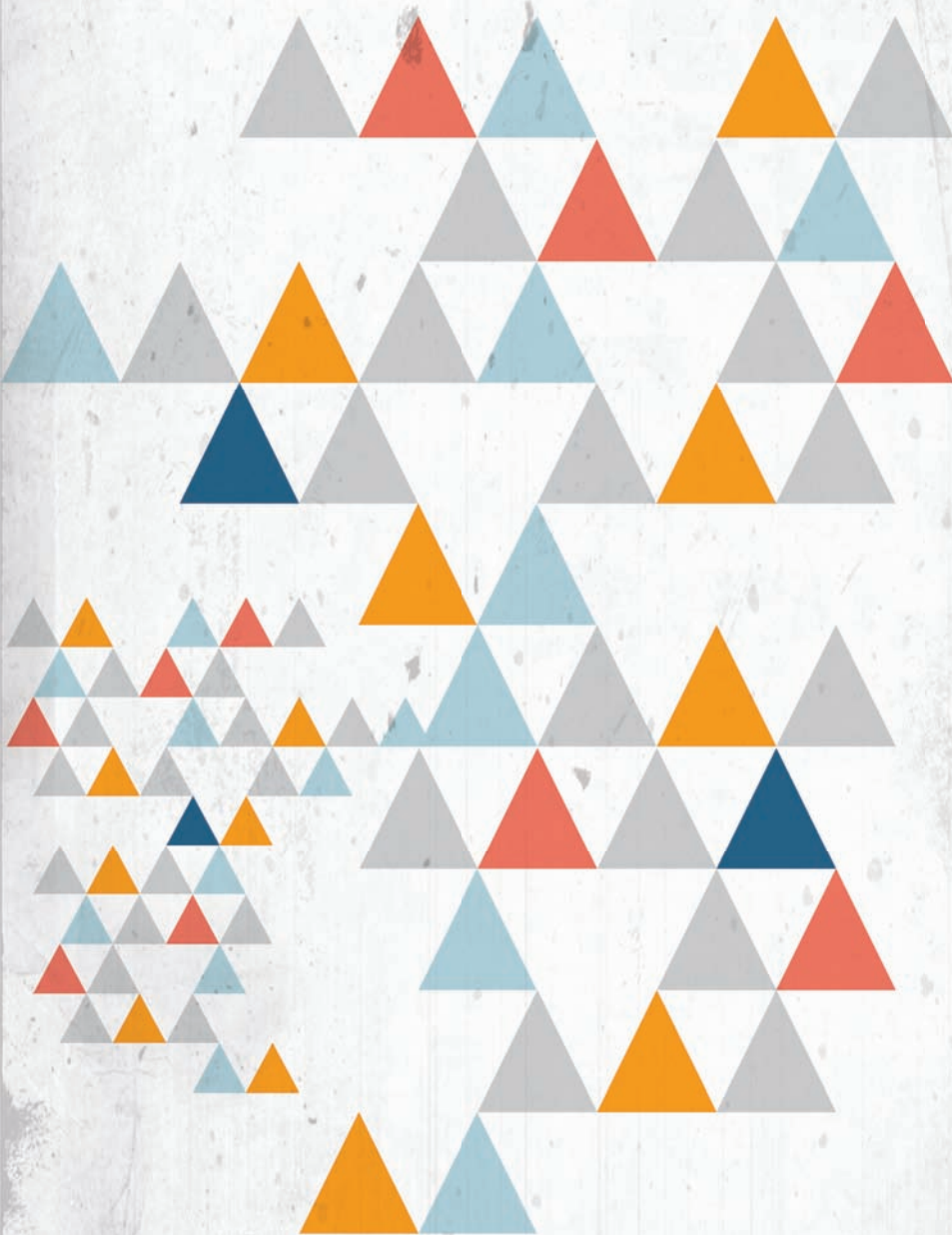


MUJERES CON DERECHOS

LA SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA
UN DERECHO HUMANO



SILVIA CARRIZO
NILDA GORVEIN
BERNARDO YARCINIO LÓPEZ
M^o CASILDA VELASCO

INTRO- DUCCIÓN

MARÍA VIADERO, Mugarik Gabe

Y A TI... ¿QUÉ TE APETECE?

Nos puede parecer muy básico o incluso frívolo, pero hablar de Derechos Sexuales y Reproductivos tiene que ver con el placer, el deseo y sobre todo con la libertad para decidir sobre nuestra propia sexualidad y reproducción, sobre nuestros cuerpos.

Es un tema clave para la vida de las personas y muy especialmente de las mujeres, que aparece de manera más o menos directa en muchos espacios sanitarios, educativos, económicos, institucionales, espirituales, de los medios de comunicación... todos ellos políticos y cargados de los valores culturales diversos de cada contexto.

Hay dos matices clave que nos ayudan a comprender el alcance de estos derechos o por el contrario algunos de los límites o confusiones que se pueden generar sobre los mismos:

Derechos además de salud. Debemos partir de un enfoque de derechos y no sólo de salud. Van a hacer ya 20 años de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (Cairo 1994) y de la IV Conferencia Mundial de la Mujer, espacios en los que el movimiento feminista consiguió un gran avance en el reconocimiento internacional de los Derechos Sexuales y Reproductivos como tales derechos humanos y su incidencia directa en la situación de las mujeres y las desigualdades de género. Este enfoque le confiere un grado más transformador y la obligación de su cumplimiento y garantía de parte de las instituciones y otros agentes.

Reproductivos sí, pero también sexuales. Todavía en muchos momentos nos encontramos con un mayor énfasis en lo reproductivo ocultando otras luchas también incluidas, en momentos "más incómodas" relacionadas con la diversidad de opción sexual o el derecho a la intimidad, entre muchas otras.

Es imprescindible destacar que si sólo hablamos de reproducción y salud visualizamos a las mujeres no como sujetas de derecho por sí mismas, sino que vinculamos el derecho a la salud y la garantía de reproducción al ser mujer y madre.

Estos aspectos tienen que ver con la evolución y complejización de estos derechos, así como con la falta de profundidad o conocimiento de los mismos, pero también hay una intencionalidad a la hora de simplificarlos hacia la salud reproductiva que tiene que ver con una cada vez mayor conservadurismo y poder de los fundamentalismos políticos y religiosos. Esta situación se refleja en las políticas actuales, incluidas las de cooperación, y en los cambios en el contexto. Por poner algunos ejemplos, hablaríamos de la prohibición de la anti-concepción de emergencia en Honduras y el aborto terapéutico en Nicaragua y El Salvador (retrocesos claros a la situación de años anteriores), la situación de ilegalidad del aborto en un sinfín de países a nivel internacional, así como de la homosexualidad, esterilizaciones forzadas de mujeres, la patologización de las personas transexuales... en definitiva, el cuestionamiento no sólo del avance en los derechos logrados, sino incluso la vigencia de los actuales. Todo ello ha sido denunciado por el movimiento feminista internacional y en algunos casos está generando la persecución política de quienes los defienden.

No podemos pensar que esta situación es totalmente diferente en nuestros países y que esta vulneración tiene que ver sólo con los países empobrecidos, necesitamos fortalecer una visión global que identifique las causas estructurales patriarcales y sus consecuencias en la generación de desigualdad entre mujeres y hombres y la vulneración de los derechos de las mujeres internacionalmente. En el caso del Estado Español las mujeres seguimos teniendo una peor salud y la educación sexual sigue siendo totalmente insuficiente. Además se siguen difundiendo en los medios de comunicación y en otros espacios prejuicios y estereotipos que reproducen la lesbofobia, el placer enfocado al otro, la falta de laicidad en los estados, que ocultan la diversidad (migradas, lesbianas, gitanas...) y además se están cuestionando derechos ya ganados como la Ley de Salud Sexual y Reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo que se logró en 2010. Y es que el cuerpo de las mujeres, como plantean algunas compañeras indígenas, es nuestro primer territorio. Es el lugar donde se reflejan las opresiones y el control.

Las organizaciones de la solidaridad internacional en estos contextos más conservadores en los que el apoyo a las temáticas más transformadoras de las desigualdades como son estos derechos va a ser más complicada y los recursos van a reducirse debemos mantener nuestro apoyo. Este apoyo debe ser tanto en la denuncia como en el fomento de los Derechos Sexuales y Reproductivos a través del fortalecimiento de las organizaciones de mujeres y feministas, así como otras organizaciones sociales. Los procesos de Educación al Desarrollo también son clave para la denuncia del espejismo de la igualdad, también en este tema y para conectarnos no sólo en la aún opresión de las mujeres y desigualdad global, sino en el intercambio de estrategias y en la definición de alternativas globales.

PRESEN- TACIÓN

medicushmani bizkaia

"Mujeres con derechos. La salud sexual y reproductiva, un Derecho Humano" dio título a la charla realizada en febrero de 2012, en el marco del proyecto "Jóvenes, Salud Sexual y Reproductiva y Derechos Humanos" desarrollado con la colaboración de la Diputación Foral de Bizkaia. La jornada contó con la presencia de María Casilda Velasco, Silvia Carrizo y Nilda Gorvein, autoras de los artículos que se recogen en esta publicación. Estas páginas tratan de ser una réplica de los contenidos abordados durante la ponencia.

El tema central es la Salud Sexual y Reproductiva como Derecho Humano, siendo esta una de principales líneas de actuación que desde medicushmanibizkaia venimos desarrollando desde hace años a través de proyectos tanto en el Sur como en el Norte. Desde una perspectiva integral y un enfoque de derechos humanos, trabajamos para erradicar las desigualdades de género que repercuten directamente en la salud de las mujeres, en su acceso a las medidas de control de natalidad y, en definitiva, en sus opciones de desarrollo y la de sus familias.

En esta ocasión, el objetivo de la publicación es dar a conocer la situación actual de las mujeres en relación a los derechos sexuales y reproductivos, profundizando en la realidad de las adolescentes y de las mujeres inmigrantes que viven en la CAPV.

María Casilda Velasco, matrona, profesora en la Universidad de Jaén, voluntaria de medicushmani Andalucía y miembro de Red Activas, inicia su artículo realizando un repaso a los Derechos Humanos y la Salud, para dar paso a la situación actual de estos en el Estado español en comparación con la realidad de los países del Sur. Para ello, analiza la Ley Orgánica 2/2010 de Salud Sexual y Reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo. La autora muestra a su vez las consecuencias de los embarazos en adolescentes y la Interrupción Voluntaria del Embarazo, así como la medicalización del parto. Concluye exponiendo como las relaciones de la medicina con la Salud Reproductiva explicitan los estereotipos de género, presentándolos siempre como un problema.

Silvia Carrizo, periodista y presidenta de Asociación de Mujeres Inmigrantes Malen Etxea, y **Nilda Gorvein**, abogada y presidenta de la asociación Eraldatzen, inician el artículo "No hay libre ejercicio de los Derechos Humanos, si la mujer no puede decidir y elegir sobre su cuerpo" realizando un repaso de los textos internacionales que recogen la relación de los derechos de las mujeres con la protección de la salud sexual y reproductiva, desde la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas en 1979, hasta la actual Ley Orgánica 2/2010. Partiendo de ello comparten la experiencia de los talleres "Entre Nosotras" que llevaron a cabo con mujeres inmigrantes y vascas en el marco del proyecto "Construyendo nuevas actitudes, formaciones en Derechos Sexuales y Reproductivos y Equidad de Género", de Haurralde Fundazioa.

Bernardo Yarcinio López, miembro de la Asociación Nuevos Horizontes de Guatemala con la que realizamos proyectos conjuntos tanto en el Sur como en el Norte, nos muestra a través de su artículo la situación de los derechos sexuales y reproductivos en su país. A la hora de analizar esta realidad tiene en cuenta aspectos como las diferencias étnicas (Mayas, Xincas, Garífunas y mestiza), diversidad de idiomas, las características de una población predominantemente indígena, así como los valores culturales. Todos ellos, aspectos que permiten dar continuidad a patrones que estigmatizan los derechos sexuales y reproductivos, convirtiéndolos en un tabú.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN GUATEMALA

BERNARDO YARCINIO LÓPEZ

HABLAR DE DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN GUATEMALA, UN PAÍS CON DIFERENTES GRUPOS ÉTNICOS (MAYAS, XINCAS, GARÍFUNAS Y MESTIZOS), CON DIVERSIDAD DE IDIOMAS, POBLACIÓN PREDOMINANTEMENTE RURAL Y JOVEN, CON ALTOS PORCENTAJES DE POBREZA, POBREZA EXTREMA, CON MÁS DEL 40% DE LA POBLACIÓN INDÍGENA Y CON MÁS DEL 51% DE POBLACIÓN FEMENINA, SIGUE SIENDO UN TABÚ.

Las características genéricas, tales como la edad, el sexo, la etnia y el lugar donde se habita, están asociadas a desigualdades sociales en las oportunidades para el desarrollo personal, familiar y comunitario, a esto se suma la diversidad de religiones y valores inculcados en las diferentes culturas, que permite seguir repitiendo patrones culturales y religiosos que estigmatizan la temática de Derechos Sexuales y Reproductivos, poniéndola en un plano de prohibición y algo que corrompe a la sociedad por lo general en la adolescencia. El cuerpo de la mujer es utilizado como medio para vender y captar la atención de la población.

La radio, la televisión, las películas, las revistas y la música lanzan mensajes con imágenes y términos sexistas con los que se bombardea a la población. Niños, niñas y adolescentes tienen acceso sin restricción alguna a este tipo de información, dejando atrás la parte educativa y formativa e influyendo sobremanera en problemas de salud en estas edades, tales como: ITS, VIH, ansiedad, embarazos, depresión, inconformidad con su propio ser, frustración en su proyecto de vida, debilidad ante la presión del ambiente, formas inadecuadas de disfrutar su sexualidad, etc.

En la actualidad jóvenes y adolescentes mantienen relaciones sin compromisos, relaciones sexogenitales promiscuas y sin uso del preservativo; a lo que se suma el acceso a pornografía en Internet, redes sociales, falta de educación sexual y de acceso a métodos anticonceptivos. Todo ello, les convierte en más vulnerables a la violación de sus derechos sexuales y reproductivos.

Existe un alto porcentaje de embarazos en adolescentes (47.559 en el año 2010 y 49.231 en el 2011), esto, además de suponer una violación a los Derechos Sexuales y Reproductivos, provoca, a su vez, serias consecuencias físicas, psicológicas y sociales, siendo las mujeres el sector más afectado, ya que en su mayoría se convierten en madres solteras. Ello supone una discontinuidad en su asistencia a la escuela, dejan atrás sus proyectos de vida, no son aceptadas en puestos de trabajo por su condición de madre y se ven obligadas a la economía informal para su subsistencia y la de sus hijos e hijas. Además el porcentaje de mortalidad materna en adolescentes va en aumento (55 casos en el 2010 y 380 casos en el 2011), poniendo al descubierto la enorme violación a los derechos sexuales y reproductivos.

Existen embarazos en adolescentes que son resultados de prácticas culturales. En algunas comunidades, las mujeres se casan en contra de su voluntad y en edades a las que aún no están física y psicológicamente preparadas para asumir este tipo de responsabilidades. La existencia de costumbres que aún promueven las uniones forzadas entre adolescentes, es un claro ejemplo de vulneración de los Derechos Sexuales y Reproductivos.

Ante esta situación es necesario fortalecer los programas de educación integral de salud sexual en el sistema educativo público y privado, continuar la labor educativa e informativa de promoción y prevención de forma articulada con otras instituciones y organizaciones, tomando como base la comunicación social y la educación popular para la promoción de los Derechos Sexuales y Reproductivos, a través de procesos de información, sensibilización y capacitación a todos los sectores: estudiantes, padres y madres de familia, maestras y maestros y personal de salud por medio de campañas masivas de información, conversatorios, capacitaciones, ferias de la salud y otros.

Es necesario que las acciones se realicen en los idiomas maternos, considerando los factores sociales y culturales de cada comunidad para lograr resultados efectivos.



El acceso a la información sobre Derechos Sexuales y Reproductivos y a métodos anticonceptivos permitirá tomar decisiones informadas encaminadas a disfrutar de cada etapa de la vida y fomentar proyectos de vida tanto a nivel individual como familiar. Contribuirá a la reducción de embarazos en adolescentes, prevención de ITS y permitirá promover las relaciones iguales entre hombres y mujeres, disminuyendo la violencia contra las mujeres. A día de hoy, las mujeres siguen siendo el sector más vulnerable hacia la violencia, padeciendo una triple discriminación por el hecho de ser mujeres, indígenas y pobres.

El derecho a la información es clave y necesario para el disfrute de otros derechos humanos. Es el medio principal para que toda persona desarrolle sus capacidades y habilidades y pueda participar activamente en la sociedad.

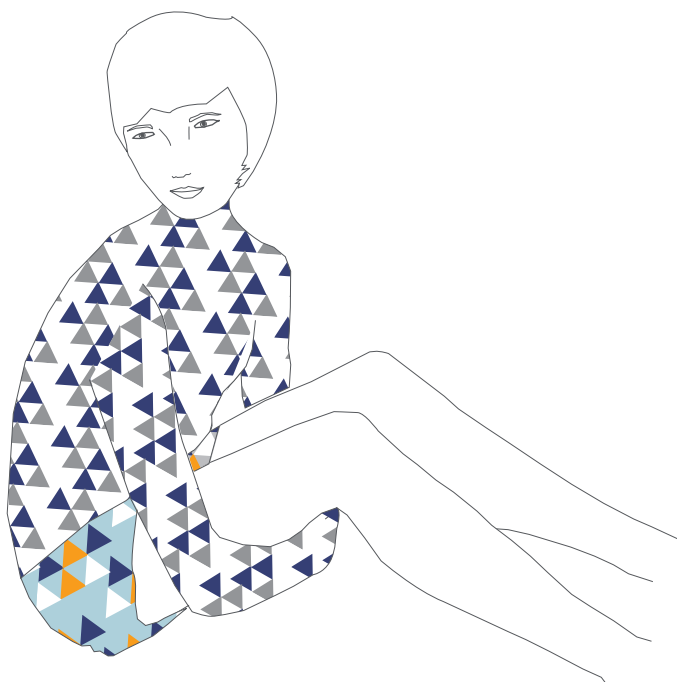
PARA PREVENIR, PARA DECIDIR..... SABER ES UN DERECHO

MUJERES CON DERECHOS LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA UN DERECHO HUMANO

M^a CASILDA VELASCO

LOS DERECHOS DE LAS MUJERES SE HAN IDO CONSIGUIENDO POCO A POCO A LO LARGO DE LA HISTORIA, A DIFERENTES RITMOS SEGÚN EL TIPO DE DERECHOS Y SEGÚN LA ZONA GEOGRÁFICA. SIN EMBARGO, AÚN HOY, NO TODAS LAS MUJERES HAN CONSEGUIDO DERECHOS

QUE PARA MUCHAS SE CONSIDERAN BÁSICOS, COMO EL DERECHO AL VOTO, A CONDUCIR, A TENER LOS HIJOS E HIJAS QUE SE DESEAN Y EN EL MOMENTO QUE LO DESEAN, AL ACCESO A SERVICIOS EDUCATIVOS O DE SALUD BÁSICA, ETC. .



La IV Conferencia de Naciones Unidas sobre la mujer celebrada en Pequín en 1995, reconoce que «los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva (SSyR), libre de presiones, discriminación y violencia».

En esta conferencia se define por primera vez y de forma explícita y con consenso de todos los países participantes, lo que es la salud sexual y reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos. Fue todo un cambio de paradigma, pasamos de la salud materno infantil a la salud sexual y reproductiva. Por primera vez a las mujeres se les considera algo más que su capacidad de reproducirse y de ser madres. Este cambio no ha sido fácil ni homogéneo y por ello, aún muchos países, entre ellos el nuestro, está ahora iniciando el cambio y el enfoque de la atención a la mujer, pasando de una forma de hacer y decidir la atención como una paciente, a una persona con derechos específicos en cuanto a su salud.

Se hace especial hincapié en el empoderamiento de las mujeres como elemento fundamental de todos los programas para que sea autónoma en todos los aspectos de su vida, especialmente en cuanto a su SSyR.

Pensar en salud sexual y reproductiva es superar los viejos esquemas de salud materno-infantil. La Salud materno infantil, está centrada en la reproducción, como una obligación, no como un derecho.

El papel reproductivo de la mujer (embarazo, parto y maternidad) las hace vulnerables a una serie de prácticas discriminatorias que se originan en la percepción de las mujeres como instrumentos para la reproducción y el cuidado de los hijos e hijas. Aunque los hombres no pueden quedarse embarazados, pueden cuidar de sus hijas e hijos.

En el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento aprobó la Resolución sobre salud sexual y reproductiva y los derechos asociados en el año 2001 y recomendó a los estados miembros poner en marcha mecanismos para poder desarrollarla. Y es ahora cuando en el Estado español aparece esta ley sobre Salud Sexual y Reproductiva, 15 años después de la conferencia de Pequín y casi 10 de la Resolución de la Unión Europea.

DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS EN EL ESTADO ESPAÑOL

Para el desarrollo de la ley orgánica 2/2010 debemos tener en cuenta no solo la salud sexual sino también la reproductiva en los diferentes ámbitos en los que debemos pensar y trabajar. Por otra parte, no debemos olvidar los derechos sexuales y reproductivos, bien definidos en las recomendaciones internacionales y a partir de esta ley tenemos un marco legal para poder desarrollar.

Lo primero que llama la atención de esta ley es que desarrolla más lo relacionado con la Interrupción Voluntaria del Embarazo que con la Salud y los derechos sexuales y reproductivos. Inicia con las definiciones de SSyR y con los principios y ámbitos de aplicación.

El preámbulo de la Ley nos dice que en el ejercicio de sus derechos de libertad, intimidad y autonomía personal, todas las personas tienen derecho a adoptar libremente decisiones que afectan a su vida sexual y reproductiva sin más límites que los derivados del respeto a los derechos de las demás personas y al orden público garantizado por la Constitución y las Leyes.

Se reconoce el derecho a la maternidad libremente decidida, y garantiza la igualdad de acceso de la salud sexual y reproductiva.

Quizá lo que más nos interese conocer es lo relacionado con las políticas públicas para la SSyR.



Los poderes públicos deben garantizar en el ámbito de sus políticas sanitarias, educativas y sociales una serie de objetivos, como la información y educación afectivo-sexual en los contenidos del sistema educativo, acceso universal a los servicios y programas de SSyR y a métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad, educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre SSySR, entre otras.

Por otra parte, está previsto el desarrollo de acciones informativas y de sensibilización sobre SSyR a través de los medios de comunicación.

En cuanto a las medidas en el ámbito sanitario, los servicios públicos de Salud garantizarán:

- La calidad de los servicios de atención en SSyR.
- Acceso universal a prácticas clínicas de Planificación de la reproducción mediante incorporación de anticonceptivos de última generación.
- Servicios de calidad para atender a las mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Un punto que nos parece crucial para poder llevar a cabo esta ley y que realmente consigamos un buen desarrollo de ella es la formación de profesionales de la salud que se realizará con perspectiva de género. Esto debe incluirse en los programas curriculares de las carreras relacionadas con las ciencias sociales. Formación de profesionales en SSyR y en programas de formación continuada.

Desde nuestro punto de vista, se va a necesitar de una gran inversión, no sólo económica, sino de formación y sensibilización para que ocurra el cambio entre profesionales.

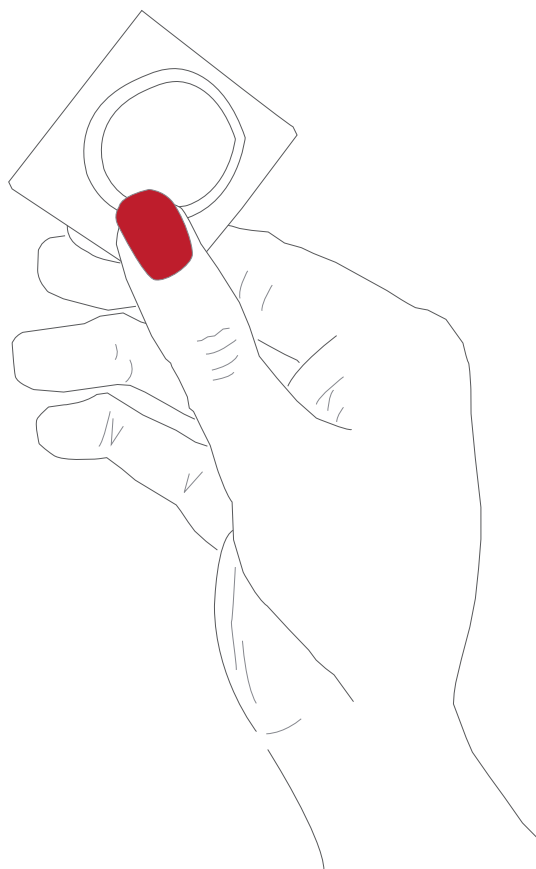
Finalmente, otro punto que puede hacer que el cambio de paradigma sea posible y que nos parece de gran relevancia es el relacionado con la incorporación de la formación en SSyR en el sistema educativo. Promoviendo una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad entre hombres y mujeres, con especial atención a la Violencia de género, agresiones y abusos sexuales. El reconocimiento y la aceptación de la diversidad sexual.

¿Cómo se va a poder poner en marcha esta ley? ¿Dónde está el personal profesional formado en esta perspectiva y con el enfoque adecuado?

Debemos estar alerta, el hecho de tener una ley no quiere decir que las cosas van a cambiar de forma inmediata. Es un avance, ya que tenemos una legislación en la que poder ampararnos, pero ésta no es suficiente.

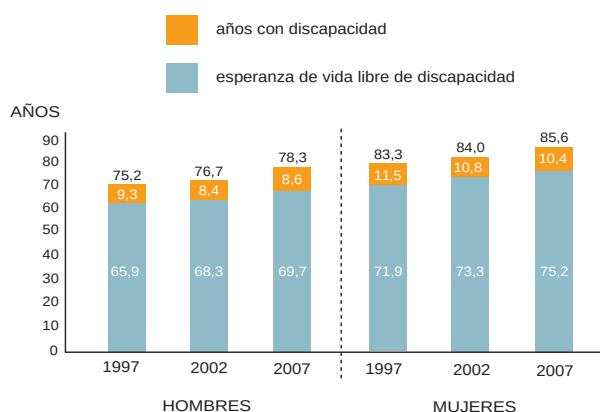
Algunos ejemplos de falta de salud o de mala salud en relación con los derechos sexuales y reproductivos en nuestro entorno.

Somos un país con un sistema de salud muy bueno, con una atención sanitaria de calidad y con acceso universal garantizado. Sin embargo, tenemos puntos negros en esta atención, sobre todo en lo relacionado con la salud de las mujeres. Vamos a analizar, someramente, algunos de estos problemas que a veces, contentos con lo que tenemos tan bueno, se nos olvidan los déficits que siguen existiendo en nuestra sociedad.



ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Sabemos que la esperanza de vida al nacer es mayor en las mujeres 84,9 (España) y 85,53 (Euskadi) años, que en los hombres, 78,9 años y 79,13 respectivamente (en el periodo que va de julio de 2010 a junio de 2011 dicho indicador ha disminuido muy ligeramente). Sin embargo, los hombres viven más años de vida en buena salud que las mujeres. A los 65 años, los hombres tienen 10,3 años de esperanza de vida en buena salud y 10,0 años las mujeres. Con información correspondiente al año 2007, los varones al nacer vivían el 81,2% de sus años de esperanza de vida en condiciones de buena salud frente al 74,8% de los años de esperanza de vida de las mujeres.



Los años vividos con discapacidad en Euskadi. Gobierno vasco. Departamento de sanidad.

PROGRAMA SALUD Y MUJERES. EMAKUMEAK ETA OSASUNA

Por lo tanto, las mujeres vivimos más años pero no vivimos mejor. La mortalidad que teóricamente se podría evitar en mujeres, es debida a varias causas, alguna de ellas, que originan las cifras más altas de años potenciales de vida perdidos, corresponden a afecciones originadas en el periodo perinatal (47,5 años); embarazo, parto y puerperio (44,8 años); malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (40,7 años); causas externas de mortalidad (27,2 años); enfermedades infecciosas y parasitarias (16,2 años), entre otras.

Debemos saber que una de las razones que contribuye a una peor salud de las mujeres es la incorporación de la mujer al mercado laboral, ya que no ha supuesto para nosotras un alivio de las tareas domésticas, con lo que nos enfrentamos a jornadas dobles o triples.

Casi el 100% de las mujeres entre 45 y 65 años dedica casi seis horas diarias a las actividades del hogar, mientras que entre ellos sólo lo hace el 71% y su dedicación no alcanza las dos horas y media por jornada. Más recientemente, según el estudio del Ministerio de Ciencia e Innovación, el tiempo medio de las mujeres al trabajo en el hogar es de 4,5 horas diarias, frente a 1,4 horas de los hombres.

Esta sobrecarga de trabajo, junto a la falta de tiempo libre, a empleos repetitivos y de escaso reconocimiento social, que lleva unido, en muchas ocasiones, una situación de dependencia económica, va mermando la salud de las mujeres, sobre todo en las clases sociales más bajas.

Por otro lado, el 84% de las cuidadoras son igualmente mujeres, cuya media de edad ronda los 52 años. Estos roles de ama de casa, cuidadora de personas dependientes y trabajadora remunerada suponen un exceso de funciones que termina teniendo efectos perjudiciales en la salud.

	FINLANDIA		ITALIA		ESPAÑA		INGLATERRA	
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES
Trabajo en empleo	3,5	2,3	4,1	1,5	4,2	2,6	4,1	2,2
Trabajo en el hogar	2,2	3,5	1,3	5,2	1,4	4,5	2,2	4,1
Ocio	5,5	5,1	5	4	5,1	4,2	5,2	4,5

TIEMPO MEDIO (HORAS DIARIAS) DEDICADO POR HOMBRES Y MUJERES A DIVERSAS ACTIVIDADES, INDIVIDUOS DE 20-74 AÑOS (2002)
Fuente: HETUS

MINISTERIO DE CIENCIA E INNOVACIÓN. LIBRO BLANCO. SITUACIÓN DE LAS MUJERES EN LA CIENCIA. 2011

SI ESTO OCURRE AQUÍ, PAÍSES DEL NORTE, CON LEGISLACIÓN IGUALITARIA, CON GOBIERNOS PARITARIOS ¿QUÉ OCURRE EN EL MUNDO?

En el mundo hay 580 millones de mujeres analfabetas, dos veces más que los hombres, y más de 70 millones de niñas no están escolarizadas. De los 210 millones de embarazos que ocurren cada año, se calcula que aproximadamente 46 millones finalizan en un aborto provocado. De ellos, 18 millones son abortos no seguros, que dan lugar a 65.000 muertes maternas. 120 millones de mujeres habrían preferido no tener su embarazo actual, pero no usan un método anticonceptivo. Se podrían haber evitado 100.000 muertes maternas por año si las mujeres hubieran tenido acceso a métodos de planificación familiar. Según la OMS, el 2% de las mujeres en edad fértil es infértil debido a un aborto provocado o de riesgo y el 5% sufre infecciones crónicas, lo que aumenta el riesgo de embarazos ectópicos, partos prematuros y abortos espontáneos en otros embarazos.

Cada día 6.000 niñas son mutiladas genitalmente, cada año mueren más de medio millón de mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Lo que equivale a como si cada 4 horas cayera un Boeing con 240 personas, todas mujeres y algunas muy jóvenes. Y esto cada 4 horas todos los días del año.

FALTAN ENTRE 100 Y 200 MILLONES DE MUJERES EN EL MUNDO

EMBARAZOS EN ADOLESCENTES

Consideramos que estos embarazos son una falta de salud porque una joven, que es madre a esa edad, tiene mayor riesgo de morbilidad materna, es decir, de padecer complicaciones durante su proceso de embarazo y parto, mayor riesgo de no dar el pecho al bebé o de sufrir maltrato durante el embarazo.

Por otra parte, una niña o adolescente que es madre, abandonará sus estudios, tendrá una formación profesional muy baja, con lo cual el mercado de trabajo al que pueda acceder será de muy mala calidad y más frecuentemente estará desocupada. Como consecuencia no podrá tener una independencia económica ni personal y será más vulnerable a sufrir violencia a lo largo de su vida.

Y me dirán ¿y que tenemos que ver el personal sanitario con esto? O ¿esto que tiene que ver con la salud? Yo creo que todo o mucho. Una joven adolescente se queda embarazada por-

que no hemos hecho bien el trabajo los servicios de salud. Ya que:

- Esta joven no ha tenido acceso a una educación sexual adecuada desde que es niña
- No ha tenido información adecuada para acceder a servicios de control de la concepción.
- No ha tenido acceso a educación dentro de la familia, quizá porque los padres tampoco tienen la suficiente información sobre estos temas.

La nueva ley dice en su preámbulo que pondrá al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

Probablemente, no tengamos o sean muchos menos los embarazos en adolescentes si trabajamos de forma adecuada.

Por otra parte, en su Artículo 5 define los objetivos de la actuación de los poderes públicos. Y podemos destacar lo que deben garantizar las políticas públicas, como ya hemos visto anteriormente:

- La información y la educación afectivo sexual y reproductiva en los contenidos formales del sistema educativo.
- El acceso universal a los servicios y programas de salud sexual y reproductiva. A métodos seguros y eficaces que permitan regular la fecundidad. A la eliminación de toda forma de discriminación,
- La educación sanitaria integral y con perspectiva de género sobre salud sexual y salud reproductiva.
- La información sanitaria sobre anticoncepción y sexo seguro que prevenga, tanto las enfermedades e infecciones de transmisión sexual, como los embarazos no deseados.

MUJERES QUE HAN DADO A LUZ DE 19 AÑOS Y MENOS EN ESPAÑA EN 2010 Y EN EUSKADI EN 2009

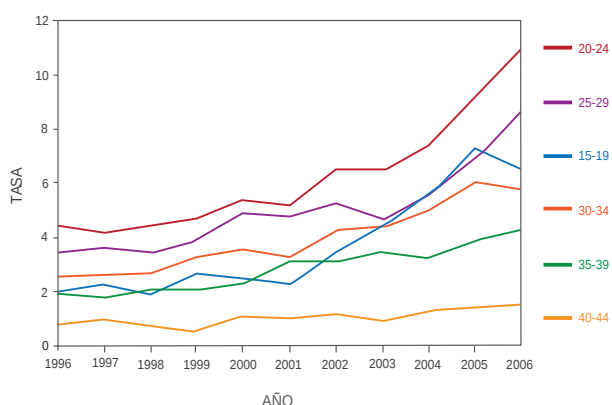
EDAD	ESPAÑA	EUSKADI
15 AÑOS Y <	555	11
16	1.027	24
17	2.017	36
18	3.485	56
19	4.736	93
TOTAL	11.820	220

Estas adolescentes embarazadas no han podido tener acceso a ninguna, o casi ninguna, de estas actuaciones. Deberíamos sentirnos responsables del número de embarazos en adolescentes, por las consecuencias que esto va a tener para esos cientos y miles de niñas que cada año son madres en nuestro país o en nuestra comunidad autónoma. Ha de considerarse como una falta de salud entre nuestras jóvenes

Además, hay que tener en cuenta que las adolescentes son un sector de la sociedad que va a demandar interrupciones voluntarias del embarazo. Las características socio-demográficas de las mujeres vascas que se sometieron a la IVE en 2006 fueron, en su mayoría, jóvenes de entre 25 a 29 años y cerca del 11% eran adolescentes (menores de 19 años).

Además de tener una ley de IVE, debemos asegurar las recomendaciones para mejorar la salud y derechos de estas mujeres. Algunas de las cuestiones que pueden surgir son: ¿De qué tipo son las IVEs que se realizan? ¿Por qué la mayoría son quirúrgicas y no farmacológicas? ¿quién decide el tipo de IVE que se realiza? En el siguiente cuadro podemos ver las IVEs realizadas en Euskadi según el grupo de edad.

TASAS DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN MUJERES RESIDENTES EN LA CAPV SEGÚN GRUPO DE EDAD. CAPV 1996-2006.



http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-publ01/es/contenidos/informacion/publicaciones_informes_estudio/es_pub/adjuntos/programaSaludMujeres.pdf

MEDICALIZACIÓN DEL PARTO

La medicalización del parto en el Estado español apareció a partir de los años 70, cuando hubo un gran desarrollo de los hospitales maternales y los partos pasaron de ser a domicilio realizados por matronas a ser en medio hospitalario realizado, mayoritariamente, por tocólogos. Un proceso normal, fisiológico, pasó a ser un proceso médico lleno de tecnología. Las mujeres en lugar de parir, dejamos que otras personas nos "hicieran" los partos: Pasamos a ser sujetas pasivas de nuestra fisiología más primaria. Nos dijeron como colocarnos, como empujar, donde parir, que lo mejor era no sentir nada y por tanto nos dormían, etc. El proceso más ancestral para el que siempre las mujeres habíamos sabido como realizarlo pasó a un acto del que ya no sabíamos nada, no éramos protagonistas de nuestro parto. El personal "experto" sabía más que nosotras de nuestro cuerpo, de lo que sentíamos o podíamos sentir, de como movernos, andar, respirar. El parto no era nuestro, sino de quienes sabían de esto.

Así, aumentaron de forma escandalosa las cesáreas, los partos se inducían ya fuera por necesidad del médico o por conveniencia de las mujeres, casi ningún parto era realizado sin episiotomía, etc.

Pero siempre ha habido mujeres pioneras en contra de lo establecido y aunque más tarde que en otros países del norte de Europa, en nuestro país un grupo de mujeres dijeron, "No, basta, el parto es nuestro y queremos que nos lo devuelvan". Por ello, ahora nos encontramos en todo un proceso de cambio para que las mujeres puedan decidir sobre como dar a luz, y ellas, las mujeres, bien informadas, decidirán que es lo que quieren para su parto.

En esta nueva Ley poco se habla de esto, aunque sí nos dice que la atención debe ser de calidad y con el mejor conocimiento disponible.

Por lo tanto, con la estrategia de parto normal del Ministerio de Sanidad se pretende que este proceso cada día sea más de las mujeres y menos del personal profesional.

El año 2007 Osakidetza atendió 18.134 partos, que representan el 88% de los partos de la Comunidad. La tasa de cesáreas en este año fue de 13,23%, muy inferior a la cifra global del Sistema Nacional de Salud, de 25,8%. Sin embargo, el 29,66% del total de partos que han tenido lugar en el sector privado se ha realizado mediante cesárea. ¿Cómo se puede explicar cuando se sabe que las patologías más importantes en este dominio de los partos estarán en el sistema público?

Hay otros muchos ejemplos de mala salud, ya que como dice Victoria Sau, "a las mujeres se les crean y dictan sus deseos y necesidades para justificar luego cualquier forma de intervención con el pretexto de que son ellas mismas quienes lo solicitan". Actualmente, estamos tanto desde los sistemas de salud como desde las propias mujeres intentando que los procesos normales se desarrollen con toda la seguridad que nos permiten los servicios de salud y los conocimientos tecnológicos pero con la mayor normalidad posible. Por ello, se



está trabajando para desmedicalizar procesos como la menopausia, la calidad y cantidad de la preparación a la maternidad que damos en nuestros servicios, el embarazo o dar una atención al puerperio, momento especial y muy sensible en la salud de las mujeres.

LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS GARANTIZAN LA CONVIVENCIA Y LA ARMONÍA SEXUAL ENTRE HOMBRES Y MUJERES, ENTRE ADULTOS Y MENORES, LOGRÁNDOSE QUE LA SEXUALIDAD Y LA REPRODUCCIÓN SE EJERZAN CON LIBERTAD Y RESPETANDO LA DIGNIDAD DE LAS PERSONAS, PERMITIÉNDOLE AL SER HUMANO EL DISFRUTE DE UNA SEXUALIDAD SANA, RESPONSABLE, SEGURA Y CON EL MENOR RIESGO POSIBLE.



NO RECORTES

POR LA
SALUD
SEXUAL Y
REPRODUCTIVA
UN DERECHO
DE TOD@S





EZ MURRIZTU

SEXU ETA
UGALKETA
OSASUNAREN
ALDE
GUZTION
ESKUBIDEA



CONCLUSIONES

Los avances en la ciencia están para ayudar, no para suplantar procesos normales. Los avances en la obstetricia son importantes para cuando hay un problema, lo que no se puede es que lo que sirva para un problema lo utilicemos hasta cuando estos no existen, que es lo que ha ocurrido con la medicalización de los partos o de la menopausia. Hay procesos normales que dejan de serlo y para estos casos está el avance de la ciencia no para medicalizar todos los procesos normales de las mujeres.

Los derechos sexuales y reproductivos van en la línea de desarrollar procesos normales, queremos decidir y tenemos el derecho a hacerlo. No queremos que se nos considere menores de edad toda la vida sólo por ser mujeres.

Se considera una atención de buena calidad la que provee máximo bienestar a la usuaria, desde el punto de vista de sus necesidades, expectativas, derechos humanos y empoderamiento, esto es, la apropiación de sus decisiones sexuales y reproductivas. Con mirada de género.

Si no incorporamos un enfoque de género, la calidad de atención en los servicios de preparto, parto y atención de aborto, refuerza las desigualdades basadas en los roles asignados socialmente. En forma explícita o implícita se castiga la sexualidad de las mujeres

La estrategia en salud sexual y reproductiva del Ministerio de Sanidad, puede ser un buen instrumento para poner en marcha en todo el país este nuevo paradigma en cuanto a la salud de las mujeres, igual que lo está siendo actualmente la estrategia del parto normal.

Muchas mujeres a lo largo de la historia han demostrado su capacidad y han luchado porque las mujeres de hoy podamos decir alto y claro cuales son nuestros derechos y podamos decidir sobre nuestros cuerpos y nuestras vidas.

“LAS RELACIONES DE LA
MEDICINA CON LA SALUD
REPRODUCTIVA
EXPLICITAN LOS ESTEREOTIPOS
DE
GÉNERO, NO
INVISIBILIZÁNDOLO, SINO POR
VISIBILIZARLO SIEMPRE COMO
UN PROBLEMA, COMO UNA
ENFERMEDAD”

NO HAY LIBRE EJERCICIO DE LOS DERECHOS HUMANOS, SI LA MUJER NO PUEDE DECIDIR Y ELEGIR SOBRE SU CUERPO

NILDA GORVEIN Y SILVIA CARRIZO

PARA ABORDAR EL TEMA DE DERECHOS SEXUALES Y DERECHOS REPRODUCTIVOS ES PRECISO RECORDAR EL SISTEMA DE GÉNERO Y ROLES ESTABLECIDOS, CÓMO ESTOS MODELAN NUESTRA VIDA INFLUYENDO EN TODOS LOS ASPECTOS DE LA VIDA, INCLUIDA LA FORMA DE VIVIR Y SENTIR NUESTRA SEXUALIDAD.



LOS DERECHOS SEXUALES Y LOS DERECHOS REPRODUCTIVOS TIENEN HISTORIA

En la actualidad, existe un amplio consenso expresado en distintos instrumentos internacionales acerca de la contribución esencial de la sexualidad y la capacidad reproductiva al bienestar individual de las personas, y en consecuencia, sobre la necesidad de que los poderes públicos integren la atención a estas áreas en las políticas públicas de salud.

El desarrollo de la sexualidad y de la capacidad de procreación está directamente vinculado a la dignidad de la persona y el libre desarrollo de la personalidad y es objeto de protección a través de distintos derechos fundamentales, que garantizan la integridad física y moral y la intimidad personal y familiar.

La decisión de tener descendencia y cuándo tenerla constituye uno de los asuntos más íntimos y personales que las personas afrontan a lo largo de sus vidas, e integra un ámbito esencial de la autodeterminación individual. Los poderes públicos están obligados a no interferir en ese tipo de decisiones, pero también deben establecer las condiciones para que se adopten de forma libre y responsable, poniendo al alcance de quienes lo precisen servicios de atención sanitaria, asesoramiento o información.

La protección de este ámbito de autonomía personal tiene una singular significación para las mujeres, para quienes el embarazo y la maternidad son hechos que afectan profundamente a sus vidas en todos los sentidos.

Cuando analizamos los mandatos de género y los roles que estos establecen, hay que romper la norma heterosexual, androcéntrica y eurocentrista, que domina el discurso, para incorporar la perspectiva de género y el respeto de las identidades y la orientación sexual de las personas. Pero aun cuando reflexionamos desde el feminismo, alguna de estas directrices de pensamiento se filtran en los razonamientos y nos olvidamos, por ejemplo, la relación etnia – sexualidad, clase – sexualidad, orientación sexual, etnia, clase y sexualidad.

No hay igualdad para el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el mundo, pero tampoco existe esa igualdad en nuestra sociedad, que definimos como democrática, liberal e igualitaria.

Hoy, en nuestro entorno sabemos, por ejemplo, que las mujeres extranjeras, trabajadoras internas, no tienen la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y derechos reproductivos igual que las mujeres autóctonas. Por la tanto, debemos admitir que en este como en otros

ámbitos de ejercicio de los derechos existen diferencias intragénero.

Además de mirar con perspectiva de género el sistema de roles, es importante mencionar el recorrido histórico que realizó el movimiento feminista desde mediados del Siglo XX hasta la actualidad para que se establezca como derecho de la mujer el disfrute del cuerpo, su sexualidad o la elección sobre su fecundidad, entre otros.

La dinámica del tiempo, la velocidad que adquiere el conocimiento a través de las nuevas tecnologías, muchas veces no nos permiten dimensionar el valor de los logros alcanzados por el movimiento feminista alrededor del mundo y en ese trasvaso generacional fallamos.

Hoy, el espejismo de igualdad es el dique que debemos romper y, en parte, fue creado porque no supimos poner en valor todos y cada uno de los logros obtenidos. Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos no fueron la excepción.



La especial relación de los derechos de las mujeres con la protección de la salud sexual y reproductiva ha sido puesta de manifiesto por diversos textos internacionales.

ONU 1979

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, adoptada por la Asamblea General mediante Resolución 34/180, del 18 de diciembre de 1979, establece en su artículo 12 que "los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia" y "... la máxima participación de la mujer, en igualdad de condiciones con el hombre, en todos los campos, es indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país, el bienestar del mundo y la causa de la paz." (CEDAW)

BEIJIN 1995

Posteriormente, la Plataforma de Acción de Beijing, acordada por 189 países en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en 1995, reconoció que "los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener el control y a decidir libre y responsablemente sobre su sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, libre de presiones, discriminación y violencia".

UNIÓN EUROPEA 2001

Asimismo, en el ámbito de la Unión Europea, el Parlamento aprobó la Resolución 2001/2128(INI) sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia, en la que se recoge un conjunto de recomendaciones a los Gobiernos de los Estados miembros en materia de anticoncepción, embarazos no deseados y educación sexual que tiene como base, entre otras consideraciones, la constatación de la enorme desigualdad que sufren las mujeres europeas en el acceso a los servicios de salud reproductiva, a la anticoncepción y a la interrupción voluntaria del embarazo en función de sus ingresos, su nivel de renta o el país de residencia

PERSONAS CON DISCAPACIDAD 2006

Del mismo modo, debe tenerse en cuenta la Convención sobre los Derechos de las Personas con discapacidad del 13 de diciembre de 2006, ratificada por Estado español, que dispone la obligación de los Estados Partes de respetar "el derecho de las personas con discapacidad a decidir libremente y de manera responsable el número de hijos que quieren tener [...] y a tener acceso a información, educación sobre reproducción y planificación familiar apropiados para su edad y se ofrezcan los medios necesarios que les permitan ejercer esos derechos", así como que "mantengan su fertilidad en igualdad de condiciones que los demás".

LEY ORGÁNICA 2/2010 SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

La finalidad de la Ley actual sobre Salud Sexual y Reproductiva es adecuar el marco normativo- español- al consenso de la comunidad internacional en esta materia, mediante la actualización de las políticas públicas y la incorporación de nuevos servicios de atención de la salud sexual y reproductiva. La ley parte de la convicción, avalada por el mejor conocimiento científico, de que una educación sexual adecuada, la mejora del acceso a métodos anticonceptivos y la disponibilidad de programas y servicios de salud sexual y reproductiva es el modo más efectivo de prevenir, especialmente en personas jóvenes, las infecciones de transmisión sexual, los embarazos no deseados y los abortos.

La Ley pretende abordar la protección y garantía de los derechos relativos a la salud sexual y reproductiva de manera integral. Introduce en el ordenamiento las definiciones de la Organización Mundial de la Salud sobre salud, tanto sexual como reproductiva, y prevé la adopción de un conjunto de acciones y medidas tanto en el ámbito sanitario como en el educativo.

Establece, asimismo, una nueva regulación de la interrupción voluntaria del embarazo fuera del Código Penal y que, siguiendo la pauta más extendida en los países de nuestro entorno político y cultural, busca garantizar adecuadamente los derechos de autonomía y libertad de las mujeres sin descuidar el interés en la protección de la vida prenatal.

Hoy, observamos que la derecha conservadora pretende restringir el tema del aborto y volver a la ley de 1985.

Este cambio, supondría una vuelta atrás para un país que ha aceptado y se ha adaptado al sistema de plazos, mayoritario en toda Europa. También implicaría una pérdida de derechos, como el de la “maternidad libremente decidida”, que recoge la norma de 2010.

Aunque la situación ha mejorado, al menos de manera formal, subsiste el hecho de que el androcentrismo sigue marcando profundamente el devenir de los Derechos Humanos, y de los órganos que trabajan en ese campo.

La Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, CEDAW, todavía requiere explicaciones. Existe otro desafío a la hora de combatir este androcentrismo en lo que respecta a los Derechos Humanos. La inmensa mayoría de las personas expertas de las Naciones Unidas y otros organismos internacionales son hombres, con excepción de la CEDAW. Y continuamente hay que demostrarles la importancia de la perspectiva de género con un enfoque de Derechos Humanos.

La Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer adoptada en 1979 por la ONU y ratificada por más de 100 estados abarca, entre otros aspectos de la situación de las mujeres, el capítulo de la salud reproductiva.

Es importante resaltar que ningún tratado de derechos humanos ha sido objeto de tantas resistencias y reservas por parte de los estados como esta Convención. La mayor parte de los estados no cumplen con los compromisos asumidos en la CEDAW, como es el caso de la gran mayoría de los países de Suramérica.

Qué sucede con estos tratados internacionales y con la modificación que se pretende hacer a la ley de salud sexual y reproductiva desde nuestra perspectiva:

- Creemos que existe un cierto grado de ineficiencia, cuando no indiferencia de los organismos internacionales en esta temática

- A pesar de los años transcurridos no se han establecido los mecanismos suficientes para exigir la responsabilidad de los estados por los incumplimientos de estos tratados.

- La falta de acceso de la ciudadanía a esas instancias.

- La impunidad es norma cuando se trata de la violación de los derechos humanos de las mujeres

- Durante demasiado tiempo la perspectiva de género ha sido irrelevante para organismos y estados, contemplando los derechos de las mujeres de una forma retórica.

El Vaticano y los estados conservadores musulmanes y católicos, con el respaldo de algunos países africanos y latinoamericanos, han continuado oponiéndose a la inclusión de diversos derechos sexuales en documentos de la ONU.

Tanto la Conferencia de Beijing, como las sesiones posteriores de la ONU—las revisiones de Beijing+5, Beijing+10 y Beijing+15 sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW, por sus siglas en inglés) celebradas por la Comisión de las Naciones Unidas en 2000, 2005 y 2010 respectivamente, las Sesiones Especiales de la Asamblea General de la ONU sobre el VIH/SIDA de 2001 y 2006 y la 59ª y 60ª Sesiones de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 2003 y 2004—fueron testigo de feroces batallas sobre temas relacionados con la sexualidad y la reproducción.

ACCIONES ENTRE NOSOTRAS

¿Cómo se viven estas disposiciones, este ordenamiento en

el cuerpo de las mujeres, más allá de las estadísticas, de los estudios y los informes? ¿Cómo vivimos esto las mujeres reales, las de carne y huesos, las mujeres trabajadoras, mujeres migrantes, mujeres lesbianas, mujeres tan iguales y tan diferentes unas de otras?

Este fue el desafío abordado en el ciclo de talleres “Entre Nosotras”, dirigido a mujeres inmigrantes y vascas, en el marco del proyecto Construyendo nuevas actitudes, formaciones en Derechos Sexuales y Reproductivos y Equidad de Género, de Haurralde Fundazioa.

A lo largo de estos talleres se abordaron temas como el sistema Sexo –Género / Equidad – Igualdad, los roles de género, estereotipos, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos, la Salud Sexual y la sexualidad, la sexualidad en los ciclos vitales de las mujeres, violencia sexual y violencia en la sexualidad, el derecho a una relación placentera, la situación de los derechos sexuales y reproductivos en los países origen, el empoderamiento sexual, entre otros.



Los objetivos planteados para estos talleres fueron:

- Identificar las diferencias entre los conceptos "sexo" y "género".
- Promover en las mujeres el conocimiento y el cuidado de su cuerpo
- Conocer los derechos sexuales y reproductivos
- Identificar situaciones en que los derechos sexuales y reproductivos no son respetados
- Impulsar el empoderamiento sexual de las mujeres

EXPERIENCIA RECOGIDA EN LOS TALLERES

Los motivos principales por los que el grupo de mujeres decidió participar en los talleres fueron el tema central, la posibilidad de adquirir conocimientos sobre sexualidad, conocer otras experiencias, profundizar e identificar los derechos sexuales y el hecho de compartir vivencias con otras mujeres.

Uno de los talleres desarrollados con mujeres inmigrantes consistió en simular juegos de rol, para resolver situaciones de la vida real, como por ejemplo, el embarazo en adolescente y el embarazo no deseado. Cabe destacar que en ningún grupo se planteó la posibilidad de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE) como una respuesta para solucionar el problema.

Sin embargo, los estudios realizados por la ACAI (Asociación de Clínicas Acreditadas para IVE) muestran que un porcentaje importante de las mujeres que atienden son extranjeras. Las mujeres suramericanas son las que más han recurrido al aborto (54% de los casos), el doble que las procedentes de países del Este y casi el triple que las africanas. En cuanto a las mujeres asiáticas, sólo un 1,38% de las encuestadas procedían de esta zona del mundo.

Según el informe, es frecuente que las mujeres tengan ya uno, dos o más hijos e hijas, bien aquí o en sus países, por lo que la IVE no entraría en conflicto con la maternidad no satisfecha. Otra de las razones por las que deciden abortar es la no corresponsabilidad de la pareja. Entre los motivos económicos más comunes a todas las mujeres inmigrantes, cualquiera que fuera su país de origen, destaca el temor a perder el trabajo o a reducir los ingresos ante la expectativa de dedicar parte del tiempo al cuidado de la nueva criatura y los gastos que implica. Aspectos incompatibles, para muchas de ellas, con las responsabilidades adquiridas de envío regular de dinero a sus países. Este contraste refleja como la decisión de IVE se sigue viviendo con culpa y pesar, y no como una opción más, cómo un derecho de la mujer.

Las asistentes a los talleres utilizaron este espacio exclusivo con mujeres para mitigar dudas sobre la sexualidad y desmitificar conceptos. Existía en los grupos una percepción de lo que está bien y lo que no, bajo una mirada aprendida desde el machismo. La concepción de que el varón tiene "necesidades", "urgencias" en materia de placer sexual que no tienen las mujeres o que determinadas prácticas sexuales "no se hacen" o que "no son cosas de una mujer decente". Todo ello aunque nos parezca una forma de pensar medieval, aún existe, y se debe abordar desde el trabajo grupal, sin olvidar el plano político social y económico.

“LA POBREZA CONDICIONA SINGULARMENTE EL EJERCICIO DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES, ADEMÁS DE MUCHOS OTROS DERECHOS. LA COMBINACIÓN MACHISMO –POBREZA DEJA A LAS MUJERES SIN LA POSIBILIDAD DE EJERCITAR SUS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS, Y LA SUMERGE EN UNA SEXUALIDAD ANDROCÉNTRICA, FÁLICA Y FUNCIONAL AL PLACER DEL VARÓN”.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

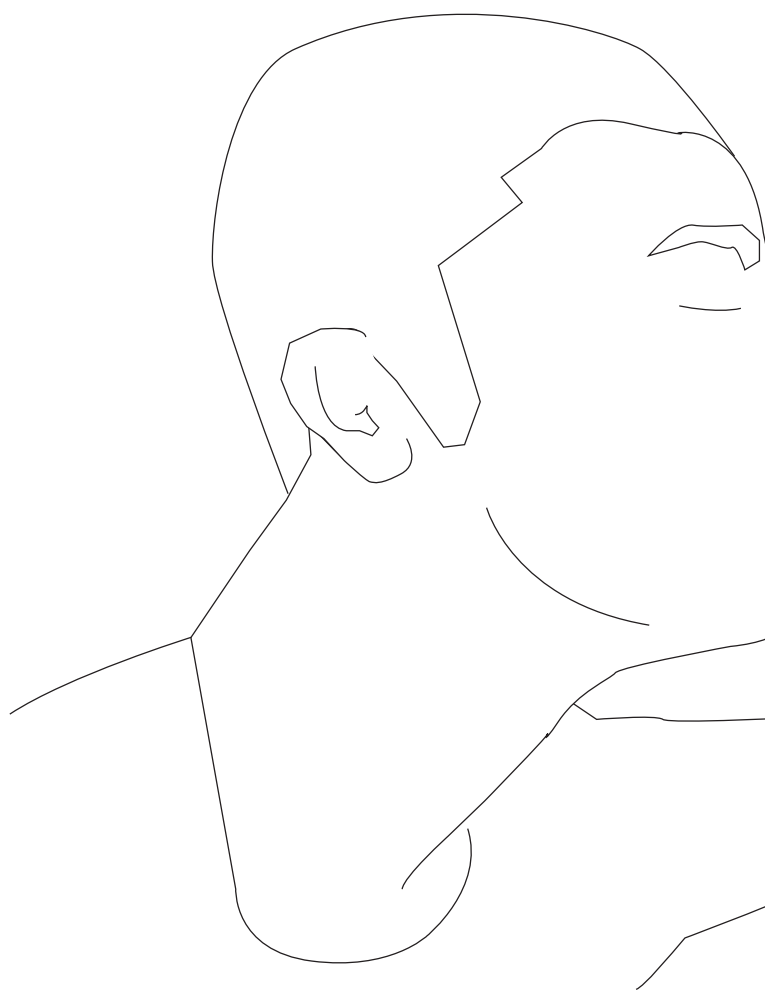
Es necesario matizar que el objetivo de los talleres no es imponer una idea única sobre la sexualidad, ya que cada cultura tiene el derecho de construir su propia visión de la sexualidad y merece ser respetada.

Es importante tener en cuenta que cada persona inmigrante trae de su país de origen una determinada visión de la sexualidad, la reproducción, los roles de género, el cuerpo humano, la belleza que difiere considerablemente de la visión occidental sobre estos temas.

Toda persona tiene derecho a mantener su visión y sus propias creencias sobre estos temas y a manejarse en su vida con ellas. Pero para ser merecedoras de ese respeto es imprescindible estar dentro del marco de los derechos humanos y de la igualdad entre mujeres y hombres.

En el caso de las mujeres inmigrantes, de acuerdo a lo recogido en los talleres, suelen verse más perjudicadas por concepciones coito-céntricas de la sexualidad, y sufren en mayor medida el control y las limitaciones en la vida sexual que las sociedades imponen. De hecho, suelen ser las que en general, tienen más limitadas sus libertades, y una de las primeras que se recortan son las libertades en el área de la sexualidad y la reproducción.

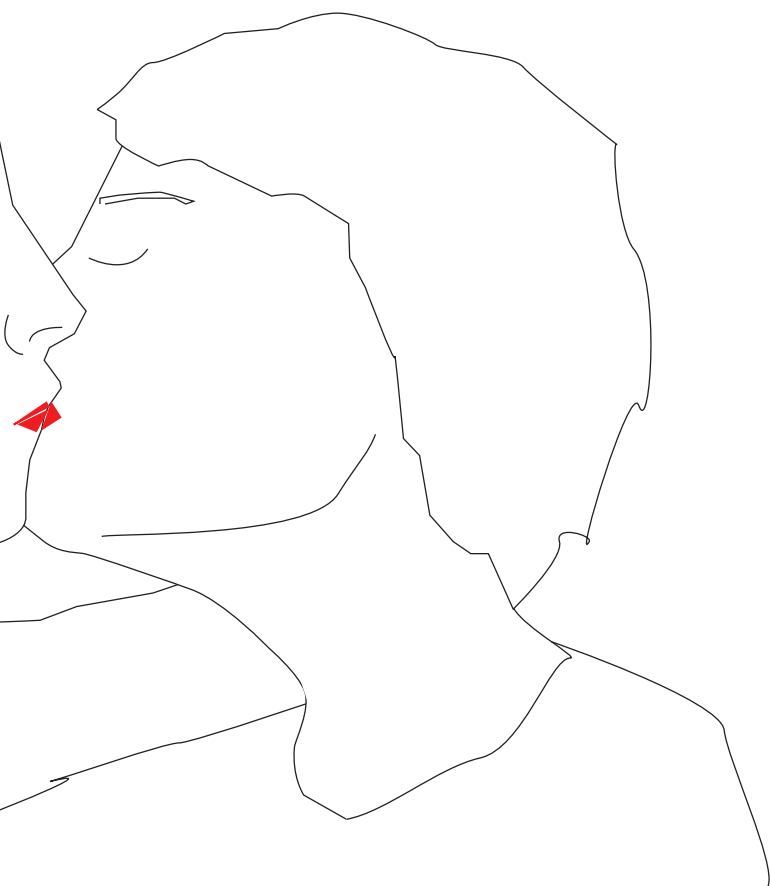
Lo cierto es que para muchas mujeres resulta muy complicado conocerse en lo referente al plano erótico y aprender a valorar su sexualidad fuera de la reproducción, aprender sobre su placer y su satisfacción. Para muchas mujeres las relaciones eróticas son algo que proporciona placer a su pareja (no tanto a ellas mismas), algo que utilizan para consolidar relaciones amorosas pero que ellas mismas viven con desagrado o con poco deseo. Muchas veces, se trata de relaciones poco apropiadas para que la mujer pueda disfrutar también en ellas. Nos encontramos con casos en los que la reproducción se concibe como la entrega a otro, "darle un hijo/a" como compensación, como pago aun sabiendo que ese hombre no se va hacer cargo de esa paternidad.



En el plano político, económico y social, los derechos sexuales y reproductivos, en general, y el ejercicio de una sexualidad plena por parte de las mujeres inmigrantes, en particular, se ve condicionado y vulnerado por una cuestión de clases.

¿Puede haber un ejercicio pleno de la sexualidad en condiciones de hacinamiento?, ¿en pisos donde un fin de semana pueden pernoctar 10 -12 personas?, ¿en habitaciones compartidas? La vivienda es un factor que condiciona el ejercicio de la sexualidad.

En el caso de las mujeres inmigrantes el empleo es el gran condicionante de su sexualidad. Es sabido que la mayoría de las mujeres extranjeras trabajan en el servicio doméstico; que el 98 por ciento de las trabajadoras de hogar en modalidad de internas son extranjeras y que más de la mitad pernocta en el lugar de trabajo los 365 días del año y sólo dispone de algunas horas libres el fin de semana. Podemos pensar que esa mujer tiene las mismas posibilidades que otra para ejercer libremente su sexualidad. Muchas de estas trabajadoras ni siquiera tiene el espacio de intimidad necesario para masturbarse,



Por último, es necesario mencionar la influencia de la religión en el cuerpo de las mujeres inmigrantes. La derecha neoconservadora está aprovechando los flujos migratorios para reavivar discursos medievales a través de la Iglesia Católica Apostólica Romana, iglesias evangélicas, pentecostales y musulmanas. Las mujeres inmigrantes no tienen posibilidades de incidir directamente sobre la vida política de este país, básicamente porque son un grupo minoritario de la población y no tienen derecho a voto.

Es importante como mujeres entender esto para tejer alianzas, ser empáticas y poder llegar lo más claramente posible con nuestras reivindicaciones políticas, que en derechos sexuales y derechos reproductivos podemos decir que son:

DERECHO A DECIDIR, COMO UN ASUNTO DE DERECHOS HUMANOS, JUSTICIA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA

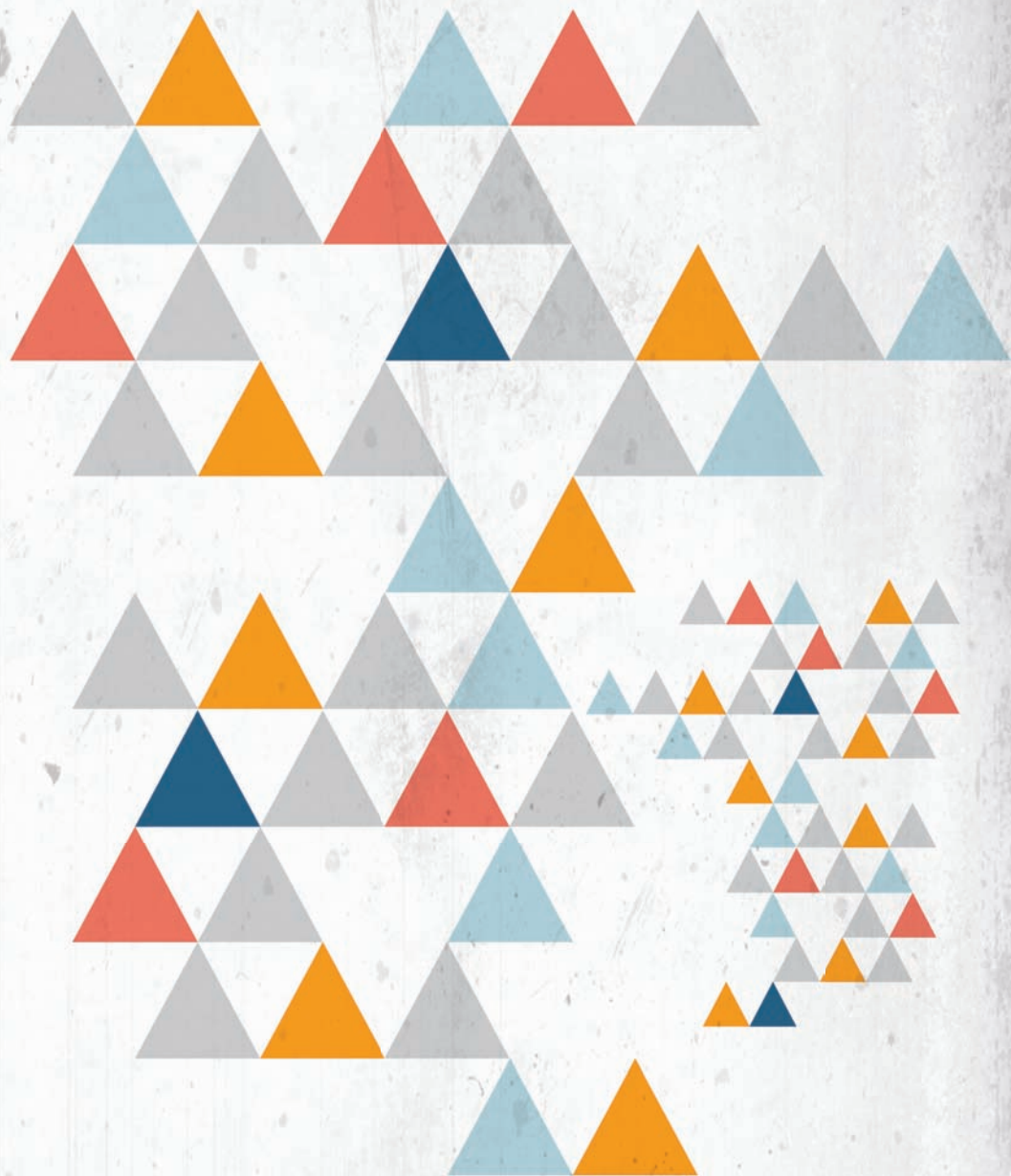
EL DERECHO A LA INTEGRIDAD FÍSICA, ES DECIR A LA INTEGRIDAD DE NUESTROS CUERPOS EL DERECHO A UNA VIDA SEXUAL Y REPRODUCTIVA PLENA Y SANA

NUNCA MENOS.

autosatisfacerse, porque comparten la habitación con la persona que cuidan o les obligan a mantener la puerta de su habitación abierta. Hasta en los derechos reservados a las decisiones personales, a la vida privada, la condición de clase limita su libre ejercicio.

A esto podemos sumar factores como la alimentación, el estado de ánimo, la disponibilidad de tiempo de ocio, las relaciones afectivas en este país. Todo ello, influye en la salud sexual y reproductiva de la mujer inmigrante.

También hay que considerar la situación social, el manejo del idioma, la redes, las diferencias ideológicas con respecto a la sociedad de origen, los papeles asignados a hombres y mujeres, la integración laboral, la situación económica, la situación legal y burocrática, las ideas con respecto a los propios derechos y deberes, el conocimiento de los recursos, la autoestima, las creencias sobre el amor y las relaciones, las situaciones de soledad o aislamiento que influyen enormemente en la salud sexual de las mujeres inmigrante.



FOTOGRAFÍAS: TXELU ANGOITIA Y VANESA HERNÁNDEZ
DISEÑO Y MAQUETACIÓN: ZURIA DÍAZ