómico concluye que un modelo patriarcal todavía prevalece, los hombres sintiendo que “*no tienen la necesidad de controlar su fertilidad pero sí la de la mujer, porque en el cuerpo de la mujer es que se evidencia la paternidad*” (Da Costa, 1995). Se trata, pues, de generar un rol diferente, no de control, manipulación, dominio. No es cambiar el rol de unos o de otros; es cambiar todos los roles que se generan en esa interacción entre identidades y roles tradicionales. Encuestas de hace unos años en Lima muestran que continúa todavía la sobrevaloración de la maternidad, la

cual limita el lugar de la mujer en la sociedad, aunque ya se aprecia una noción más moderna de paternidad, con afecto y comunicación, pero coexistente con una autoridad tradicional, un rol protector y de proveedor económico y un rol público del hombre (Alfaro, 1997). La maternidad se ve, en este estudio, como que precede a la paternidad hasta el destete; el padre es visto como incapaz de adaptarse a las demandas de la pareja y su rol prevalente es de castigo, mientras la madre es asociada con comida, cuidado de los enfermos y consuelo de los tristes, con la que habla con los maestros y ayuda con las tareas escolares. Algunas de estas responsabilidades las comparte, también, el padre, pero es la madre sola quien generalmente las asume. Un tercio de las personas encuestadas sostiene que los hombres no son capaces de cuidar a los bebés porque no pueden competir con el supuesto instinto maternal; otras más creen que los hombres simplemente no tienen esa capacidad. Se encuentra una demanda de que los padres sean amorosos, cuiden a hijos e hijas y se comuniquen con ellos, y que provean pero sean menos autoritarios.

Ya se aprecian algunos cambios en la juventud, al menos en Lima, pero, como hay fuertes inconsistencias y, aunque emergen nuevas construcciones del ser hombre, ser mujer y la relación entre géneros, una cosa es el discurso y otra, la acción (Cáceres, 2000). Un estudio generacional con universitarios y universitarias de una universidad privada de Lima concluye que hay cambios, especialmente entre nietos y abuelos, pero continúan algunas comunalidades (Ponce y La Rosa, 1996). Estudios del Population Council (Gárate, Salazar, Cobián, González, Espinosa y Tolbert, 1998; Raguz y Gárate, 2000) con poblaciones rurales en pobreza relevan que todavía prevalece una estructura patriarcal que hace, por ejemplo, que el hombre sea la autoridad a nivel privado y público y tenga la palabra final en las decisiones importantes de la pareja e, inclusive, sobre el cuerpo y la salud de la mujer; en comunidades amazónicas, en cambio, el patriarcalismo toma más visos de machismo, aunque la educación seas percibida como una herramienta para el desarrollo de la mujer y la equidad.

La perspectiva de Género puede ayudar a comprender mejor por qué las mujeres no cumplen con sus intenciones reproductivas, teniendo

embarazos no deseados o en momentos inadecuados, por qué cambian sus decisiones reproductivas y por qué usan más los métodos tradicionales. El Género es una variable explicativa del comportamiento sexual y reproductivo. Esto lo pudimos comprobar en un estudio con adolescentes de Lima de bajo nivel socioeconómico, donde vimos que aspectos de la “masculinidad” tradicional” que predisponen al adolescente y su pareja a la violencia y la desprotección (Raguz, 1999). Otro estudio en Cusco, Iquitos y Chiclayo mostró que las y los adolescentes atribuyen el deseo y placer sexual así como la iniciativa sexual al hombre y que siendo el ritmo el único método anticonceptivo aceptable y el más usado, la responsabilidad cae más en el varón (Arias y Aramburú, 2000). A ello se suma un miedo y vergüenza a acudir a los servicios de salud y el temor a ser maltratados por los proveedores de servicios y un fuerte tradicionalismo genérico que permea su actividad sexual e impacta sus conductas de riesgo y prevención. La “prueba de amor” resulta una importante razón de la actividad sexual y los adolescentes visualizan más las consecuencias de un embarazo temprano para adolescente que para el adolescente. Estos hallazgos son diferentes en otros sectores sociales; Cáceres (2000), con escolares de sectores medios de Lima, encuentra ya nuevas concepciones del ser hombre y ser mujer y mayor favorabilidad hacia el uso del condón pero ello no revierte en mayor uso, especialmente cuando no se trata de relaciones casuales, siendo un factor en contra el creer que reduce el placer, y asociado el sexo al uso de alcohol y las drogas, incluso con casos de violencia y coerción de pareja y de presión de pares para el inicio sexual, algunos de los cuales llevaron al embarazo y al aborto.

El sistema de género es, por definición, relacional, como grafica el hallazgo de Yon (1996), quien encontró que las mujeres hablaban de decisiones consensuadas cuando, en realidad, han cedido a la voluntad de la pareja. Este estudio evidenció que los hombres en Lima acompañaban a las mujeres a servicios de salud reproductiva para controlarlas, para ver que no fueran infieles, que el médico no se “propasara” y que ellas obedecieran a la decisión reproductiva adoptada por el hombre y no otra. Una perspectiva de Género y un enfoque de

derechos humanos, sexuales, reproductivos y de desarrollo, ayuda a entender mejor, en un país como el nuestro, de pobreza, ignorancia y violencia estructural contra la mujer, los problemas de la salud sexual y reproductiva.

También una perspectiva de género podría ayudar a esclarecer diferencias en la salud reproductiva entre países, como los hallazgos de una comparación de 42 países en América Latina, África y países desarrollados en 1997, donde Perú presentaba el mayor porcentaje de uso de métodos tradicionales (15%), seguido por Togo y Camerún y por Bolivia (FNUAP, 1997). A este 15% se añadía un 16% de mujeres sin protección alguna. Así, 59% de las mujeres peruanas en edad fértil habían tenido un embarazo no intencional, nuevamente, uno de los más altos porcentajes del mundo, sólo sobrepasado por Bolivia y cercano a Kenya, Botswana, Brasil y Japón (52%). En una serie de estudios cualitativos hechos en una región tan distante y diferente del Perú como es África, en la década de los años 90 (Baron y colaboradores, 1993), encontramos varios patrones de género en cuanto a la salud reproductiva y planificación familiar, bastante similares. Por ejemplo, tanto en Gambia como en Kenya, los gobiernos han promovido activamente la planificación familiar y se encuentra aprobación del concepto de la planificación familiar pero no uso de métodos modernos, los cuales sólo ven como aceptables cuando ya se tienen demasiados hijos y la familia tiene problemas, rara vez siendo el tema de discusión de la pareja cuántos hijos quieren tener y, más bien, discutiendo problemas de crianza, financieros y hacer prevalecer la paz y la tranquilidad. En Burkina Faso, un grupo focal de mujeres lo expresó así: *“No tenemos el derecho de decirle al esposo cuántos hijos queremos; “No es nuestra costumbre”; “Si le hablo de eso se niega a escucharme”*. Realmente, no es una aceptación de la planificación en sí, ordenada y a futuro, preventiva, sino de resolver el problema inmediato, ya existente, de mucho hijos, remedialmente, al igual que se concibe la salud y los servicios, más en función de tratamiento –inclusive, sólo de problemas graves- que de prevención. Además, la libertad individual parecería no valorarse por la mayoría de las mujeres de sociedades donde lo comunal es un fuerte valor, las no usuarias reconociendo que se sacrifican por sus

hijos y familia pero resignándose a un rol “natural” y las pocas usuarias reconociendo y valorando su libertad y nuevas posibilidades de organizar su vida y tener actividades nuevas y entretenimientos fuera del hogar, cosa impensable con muchos hijos seguidos e, inclusive, descubren una mayor posibilidad de disponer del ahorro “*en lo que ellas quieren*”. La religión musulmana resultaba un obstáculo para la planificación familiar, sintiéndose que se interfiere con la decisión divina y que Dios pide se tengan muchos hijos, todos los que Él destine. Aquí la similitud en áreas rurales nuestras, la religión católica o, menos, evangélica, se sincretizan con religiones ancestrales y cosmogonías andinas y amazónicas donde los dioses de la naturaleza tienen, también, un rol fundamental sobre el destino y la libertad humanas. Quizás el que el hombre tenga la representación divina en la tierra para todas las religiones y a ello se sume el que generalmente tenga la representatividad pública en todas las esferas, podría hacer que la mujer, en la relación de poder, esté transfiriendo la voluntad divina y política también al esposo, quien decide, finalmente, la vida y bienestar de la familia y, en muchos casos, de la mujer. Y cuando esta jerarquía no sea aceptada como natural, quedan los argumentos tanto de violencia a través de la fuerza física, el abandono/humillación como la desprotección económica.

Por ende, el margen de acción de la mujer que no es ni social, ni política, ni económicamente autónoma es mínimo en lo que concierne a la salud sexual y reproductiva. Inclusive, engañar a la pareja cuidándose o hasta esterilizando al hombre sin su conocimiento, como hacen mujeres de la Selva peruana en Tambopata con medicinas naturales, es un riesgo para ellas. Por otro lado, los temores a los daños por uso de métodos señalaron la necesidad de calidad en la información y consejería; en países como el Perú se agrega a esto, tomar en consideración que, en ámbitos rurales, especialmente en la Sierra, muchos/as proveedoras de salud generalmente no hablan el idioma de la comunidad y las mujeres tienen alto analfabetismo. Podemos agregar que a pesar del temor a posibles daños por los métodos anticonceptivos, las mujeres rurales prefieren temer más a tener un hijo no deseado y las postas y centros de salud son percibidos como centros donde uno va sólo por motivos graves y se

asocian con la muerte, habiendo escasísimos partos institucionales. Faltan elementos cualitativos para comprender mejor por qué las mujeres rurales siguen prefiriendo el uso de métodos tradicionales de baja o ninguna efectividad, particularmente por las condiciones en que se usan, y hasta recurren al infanticidio o al aborto clandestino para regular su fecundidad, antes que emplear métodos (relativamente más) seguros.

Otra hallazgo transcultural interesante en esta región es que, aún en países pro-natalistas política, religiosa y culturalmente, los y las más jóvenes y educadas tienen actitudes más favorables hacia la planificación familiar, prefieren familias chicas y valoran el planear el futuro, aunque valoren la abstinencia prematrimonial. Estudios transculturales con culturas más cercanas, como la mexicana, aportan otra serie de similitudes con nuestra realidad, como el machismo, cada vez más globalizado por las migraciones, en relación a la protección anticonceptiva y, sobre todo, el condón, y el doble estándar en el cuidado, dependiendo de la pareja. Vemos, pues, que se trata de una problemática compleja, con muchas aristas y puertas de entrada, y que la salud, definida desde la CIPD de El Cairo y Beijing como bienestar integral, no es responsabilidad exclusiva del sector público, del Ministerio de Salud. Requiere de un trabajo intersectorial, como ya lo planteó hace varios años la ONG peruana REDESS-Jóvenes (1999) en su análisis de la calidad de acciones en salud sexual y reproductiva adolescente en el país y que viene incorporando en su trabajo de concertar esfuerzos públicos, privados y cooperantes en las áreas de “advocacy” o defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos, investigación, capacitación información/educación/comunicación y servicios. Para este trabajo en el terreno de la salud sexual y reproductiva se requiere un enfoque multidisciplinario – transdisciplinario, dirían algunos expertos como José Barzelatto-; esto lo saben bien las organizaciones no gubernamentales que actualmente tienen un importante rol de apoyo a y complementación de, las acciones gubernamentales. Nos preguntamos entonces, ¿qué tanto las y los psicólogos peruanos somos conscientes del rol que, en este terreno, podemos desarrollar?

Salud sexual y reproductiva y desarrollo de la mujer

Las brechas de género en el desarrollo en otros campos fuera de la salud, son también importantes y, sin duda, para el empoderamiento de la mujer y el logro de la equidad y, finalmente, la igualdad, habrá que trabajar no sólo con mujeres, sino con hombres. Aquí, es esencial el componente educación. Debemos señalar que nuestro país ha logrado reducir las inequidades de género en la educación formal a nivel primaria y, ligeramente menos, en secundaria, como muestran las encuestas demográficas y de salud. En estudios superiores universitarios hay paridad, aunque se mantengan sesgos profesionales donde las carreras *masculinas* típicamente siguen representando mayor ingreso, como es el caso de ingeniería, donde sólo un 25% son estudiantes mujeres. A nivel técnico hay más mujeres que hombres. Sin embargo, a nivel rural y en adultos mayores se encuentran todavía grandes brechas en el analfabetismo, que ha bajado sensiblemente en los hombres (4% contra 11% en las mujeres). Todavía sólo un 51% de hogares tiene un clima educativo en el hogar –es decir, un ambiente familiar propicio al desarrollo intelectual y laboral de niños y jóvenes- muy bajo (PROMUDEH, INEI y UNFPA, 1999). No podemos hablar de salud sin referimos al tema de la violencia de género. La violencia es, aún, generalizada (Luna Andrade, 2000), a pesar de importantes cambios en la legislación, la capacitación de profesionales de la salud, del cuerpo legislativo, jurídico y policial, de creación de centros de refugio y atención y defensorías municipales, falta mucho por hacer (Manuela Ramos/UNIFEM, 2000; Raguz y Thorne, 1999). Evidentemente, esta situación afecta negativamente la potenciación de la equidad e igualdad de género.

A nivel laboral, la población económicamente activa es, en un 44%, mujeres, viéndose el incremento más notorio entre las mujeres de 14 a 24 años, seguidas de las de 25 a 44. Sin embargo, mientras un 54% de mujeres son económicamente activas, en el caso de hombres se trata de 76%. Otro punto importante es que las mujeres cubren los servicios y los empleos menos pagados, de menor calificación y baja productividad. Además, hay un doble estándar, los hombres ganando más a igual empleo,

lo que sigue sucediendo en todo el mundo, como concluye Beijing Más Cinco. Sólo en los empleos de trabajador/a doméstica, mozo o guardiana las mujeres ganan igual que los hombres en el ámbito de servicios. En promedio, una mujer gana tres cuartas partes de lo que gana el hombre. En este contexto, 23% de los hogares tienen una mujer como jefa de hogar, un 95% de ellos, con ausencia de pareja, garantizándose la reproducción de la pobreza. Un 27% de los hogares liderados sólo por mujeres están en extrema pobreza, contra 13% de hogares liderados sólo por hombres. Un 74% de hogares liderados sólo por mujeres tienen hijos, mientras que sólo el 40% de los hogares liderados sólo por hombres los tienen. Esta situación releva las desigualdades de género que hacen que la pobreza -en particular, la pobreza de ingresos que caracteriza a un 43% de nuestra población- afecte más fuertemente a la mujer.

Como señala Todaro (2000), los procesos de globalización y de la pobreza y la reestructuración económica en el mundo impactan de manera diferente para hombres y mujeres, entre sectores socioeconómicos y entre regiones, con diferencias en la mejora o deterioro de la calidad de vida. Señala esta economista del CEM, que los programas de ajuste económico toman en cuenta el mercado, pero no los efectos en el hogar. Por ejemplo, las mujeres, que asumen el trabajo doméstico y cuidado de los hijos, tienen que aceptar peores condiciones laborales para compatibilizar estos roles, muchas veces sin protección laboral o seguridad social. Aunque una mayor participación laboral sea herramienta para que la mujer obtenga mayor autonomía personal y económica y capacidad negociadora dentro de la familia, los roles tradicionales de la mujer limitan su inserción laboral. A ellos se suma la discriminación laboral entre los géneros, que considera a la mujer mano de obra barata y la expone a mayor vulnerabilidad a la explotación. La mujer, en especial, la que está en edad reproductiva, asume, así, no sólo el costo de la reproducción humana sino el costo de la producción de una economía de mercado. Evidentemente, hay una asociación entre fecundidad y pobreza; si bien la pobreza no es producto de tener muchos hijos y tener menos la resolvería, es cierto que a mayor número de hijos, menor posibilidad de salir de la pobreza, creándose un círculo vicioso. Esto, además, teñido de

mayor vulnerabilidad a la violencia intra y extra-familiar. Por eso, Todaro concluye que “es la equidad de género, y no sólo la pobreza, lo que debe guiar las políticas”, y da una serie de recomendaciones al respecto, como medidas compensatorias a mujeres en pobreza, o capacitación y reciclaje para las mujeres, o creación de servicios de apoyo para el cuidado de niños, o flexibilización del trabajo. Es clara, pues, la necesidad de cambiar los roles y relaciones y la visión *masculina* que se ha tenido y se sigue teniendo del trabajo y la producción y la participación económica.

Beijing Más Cinco resalta la necesidad de que las mujeres accedan a más posiciones de poder en lo referente a toma de decisiones, y que accedan más a la tecnología, la información, la educación en ciencias e informática, a construir la paz y erradicar la violencia, a manejar del medio ambiente, a diseñar las políticas nacionales. Todo ello supone no sólo un cambio en las mujeres, sino en los hombres y las relaciones entre los géneros. En lo referente a la participación política de la mujer se ha visto un aumento de regidoras, congresistas y ministras, pero, a pesar de la Ley de Cuotas para las elecciones municipales, todavía es mínima la representatividad política de la mujer. Entre 1995 y 1999 sólo un 7% de los cargos ministeriales estuvieron en manos de mujeres. Esta limitada representatividad política de la mujer es, también, una realidad universal que Beijing Más Cinco ha destacado. Como analiza la Unión Interparlamentaria (Inter-Parliamentary Union, 2000), entre 1945 y 1999 sólo ha habido un 4% de mujeres primeras ministras en las Américas y un 5% de presidentas, aunque se destaca que Perú ha tenido dos mujeres a los más altos niveles del Congreso. Sin embargo, un análisis de qué ministerios están en manos de mujeres en todo el mundo muestra que los puestos clave siguen estando reservados a los hombres. El reporte destaca, también, que en nuestro país hemos tenido una ministra en el PROMUDEH, Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano, pero la comparación con el resto de países evidencia que somos de los que menos ministras hemos tenido. Este amplio estudio sobre las mujeres en la política subraya, justamente, que es necesario que políticas y programas reconcilien la familia con la actividad profesional en mujeres y hombres para permitir la mayor participación política y ciudadana de

las mujeres y señala que, para ello, es indispensable eliminar los roles de género tradicionales, involucrar al hombre en la familia, desarrollar mecanismos de apoyo con la familia cercana y extendida, recurrir a ayuda doméstica, trabajar en la educación de los niño/as, mejorar la comunicación de padres y madres con sus hijo/as, proveer servicios de cuidado de los y las niñas. Para todo ello, es necesario un cambio en las relaciones de género y en el rol, no sólo de las mujeres, sino de los hombres, hacia la equidad y la igualdad real. No se trata de estrategias personales, recursos que la mujer deba agenciarse, sino una responsabilidad de los gobiernos y la sociedad civil para asegurar el desarrollo pleno y el ejercicio de los derechos humanos, incluyendo la salud sexual y reproductiva y el desarrollo de las mujeres, jóvenes, adolescentes y niñas.

Conclusiones

Hemos querido, en este espacio, presentar hechos y cifras que pongan de relieve la necesidad de trabajar en este tema de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género, incorporando a los hombres en el logro de esta meta y que nos haga reflexionar sobre esta problemática. Por muy sensitiva que pueda resultar, es ineludible; negarla o postergar encontrar intentos de solución sólo puede empeorar las cosas. Podemos variar en nuestras estrategias y enfoques, pero lo esencial es avanzar hacia el bienestar, la salud, la no violencia, el desarrollo en equidad, en el marco del más pleno respeto a los derechos humanos, incluyendo los derechos de las mujeres de todas las edades y condiciones, a su educación, salud y bienestar integral, participación social y desarrollo. Como subraya la introducción del documento trabajado en Beijing Más Cinco, estamos lejos de haber cumplido las metas de la Plataforma de Acción que los gobiernos acordaron hace cinco años, en parte, porque no se han asignado los recursos necesarios pero, también, porque se trata de un cambio estructural y valórico de la sociedad. En Beijing Más Cinco los gobiernos se han comprometido a llevar adelante acciones específicas. Son doce las áreas críticas de acción prioritaria: mujer y pobreza; educación y

capacitación de la mujer; mujer y economía; mujer en el poder y toma de decisiones; mecanismos institucionales para el avance de la mujer; derechos humanos; mujer y medios de comunicación; mujer y medio ambiente; la niña. Con una perspectiva de género que atraviese cada área de acción, esperamos que la evaluación de las acciones, de acá a cinco años más, no sea una desilusión, que la mayor equidad e igualdad entre los géneros no sea una quimera. El entroncamiento entre todas estas inequidades y desigualdades en la salud y el desarrollo de la mujer subraya que las intervenciones en salud deben acompañarse de intervenciones en desarrollo, con políticas, planes y programas integrales. Y en este trabajo, reiteramos, las y los psicólogos no sólo tienen mucho que aportar, sino que es una responsabilidad, si su compromiso es la salud y el bienestar de los seres humanos, de los cuales, la mitad son mujeres. Todos y cada uno de nosotros y nosotras tiene, en este sentido, una responsabilidad en nuestro trabajo, en nuestra vida cotidiana y en la construcción de un mundo nuevo y mejor para todos y todas.

Referencias

- Aguilar, J. A. y Botello, L. A. (1995, noviembre). *La imagen masculina del condón: Una perspectiva de los varones jóvenes*. Trabajo presentado en el Seminario sobre Fecundidad y Ciclo de Vida Masculino en la Era de la Disminución de la Fecundidad, Zacatecas, México.
- Alan Guttmacher Institute (1998). *Hacia un nuevo mundo: La vida sexual y reproductiva de las jóvenes*. Nueva York: AGI.
- Alfaro, R. M. (1997). *Informe preliminar de resultados Encuesta Mujer-Ford. Sondeos de investigación*. Lima: Calandria.
- Arias, R. y Aramburú, C. (2000). *Uno empieza a alucinar... Percepciones de los jóvenes sobre sexualidad, embarazo y acceso a los servicios de salud: Lima, Cusco e Iquitos*. Lima: REDESS-Jóvenes/ Fundación SUMMIT.
- Bakole, A., Singh, S. y Haas, T. (1999). Characteristics of women who obtain induced abortion: A worldwide review. *International Family Planning Perspectives*, 25, (2), junio, 68-77. Nueva York: AGI.

- Barón, D. L. y colaboradores (1993). A qualitative research for family planning programs in Africa. *Occasional Paper Series*, 2. Maryland: The Johns Hopkins School for Public Hygiene.
- Cáceres, C. (1998). *El SIDA en el Perú: Imágenes de diversidad. Situación y perspectivas en Chiclayo, Cusco e Iquitos*. Lima: REDESS-Jóvenes/UPCH.
- Cáceres, C. (1999). *Nuevos retos: Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú*. Lima: REDESS-Jóvenes.
- Cáceres, C. (2000). *La (re)configuración del universo sexual*. Lima: UPCH/REDESS-Jóvenes.
- CEDAW (1998). *L'egalité chez soi. Mettre en ouvre la Convention sur l' élimination de toutes les formes de discrimination a l' égard des femmes*. Nueva York: UNIFEM.
- CISRA (1997). *Primer taller sobre masculinidades. Experiencias*. La Paz: CISRA.
- Da Costa, M. A. (1995, noviembre). *La cara masculina de la planificación familiar*. Trabajo presentado en el Seminario sobre Fecundidad y Ciclo de Vida Masculino en la Era de la Disminución de la Fecundidad, Zacatecas, México.
- De Keizer, B. (1995). *Los derechos sexuales y reproductivos desde la dimensión de la masculinidad*. Trabajo presentado en la V Reunión Nacional de Investigación Demográfica, Zacatecas, México.
- Díaz, M. y Townsend, J. (1992, noviembre 30). *Participación del hombre y de la mujer en la planificación familiar en América Latina*. Simposio Latinoamericano sobre Planificación Familiar, Ciudad de México.
- Eagle, P. L. y Alatorre Rico, J. (1994, mayo). *Taller sobre paternidad responsable*. Ciudad: The Population Council/International Center for Research on Women.
- El Colegio de México (1999). *Salud Reproductiva y Sociedad*, año 3, (8). Volumen sobre Los varones y la salud reproductiva. Ciudad de México: El Colegio de México.
- Family Care International-IAG (1999). *Maternidad sin riesgo; La sexualidad y el parto en la adolescencia; La mortalidad materna;*

- La salud materna: una inversión socioeconómica vital; el embarazo no deseado; La iniciativa por una maternidad sin riesgo. *Hojas Informativas*. Nueva York: FCI/IAG.
- Figuroa, G. (1996). Algunas reflexiones sobre la interpretación social de la participación masculina en los procesos de salud reproductiva. En E. Reyes (Ed.), *Salud reproductiva: Nuevos desafíos* (pp. 51-70). Lima: UPCH.
- FNUAP (1997). *Esperanzas y realidades: Reducción de la discrepancia entre las aspiraciones y las experiencias de la mujer en materia de procreación*. Nueva York: FNUAP.
- Fort, A. (1990). Investigando el contexto social de la fecundidad y la planificación familiar. Un estudio cualitativo en el Perú. *Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar*, número especial. Lima.
- Fort, A. (1994, diciembre). *Factores socioculturales en la opción anticonceptiva*. Trabajo presentado en el Seminario de FOMCIENCIAS, Género, sexualidad y población desde la perspectiva de la sociedad y la cultura, Lima.
- Fort, A. (1996). Responsabilidad de los hombres en la regulación de la fecundidad. En M. Chú (Ed.), *Salud reproductiva y sociedad*, (pp. 55-59). Lima: UPCH.
- Fuller, N. (Ed.) (2000). *Paternidades en América Latina*. Lima: PUCP.
- Gárate, M. R. (1998). *Hombres como socios en la salud*. Lima: The Population Council.
- Gárate, M. R., Salazar, X., Cobián, E., González, H., Espinosa, A. y Tolbert, K. (1998). *Hombres como socios en la salud*. Lima: The Population Council.
- Henríquez, N. (Ed.) (1996). *Encrucijadas del saber: los estudios de género en las ciencias sociales*. Lima: PUCP.
- IACC (2000). *Women and gender equity in the new vision of rural reality*. San José: autor.
- INEI (1995). *La fecundidad adolescente en el Perú*. Lima: INEI.
- INEI (1999). *Encuesta de hogares sobre vida familiar en Lima Metropolitana*. Lima: INEI.

- Inter-Parliamentary Union (2000). Politics: Women's insight. *Series Reports and Documents*, 36.
- Lasee, A. y Becker, S. (1997). Husband-wife communication about family planning and contraceptive use in Kenya. *International Family Planning Perspectives*, 23 (1), 15-20, 33.
- Luna Andrade, F.E. (1999). Género y violencia: un enfoque desde la salud pública. *Serie Violencia Intrafamiliar y Salud Pública*, documento de análisis #3. Lima: OPS/MINSA.
- Mahler, K. (1997). Increased risk of STD infection among Peruvian women linked to their partner's sexual practices. *American Journal of Public Health*, 86, 1098-1107.
- Malhora, A. y Mehra, R. (1999). *Fulfilling the Cairo Commitment: Enhancing women's economic and social options for better reproductive health*. Washington, DC: International Center for Research on Women, 5.
- Manuela Ramos/UNIFEM (2000). *Beijing +5 ¿Qué cambió en la vida de las mujeres peruanas?* Lima: Manuela Ramos.
- Mensch, B.S., Arends-Kuenning, M., Jain, A. y Gárate, M.R. (1997, marzo). Avoiding unintended pregnancy in Peru: Does the quality of family planning services matter? *International Family Planning Perspectives*, 23, (1), 21-27.
- Moya, A.M. (1997). Escuela de capacitación de niñas/os y adolescentes en riesgo social. *Revista Mujer Salud*, RSMLAC, 4, 62-65.
- Ponce, A. y La Rosa, L. (1996). *Nuestra sexualidad: Mis abuelos, mis padres y yo. Construcciones de la sexualidad en tres grupos generacionales*. Lima: Lluvia.
- Population Reference Bureau (1999). *World Population Data Sheet 1999*. Washington: PRB.
- PRB/CPO (1994). *La juventud mundial de 1994: Un enfoque especial sobre su salud reproductiva*. Washington: Population Reference Bureau.
- Programa de Estudios de Género (sin fecha). *Género en los andes*. Lima: PUCP.
- PROMUDEH (1998). *Informe nacional sobre la implementación del Programa de Acción de El Cairo*. Lima: PROMUDEH.

- PROMUDEH, FNUAP y INEI (1999). Género: Equidad y disparidades. Una revisión en la antesala del nuevo milenio. Lima: PROMUDEH.
- PROMUDEH, INEI y UNFPA (1999). *Reporte 1999*. Lima: PROMUDEH.
- Raguz, M. (1996). *Construcciones sociales y psicológicas de mujer, hombre, femineidad, masculinidad y género en diversos grupos poblacionales*. Lima: Lluvia.
- Raguz, M. (1999). Riesgo sexual y reproductivo en adolescentes desde una perspectiva de género. En C. Cáceres (Ed.), *Nuevos retos: Investigaciones recientes sobre salud sexual y reproductiva de los jóvenes en el Perú* (pp. 63-93). Lima: REDESS-Jóvenes.
- Raguz, M. y Bendezú, A. (1996). Raguz, M. y Gárate, M. R. (2000). *Hombres como socios en la salud. Estudio cuantitativo*. Lima: The Population Council.
- Raguz, M. y Thorne, C. (1998, agosto). *Domestic violence and violence against women in Peru*. Trabajo presentado en el Congreso de la IAAP, San Francisco.
- REDESS-Jóvenes (1999). Plan global de trabajo con jóvenes desde la perspectiva de organismos del sector público, privado y organizaciones cooperantes 1999-2004. Lima: REDESS-Jóvenes.
- Reyes, E. (Ed.) (1996). *Salud reproductiva: Nuevos desafíos*. Lima: IEPO, UPCH.
- Ruiz-Bravo, P. (Ed.) (1996). *Detrás de la puerta: hombres y mujeres en el Perú de hoy*. Lima: PUCP.
- Sarah, R. (1998-1999). Los hombres latinoamericanos asumen nuevos papeles en materia de salud reproductiva. *Populi, La Revista del FNUAP*, 25, (4), 9-10, Diciembre 1998-Enero 1999.
- Shallat, L. (1998). Violencia doméstica y su impacto en la salud reproductiva. *Cuadernos de Mujer Salud*, 3.
- Shepard, B. (1996). La masculinidad y el rol masculino en la salud sexual. En E. Reyes (Ed.), *Salud reproductiva: Nuevos desafíos* (pp. 71-86). Lima: UPCH.
- Shepard, B. (2000). The double discourse on sexual and reproductive rights in Latin America: The chasm between public policy and private actions. *Health and Human Rights*, 4 (2).

- Sing, D. y Wulf, S. (1994). Estimating abortion levels in Brazil, Colombia and Peru using hospital admissions and fertility survey data. *International Family Planning Perspectives*, 17, 1, 8-13.
- The Johns Hopkins School of Public Health (1999). Closing the condom gap. *Population Reports*, series H.
- Todaro, R. (2000, marzo 6). *Outlook on gender equality, development and peace beyond the year 2000*. Trabajo presentado en el Panel II de la Comisión del Estatus de la Mujer, tercera sesión del PrepCom de Beijing Más Cinco, Nueva York.
- UNFPA (1998). *Salud y derechos sexuales y reproductivos en América Latina y El Caribe: pobreza e inequidad de género*. Santiago de Chile: UNFPA.
- Valdés, T. y Olavarría, J. (1996). *Masculinidades y equidad de género en América Latina*. Santiago de Chile: FLACSO.
- Valdez, T. y Gomariz, E. (1995). *Mujeres latinoamericanas en cifras*. Santiago de Chile: FLACSO/Instituto de la Mujer de España.
- Vargas, M. y Siles, A. (1997). *Agresiones sexuales contra mujeres*. Lima: DEMUS.
- Venguer, T., Fawcett, R., Veron, R. y Pick, S. (2000). Violencia doméstica, un marco conceptual para la capacitación del personal de salud. *Documentos de Trabajo*, 24. México, D.F.: Population Concern/ INOPAL III.
- Yon, C. (1996). Corresponsabilidad y negociación de hombres y mujeres respecto al uso de métodos anticonceptivos. En: M. Cordero, O. Jiménez, R. Valverde y M.C. Menéndez, *Más allá de la intimidad: Cinco estudios sobre sexualidad, género y salud reproductiva* (pp. 53-58). Lima: Lluvia.