

Manual de Capacitación

en promoción de la Salud Sexual y Reproductiva
y prevención del VIH, sida
e infecciones de transmisión sexual



Dirigido a Oficiales de la Fuerza Armada de El Salvador

GUÍA PARA FACILITADORES/AS

EL SALVADOR 2009



616.979 2

E49m El Salvador. Ministerio de la Defensa Nacional.
Manual de capacitación en promoción de la salud sexual y reproductiva y prevención del VIH, sida e infecciones de transmisión sexual: dirigido a Oficiales de la Fuerza Armada: guía para facilitadores/as. Ministerio de la Defensa Nacional, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). – 1a. Ed. – San Salvador, El Salv.: Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 2009. 250 p.: il.; 28 cm.

ISBN 978-99923-65-16-8

1. Enfermedades transmisibles- Prevención Manuales. 2. Enfermedades venéreas-Educación Manuales. 3. Enfermedades terminales-Prevención. 4. Educación sexual. 5. Educación para la salud-Manuales. I. Ministerio de la defensa Nacional, coaut. II. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), coaut. III. Título.

BINA/jmh

RESPONSABLE DE ELABORACIÓN:

Ministerio de la Defensa Nacional

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE:

Cnel. y Dr. Ricardo Antonio Cuéllar Mendoza,
Comandante del Comando de Sanidad Militar y Director del Proyecto SLV6R208 «Fortalecimiento de la Respuesta al VIH-SIDA e ITS y Promoción de la SSR en la FA de El Salvador».

Tte. Cnel. y Dr. Mariano Mendoza Lara,
Coordinador del proyecto SLV6R208

Lic. Elvira Ramírez,
Psicóloga del proyecto SLV6R208.

PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN

Myr. Inf. DEM César Wilfredo Villalta Ángel
Licda. Brenda Yetty Sánchez de Guzmán

CONSULTORA RESPONSABLE:

Licda. Verónica J. Díaz López

ASISTENCIA TÉCNICA y FINANCIERA:

FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

Dr. Mario A. Morales Velado,
Gerente de Salud Sexual y Reproductiva, UNFPA

Lic. Lydia Hortensia Lemus,
Consultora de Educación y Capacitación en SSR,
UNFPA

IMPRESIÓN:

GRAFICOLOR S.A DE C.V.

TIRAJE:

500 EJEMPLARES

AUTORIDADES INSTITUCIONALES

Jorge Alberto Molina Contreras

General de División

Ministro de la Defensa Nacional

Marco Antonio Palacios Luna

Vice Almirante

Viceministro de la Defensa Nacional

Eduardo Ernesto Mendoza Morales

General de División

Jefe del Estado Mayor Conjunto de la Fuerza Armada

William Igdali Moreno Segovia

General de Brigada

Subjefe del Estado Mayor Conjunto de la Fuerza Armada

Ricardo Antonio Cuéllar Mendoza

Coronel y Doctor

Comandante del Comando de Sanidad Militar

INDICE

I	PRESENTACIÓN	8
II	JUSTIFICACIÓN	9
III	METODOLOGÍA	11
IV	PERFIL DEL O LA FACILITADOR/A	12
V	DESARROLLO DEL MANUAL	16

Unidad 1 “Equidad de género y mejoramiento de la calidad de vida”

1.	Situación y conceptualización de género en el ámbito mundial.	18
2.	Avances logrados en la equidad de género y la igualdad de derechos humanos.	25
3.	Manejo de las consecuencias de las relaciones inequitativas de género .	41
4.	Aplicación del enfoque “Enfoque o perspectiva de género” en la vida personal y profesional.	46
5.	Aplicación de la equidad de género a la acción de la Fuerza Armada Salvadoreña en el ámbito externo e interno.	49
	Glosario	51
	Referencias bibliográficas	81

Unidad 2 “Salud Sexual y Reproductiva”

1.	Identificación de los derechos sexuales y reproductivos del hombre y de la mujer en la vida institucional y del país.	85
2.	Reconocimiento de los aspectos que afectan a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, por la inequidad de género en la sociedad.	99

3. Incidencia del enfoque de género en la sexualidad de adolescentes, en la paternidad irresponsable, mortalidad materna, uso de anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.	106
4. Análisis de la situación actual de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en El Salvador con enfoque de género y derechos.	125
5. Análisis de la salud sexual y reproductiva en la Fuerza Armada.	132
6. Aplicación del enfoque de Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada Salvadoreña en el ámbito externo e interno.	135
Glosario	146
Referencias bibliográficas	174

Unidad 3 “Prevención de ITS – VIH - Sida”.

1. Análisis de la influencia de hábitos y comportamientos en la salud personal y en la solidaridad con la salud de las personas.	181
2. Síntomas, consecuencias y prevención de las ITS más comunes.	186
3. Epidemiología del VIH y sida en El Salvador y en el mundo.	218
4. Aspectos físicos, psicológicos y sociales relacionados con las personas con VIH o sida.	221
5. Aplicación de acciones de prevención en VIH y sida y de solidaridad hacia las personas que viven con el VIH en la Fuerza Armada.	228
Glosario	241
Referencias bibliográficas	248



MENSAJE DEL SEÑOR COMANDANTE DEL COMANDO DE SANIDAD MILITAR
CORONEL Y DOCTOR RICARDO ANTONIO CUÉLLAR MENDOZA

El presente material educativo ha sido elaborado en el marco del esfuerzo conjunto realizado por el Ministerio de la Defensa Nacional, el Programa de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en la ejecución del Proyecto “Fortalecimiento de la Respuesta al VIH y sida e Infecciones de Transmisión Sexual y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador”.



De esta manera, el Ministerio de la Defensa Nacional a través del Comando de Sanidad Militar, fortalece los esfuerzos de prevención por medio de la educación en las temáticas de Salud Sexual Reproductiva, Infecciones de Transmisión Sexual y VIH, sida, en todas las Escuelas de Formación Militar de la Fuerza Armada, contribuyendo con ello al cuidado de la salud de la población militar.

La Fuerza Armada como parte de la población general, no está exenta de las consecuencias de la pandemia del VIH sida, es por ello que a través del Comité de Prevención y Control del sida (COPRECOS FUERZA ARMADA EL SALVADOR), se desarrollan las acciones de promoción, prevención, educación y atención integral relacionadas con el VIH, sida para la población militar y su grupo familiar.

A través de este material educativo dirigido a Docentes y alumnos, se espera contribuir a la formación de población militar con información actualizada, encaminando su comportamiento al cuidado de la salud reproductiva, siempre en el marco de los derechos humanos y con equidad de género.

De esta manera se contribuye a la profesionalización de la población militar y se fortalece la educación para la vida, lo cual redundará en beneficio propio, del grupo familiar y de la población en general.

I- PRESENTACIÓN

El “Manual de capacitación en promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención de el VIH, sida e infecciones de transmisión sexual” para facilitadores/as surge como respuesta a los esfuerzos realizados por las distintas escuelas de formación de la Fuerza Armada (FA) y el Plan de Adiestramiento, para lograr la incorporación de contenidos temáticos sobre Salud Sexual y Reproductiva (SSR), Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), en los diferentes planes de estudio, con la contribución del proyecto “Fortalecimiento de la respuesta al VIH y sida e Infecciones de Transmisión Sexual y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador”, auspiciado por ONUSIDA/SRH y UNFPA.

Para enmarcar las acciones de incorporación de contenidos de buen nivel en esta temática, se esbozó una serie de elementos que dan cuerpo a un marco conceptual, de forma que dichos contenidos sean actualizados y cuenten con enfoques transversales de género, atención integral en SSR, sexualidad como parte de todo ciclo de vida, Derechos Humanos, VIH y sida, enfatizando sobre la lucha contra el estigma y la discriminación.

Los modelos curriculares incorporados en los distintos niveles de formación de la Fuerza Armada, permitirá que los contenidos plasmados en las guías educativas elaboradas estén acorde a las necesidades de cada una de las Escuelas de Formación de la Fuerza Armada, desde el nivel básico de soldados hasta el nivel superior de oficiales.

Con esto se pretende que el esfuerzo que la Fuerza Armada de El Salvador realiza desde la educación para la prevención y atención de la Salud Sexual y Reproductiva, el VIH y sida, sea sistematizado, acorde a las necesidades específicas de su población y forme parte de la respuesta de la ONU en su resolución 1308.

El presente manual contiene 3 unidades subdivididas en 5,6 y 5 temáticas respectivamente, cada una de las unidades presenta una introducción, objetivos y desarrollo de las temáticas.

Las temáticas han sido ordenadas de manera continua y coherente, para enriquecer el proceso educativo de los/as estudiantes.



II- JUSTIFICACIÓN

Desde hace un poco más de 26 años el mundo empezó a conocer una nueva enfermedad cuyos orígenes, causas y consecuencias eran desconocidos. En sus inicios la mayoría de sus víctimas fueron hombres que tenían sexo con hombres, hemofílicos y haitianos por lo que se pensó que únicamente la podían padecer algunos sectores de la población.

El desconocimiento sobre como se transmitía y como no se transmitía, hizo que desde sus primeros momentos las personas que la padecían fueran duramente estigmatizados y discriminados; esta situación no ha cambiado mucho a pesar de los muchos esfuerzos que se hacen y del conocimiento que se tiene de la manera cómo se trasmite la enfermedad.

Poco tiempo después y casi simultáneamente Francia y Estados Unidos anunciaban al mundo que habían aislado el virus que provocaba esta mortal enfermedad, desde entonces se conoce como el Virus de Inmunodeficiencia Humana VIH, causante del Síndrome de inmunodeficiencia Adquirida sida.

Con el correr del tiempo se descubrió que el VIH no afectaba únicamente a hombres que tienen sexo con hombres, sino a todas aquellas personas hombres y mujeres que tienen múltiples parejas o encuentros casuales sin protección. Es más en la última década los indicadores dicen que el VIH esta afectando cada vez más a las mujeres y es lo que se denomina “feminización de la pandemia”.

Desde que inició la epidemia del VIH, ahora **pandemia** porque se encuentra diseminada en todo el mundo, han muerto a causa del sida aproximadamente 20 millones de personas y entre 30 y 40 millones se encuentran infectadas por el VIH.

En El Salvador el primer caso de sida se presentó en 1984 y ahora 24 años después contamos con 12,404 casos de VIH y 8,264 casos sida totalizando 20,668¹ personas portadores/as de la enfermedad, las estadísticas informan que en este país se infectan cada día de 4 a 6 personas aproximadamente. Es de suma importancia tener en cuenta que si estos datos son alarmantes, el número de personas infectadas puede ser mayor debido al sub registro existente, el cual puede darse por varios motivos, no todas las personas positivas se han realizado exámenes o bien porque los exámenes han sido tomados en clínicas privadas y el resultado no ha sido reportado al sistema nacional de salud.

Se reconoce que el VIH y sida afecta diferentes esferas de la sociedad: salud, seguridad alimentaria, fuerza de trabajo, productividad, índice de desarrollo humano, deserción escolar y además “es una amenaza para la seguridad de los países” volviéndolo una emergencia internacional por el que todos y todas tenemos que trabajar para frenar dicha pandemia.

1.- Base de datos del Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA. 2004- 2007

*Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-sida. SUMEVE. 2008



La población uniformada corre el riesgo de ser más vulnerable debido a:

- 1.- Contar con población acuartelada y joven
- 2.- Otros comportamientos que comparten con la sociedad en general se describen a continuación:
 - A.- La alta movilidad a la que sus elementos se ven sometidos, alejándolos de sus familias por períodos prolongados.
 - B.- El desconocimiento sobre las medidas de prevención a tomar en cuenta.
 - C.- Los patrones machistas con los que han sido educados, que les enseña a tener múltiples parejas y sin protección.
 - D.- La ausencia de hábitos en los hombres para cuidar su salud y buscar ayuda médica.
 - E.- La poca o nula capacidad de la mujer para negociar el uso del condón.

Con los factores de riesgo antes mencionados el VIH, el sida y otras ITS influyen en la preparación de la FA, representan una amenaza para el desempeño de funciones secundarias vitales como son el responder a desastres naturales y la colaboración con otros países en misiones de paz. Ya que los soldados desplegados al extranjero pueden contribuir a la propagación del VIH y/o llevarlo a sus comunidades de origen una vez concluida la misión.

Es por ello que el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (ONU) en el año 2000, emitió la resolución 1308 que manifiesta:

“Teniendo presente la responsabilidad primordial que tiene el Consejo de mantener la paz y la seguridad internacional, 1) expresa su preocupación por las consecuencias adversas que podía tener el VIH y sida en la salud del personal internacional de mantenimiento de paz incluyendo el personal de apoyo...3) pide al secretario general que adopte medidas adicionales para impartir formación al personal de mantenimiento de la paz en cuestiones relativas a la prevención de la propagación del VIH y sida y a este respecto que siga avanzando en las normas de orientación antes del despliegue y la capacitación permanente sobre estas cuestiones para todo el personal de mantenimiento de paz; 4) alienta a los Estados miembros interesados a que incrementen la cooperación internacional entre sus órganos nacionales competentes para prestar asistencia en la elaboración y ejecución de políticas de prevención, examen y asesoramientos voluntarios y confidenciales y tratamiento en relación con el VIH y sida para el personal que vaya a ser desplegado en operaciones internacionales de mantenimiento de paz”.

En consideración a la resolución 1308 y en busca de una respuesta regional estructurada, las Fuerzas Armadas de 19 países de América latina unificaron esfuerzos para formar el Comité de Prevención y Control del sida a nivel Latinoamericano, COPRECOS-LAC, a nivel Centroamericano con la participación de cuatro países (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua) han conformado en el marco de la conferencia de las Fuerzas Armadas Centroamericanas COPRECOS-CFAC.

COPRECOs Fuerza Armada de El Salvador en respuesta a dicha iniciativa entre otras acciones se propone de manera continua y sistemática educar, prevenir y brindar atención integral en Salud Sexual y Reproductiva, ITS, VIH y sida, a todos los hombres y mujeres que la conforman, introduciendo la temática en las Escuelas de Formación Militar para lo que se ha elaborado el presente **“Manual de capacitación en promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y prevención de el VIH, Sida e infecciones de transmisión sexual”** que servirá como guía para desarrollar tan importantes temáticas.

III - METODOLOGÍA

Para la elaboración de estos materiales educativos en SSR, derechos sexuales y reproductivos, equidad de género, VIH y sida dirigido a jóvenes y adultos de la Fuerza Armada de El Salvador, se plantea una metodología problematizadora, participativa, reflexiva y lúdica.

Esto se hace con la finalidad de que la persona que reciba el conocimiento encuentre la información significativa y funcional en otras palabras que le guste y lo motive a seguir buscando información referente al tema, que sienta que le puede ser de utilidad en su vida, llevándole a modificar conductas aprendidas con anterioridad para su propio beneficio ayudándole a resolver efectivamente diferentes problemáticas a las que se enfrente.

Por lo tanto, para que la educación sea efectiva y especialmente en el caso de la promoción de la Salud Sexual y Reproductiva y la prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo el VIH y sida, se hace necesario que tanto docentes como alumnos/as retomen los conocimientos previos aprendidos y adquiridos durante su proceso de socialización con la familia, escuela y otros, para que hagan una reestructuración del conocimiento motivándolos a un cambio de comportamiento; con esto no se quiere decir que lo aprendido con anterioridad sea bueno o malo, simplemente que necesita ser modificado para obtener una mejor efectividad en las respuestas esperadas.

En este proceso de promoción, prevención y atención de la Salud Sexual y Reproductiva, las ITS y el VIH-sida es de suma importancia que cada uno/a que sea beneficiado con este material saque sus propias conclusiones, las que podrá poner en práctica ayudándole a cuidar su salud de manera integral y a prevenir diversas infecciones relacionadas con sus prácticas sexuales.

La metodología se plantea de tal forma que lleva al/a alumno/a a confrontarse con sus prácticas habituales en SSR a través de dinámicas que le hagan reflexionar, cuestionarse y aprender en conjunto; de esta manera si colaboramos en la transformación de la educación es posible que tengamos una población mejor informada, con capacidad de decidir y planificar su vida redundando en beneficios físicos y mentales para sí mismo y su entorno.

Es importante que cada sesión de aprendizaje, inicie con una actividad que permita al grupo introducirse en un clima de confianza y comodidad emocional; partiendo de un diagnóstico inicial sobre los conocimientos y actitudes sobre el tema que se va a analizar.

Una vez que se ha iniciado la sesión de aprendizaje, es importante estar atentos a reorientar y a aprovechar cualquier situación para que el clima de confianza se mantenga y para que el aprendizaje sea efectivo.

IV - PERFIL DEL O LA FACILITADOR/A

Con el paso del tiempo se ha creado la conciencia de que un/a buen/a facilitador/a es aquel o aquella que inspira confianza y entusiasmo a las personas que orienta, capaz de generar el diálogo y el respeto de la palabra y opiniones de cada persona; por lo que es importante plasmar algunos elementos que le serán valiosos como características que deberá cultivar y funciones que tendrá que poner en práctica para ser un/a buen/a facilitador/a en la tarea de planear, realizar y evaluar las sesiones de trabajo educativo.

Una de las características de un/a buen/a facilitador/a es el respeto a las diferencias individuales, pues cada persona cuenta con información propia que ha ido adquiriendo a través del tiempo con su propia experiencia de vida y con diferentes necesidades de aprendizaje que resolver.

Un/a facilitador/a será además un/a profesional con conocimientos de la temática y con la disposición de hacerse cargo de la organización, conducción y evaluación de actividades de aprendizaje.

Entre sus funciones más importantes se encuentran: alentar al grupo, mantener la comunicación abierta con y entre los/as participantes, comprender el contenido de la información que va a socializar, evitar juzgar a los/as participantes, reconocer los límites de sus propios conocimientos, mantener un ambiente de confianza, respetar las opiniones distintas a las suyas, promover la participación de todos/as, ayudar a reconocer problemas y a buscar soluciones, reconocer y respetar los distintos ritmos de aprendizaje de cada participante, aliviar la tensión en situaciones difíciles, proveer contención cuando sea necesario, promover el respeto y la tolerancia y dar apoyo adicional a los/as participantes que lo requieran.

El/a facilitador/a busca que el aprendizaje sea significativo, es decir que la realidad cobre un significado distinto a la luz del nuevo conocimiento; y que sea funcional, para que logre ser efectivamente utilizado por la persona.

Por lo antes mencionado, es necesario partir de situaciones de la realidad que requieren de soluciones, contar con información especializada y actualizada, técnicas que permitan la discusión, elaboración de conclusiones, argumentaciones, generalizaciones y de confrontaciones con actitudes que requieran de cambios para que favorezcan el aprendizaje significativo y funcional.

Con estos materiales educativos se espera contribuir al desarrollo personal y profesional de cada uno y una de los integrantes de la población uniformada de las escuelas de formación militar. El propósito final es la modificación, enriquecimiento y adquisición de hábitos sexuales y reproductivos saludables y que puedan todos y todas juntos y juntas frenar la pandemia del VIH y el sida dentro de Nuestra Fuerza Armada.

V- DESARROLLO DEL MANUAL

UNIDAD

1

**“Equidad de género y mejoramiento
de la calidad de vida”**

INTRODUCCIÓN

La crítica situación de la salud sexual y reproductiva en todos los países de América Latina y el Caribe, no escapa a la influencia de las condiciones sociopolíticas y económicas de los últimos años, que han afectado severamente el desarrollo de los países y por consiguiente la condición de vida de sus pobladores.

A esto se suma una situación de profunda desigualdad de índole económica, social y de género entre las personas, que entorpece los esfuerzos por mejorar la calidad de vida; haciendo que cada vez el número de personas sin acceso a salud, educación y trabajo se incrementen, favoreciendo las condiciones de pobreza².

Ante la deteriorada situación de salud, las acciones de salud sexual y reproductiva en los países de la región se fortalecen a partir del seguimiento a los lineamientos del Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo celebrada en Cairo y la IV Conferencia de la Mujer celebrada en Beijing.

Durante siglos la cultura occidental se ha asentado entre otros en el principio que las mujeres son diferentes de los hombres, inferiores y “dependientes”, sustentado además en el criterio arraigado de la mujer como sexo débil y el hombre fuerte y agresivo. Esta forma de pensamiento llegó a convertirse en un modo de conducta, creando determinados estereotipos.

Desde la antigua Grecia ya se les asignaba a los dioses las cualidades masculinas de fuerza y vigor y a la mujer la belleza, la sensualidad, además de ser pasivas. Sin embargo hoy estamos en condiciones de pensar que no son los factores biológicos los que limitan la participación de la mujer, sino que son factores socioculturales los que están incidiendo con gran fuerza.

A lo largo de todo el siglo XX la participación social de la mujer ha ido creciendo, interviene en el mercado laboral, lo cual ha permitido ganarse un espacio y sumarse a un movimiento reivindicativo en busca de mejorías y garantías sociales; además del derecho ganado de participar en la política y ascender a cargos públicos, y en especial la lucha por el derecho a decidir sobre su condición de gerente de la conservación de la especie humana.

El desarrollo industrial permitió la entrada de la mujer en la dinámica político-administrativa y creó una visión diferente que rompe viejos paradigmas sobre su participación en la vida social.

Algunos autores de los Estados Unidos comenzaron a utilizar el término de género en lugar de sexo para designar las dimensiones psicológicas, culturales y sociales de la masculinidad y la feminidad, y mientras que sexo se utilizaba para designar las distinciones dicotómicas entre hombres y mujeres, basadas en las características fisiológicas que están determinadas genéticamente. Por consiguiente las diferencias entre sexo y género estaban destinadas a clarificar lo biológico frente a lo cultural.

Esto ocurrió hace más de 25 años, aunque el término de género ha sido definido de varias maneras:

- » Como una construcción social e histórica producto de la cultura, lo cual establece que es lo propio del hombre y de la mujer, que se aprende a través del proceso de socialización.
- » Como la manera en la cual los roles, actividades, valores y realizaciones que afectan a hombres y mujeres se construyen socialmente en todo el mundo.
- » También género designa lo que en cada sociedad se distribuye a cada uno de los sexos, es una construcción social el hecho de ser mujer o de ser hombre y la interacción entre ambos, estableciendo las diferentes relaciones de poder y subordinación que se presentan.

Como resultado de estas tendencias, las actitudes tradicionales hacia las diferencias de sexo, los hábitos de crianza de los niños, la masculinidad y feminidad, y el concepto de lo que es o no socialmente "adecuado" referido a la conducta asignada al rol sexual o de género; han experimentado considerables cambios³.

La equidad de género y salud reproductiva interconecta sexualidad, reproducción y género desde una perspectiva que entiende que las relaciones sexuales y la reproducción se encuentran fuertemente influidas por las relaciones de poder entre hombres y mujeres y las inequidades entre los géneros.

Esto supone ir más allá de la provisión de servicios médicos y de métodos anticonceptivos masculinos y femeninos para adoptar un enfoque más amplio que pretende incorporar cuestiones claves tales como las identidades de género, las prácticas sexuales, la violencia de género, la masculinidad y la importancia de los factores socio-culturales, siendo de esa manera se contribuya a transformar las relaciones en pro de la equidad de hombres y mujeres.

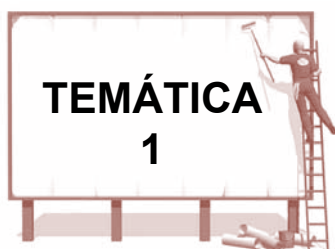
3.- <http://www.monografias.com/trabajos38/equidad-del-genero/equidad-de-genero.shtml>

OBJETIVOS

Que las y los participantes:

- » Obtengan una mirada introductoria sobre la aplicación de la perspectiva de género en el análisis de las relaciones sociales que originan las desigualdades entre mujeres y hombre.
- » Identifiquen las formas de la violencia inmersas en nuestra cultura y sociedad.
- » Tomen conciencia del manejo del enfoque de género como signo de bienestar y de salud en la vida personal e institucional en la FA.

DESARROLLO DE TEMÁTICAS



SITUACIÓN Y CONCEPTUALIZACIÓN DE GÉNERO EN LAS DISTINTAS ÉPOCAS EN EL ÁMBITO MUNDIAL

La perspectiva de género y su alcance.

La sociedad patriarcal se ha venido construyendo y cimentando, desde muchos siglos atrás, perdurando de generación en generación a través de múltiples mecanismos de socialización, asignando roles y mandatos, imponiendo permisos y prohibiciones, claramente diferenciados según se nace con sexo de hombre o de mujer, construyéndose así los géneros masculino y femenino de modo tal que las diferencias biológicas se convierten -como si ello fuera ley natural- en desigualdades de derechos y oportunidades, en discriminaciones, desventajas, opresiones, desvalorizaciones y violencias en contra de las mujeres que son sometidas al poder de los varones.

También el sistema patriarcal oprime a los hombres; sin embargo, la toma de conciencia de género de ellos que les impulse a realizar cambios es muy difícil debido al poder, privilegios y ventajas de que gozan en este tipo de sociedad.

Los cambios hacia la progresiva deconstrucción y equidad de género, más allá de la voluntad de los hombres, se imponen y no sólo por el avance feminista sino por múltiples factores que vienen caracterizando el cambio de época que estamos viviendo⁴.

La teorización sobre el género se sitúa como uno de los desarrollos ulteriores y más significativos de los feminismos contemporáneos. Se consolida en la década de los 90, que ve multiplicados, cuantitativa y cualitativamente, sus programas, seminarios, cursos, publicaciones y centros, vinculados o no a la academia, tras un proceso en el que han intervenido numerosos actores: los movimientos nacionales y mundiales de las mujeres y los grupos feministas, los organismos internacionales, las organizaciones no-gubernamentales y las mujeres que se han dedicado a ellos y/o ocupan cargos públicos, que les permiten impulsarlos.

Hasta la consolidación de los estudios de género pueden distinguirse tres etapas. El itinerario arranca con los denominados 'estudios de las mujeres' que nacieron en Estados Unidos y algunos países europeos, en la segunda mitad de los años 60, bajo la denominada segunda ola del feminismo o movimiento de mujeres. A partir de 1970, se transforman en los 'programas interdisciplinarios de los estudios de mujeres' o 'estudios feministas' y, más tarde, en los 'estudios de género'. Estos estudios se centraron primeramente en la crítica a los sesgos sexistas, implícitos en las teorías tradicionales y la propuesta de su deconstrucción. Más tarde, en el esfuerzo por la reconstrucción de la realidad filosófica y científica desde una perspectiva feminista⁵.

Desde la perspectiva de su formulación, la teorización del género, tiene como antecedentes:

- a) Las Teorías de las diferencias. Subrayan que la posición y la experiencia femenina, en la mayoría de las situaciones, son diferentes a las de los hombres en idéntica situación. Proponen explicaciones biosociales de la diferencia, institucionales o de carácter biopsicológico.
- b) Teorías de la desigualdad. Señalan que la posición de las mujeres, en la mayoría de las situaciones, no sólo es diferente a la de los hombres sino menos privilegiada o desigual.
- c) Teorías de la opresión. Destacan que las mujeres no sólo son diferentes y desiguales, sino que se hayan oprimidas, activamente constreñidas, subordinadas, moldeadas, usadas y son objeto de abuso por parte de los hombres. Ofrecen diversas explicaciones de la opresión, en sentido psicoanalítico, radical-feminista, socialistas-feministas.

4.- Robert W. Connel: La organización social de la Masculinidad.

5.- Beck, Ulrich. 1995. "A reinvencao da politica: rumo a uma teoria da modernizacao reflexiva". En Modernizacao reflexiva: politica, tradicao es estetica na orden social moderna.Org. Ulrich Beck, Anthony Giddens y Scott Lash. São Paulo, Brasil: Ed. Unesp.

No fue casual que los primeros cursos de estudios de las mujeres se impartieran en las áreas de literatura e historia, si consideráramos que la literatura es menos hermética y más pronta para incorporar la aportación de las mujeres. La historia tenía como objetivo preguntar por los orígenes de la discriminación de la mujer en el pasado, pero era una historiografía escrita por hombres que únicamente reflejaba las figuras de las reinas ocultando a la mayoría de las mujeres. ¿Hasta qué punto ese mismo procedimiento podía modificarla?

Los estudios de las mujeres desde sus inicios se vincularon estrechamente a la política feminista. De ésta adquirieron su orientación y estrategias, como la enseñanza universitaria, con el fin de formar nuevas generaciones de feministas, y con ello, producir un nuevo tipo de conocimiento capaz de atacar y contrarrestar el patriarcado desde las instituciones de Educación Superior. Así podría iniciar el desmantelamiento del machismo y el fin de la opresión y liberación de las mujeres. Pero la institución universitaria es tan fuerte que se puede permitir la participación de algunas feministas.

La categoría del género aunque aparece a mediados de los sesenta, fue adoptada con posterioridad por todas las disciplinas y los estudios de las mujeres. Con ella se busca establecer un campo de investigación aceptable, desde el punto de vista académico, y legítimo para las diversas disciplinas. Más tarde, fue vinculada a las categorías de clase, raza y/o etnicidad y orientación sexual, desencadenando el debate acerca del predominio entre ellas.

Se trata de una categoría primaria de análisis que se caracteriza por ser relacional, vinculante y de la interpretación de la estructura invariable- aparentemente - y rebeladora de la inequidad⁶. Su punto de partida es la experiencia de las mujeres y el énfasis en el poder diferencial que existe entre hombres y mujeres. En ese sentido su objetivo inmediato y a futuro es la transformación de las relaciones sociales, y, en particular de la situación desventajosa de las mujeres.

Tales estudios representan un tipo de conocimiento crítico y alternativo que asume el carácter situado y no-universal del conocimiento, un sujeto condicionado por las fuerzas sociales y una verdad (contextual) expresada a través de los esquemas conceptuales que dependen de cada cultura frente a los referentes tradicionales del conocimiento: el (supuesto) observador neutral unido a un modelo de universalidad del conocimiento y la verdad.

En el trasfondo se halla la idea de integrar sujeto y objeto, además de reemplazar las dicotomías que impregnan nuestro conocimiento por modos dialécticos de analizar el yo, la persona y la sociedad. De esta forma, se podría acceder a una comprensión más localizada de la política y su vinculación con las diferencias entre las mujeres.

La teoría del género asume que cada sociedad y cultura, de acuerdo a su visión de la diferencia sexual natural, articula su estructuración social y moldea los 'ideales' de la masculinidad y la feminidad, prescribiendo conductas complementarias y excluyentes para los hombres y las mujeres (premisas de género) que garantiza a través de una serie de imperativos de acción o prohibiciones (mandatos de género). Este proceso de construcción diferencial de los seres humanos ha sido elaborado por el sistema patriarcal a lo largo de un proceso histórico-social y refleja una categorización superior de las cualidades y funciones masculinas, junto a su universalización. Así establece una asimetría previa que genera relaciones desiguales de poder (dominación-subordinación) en detrimento de las mujeres.

La socialización en el género inicia desde la etapa intrauterina o desde el momento que el ultrasonido devela el sexo anatómico del feto. Esa ideología se reproduce a través de la socialización y con la educación logra garantizar su alcance al mayor número de sujetos. Los efectos de las premisas y prescripciones de género pueden ser rastreados a través de la subjetividad, la vida privada y la condición de los hombres y las mujeres en el ámbito público.

El peso y la recepción de una cultura ancestral que ha normalizado y naturalizado determinados patrones de relación entre los hombres y las mujeres, les convierte de modo diverso en víctimas. Los hombres aprendieron a genitalizar y relativizar la relación con las mujeres, mientras que éstas, a alienarse de sí mismas, afectivizando y siendo incondicionales en su relación con los hombres.

El concepto analítico de "género", introducido a principios de los ochenta, pretendió superar ese enunciado esencialista y universalista según el cual en última instancia la "biología es destino". Trasciende el reduccionismo biológico al centrar el análisis en las relaciones entre mujeres y hombres entendidas como construcciones culturales. La teoría de género hace hincapié, además, en que las identidades de género se constituyen recíprocamente y que, por lo tanto, para comprender la experiencia de ser mujer en un contexto histórico concreto es imprescindible tener en cuenta los atributos del ser hombre. Así, del mismo modo que no se puede pensar al amo sin el esclavo, tampoco puede pensarse, no por una razón existencial, sino epistemológico-política, a las mujeres sin los hombres⁷.

Desentrañar las identidades y las condiciones de género es clave para comprender las relaciones de poder y los procesos de comunicación en distintos ámbitos de la familia, la comunidad y la sociedad, así como de una sociedad a otra. Se relaciona con la necesidad de esclarecer el significado que tiene el ser hombre y ser mujer, los procesos que conducen a ello, los aprendizajes más favorecidos, manejos de poder y violencia en distintos ámbitos, discriminación y derechos humanos⁸, etc.

7.- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres, Primera Edición, DIF, México, 1997, Pág. 51.

8.- www.cholonautas.edu.pe / Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales

Sin embargo, como lo apunta Pedro Antonio de Alarcón. (Granada España), “No debe existir una predeterminación de que los hombres son por esencia machistas y las mujeres son feministas”. Los hombres pueden ser feministas en el momento en que se concientizan de la subordinación/explotación que sufren las mujeres y pasan a reivindicar junto a ellas, la libertad y la igualdad. También cuando revisan su papel de dominadores, explotadores y se dan cuenta de que eso está mal (ya que también los perjudica) y buscan la igualdad de los géneros. Una mujer puede ser machista cuando reproduce actitudes discriminadoras en relación a ambos sexos, por ejemplo cuando pone al hombre en una situación de dominación/fuerza sobre ella, asumiendo un rol pasivo y débil.

La equidad de género se convierte así no sólo en un problema del desarrollo, sino en un asunto de derechos humanos. De allí surge la necesidad de comenzar a iniciar el papel de los hombres y de las masculinidades en la construcción de las relaciones de poder entre los géneros y en la sociedad en general, como una de las estrategias para superar las dificultades encontradas en el camino hacia la equidad de género, entendida ésta como una propuesta de construcción de ciudadanía, de vigencia de derechos humanos y de combate a la pobreza.

Lo que se intenta, desde esta línea de discusión, es indagar cómo se construye el poder patriarcal, cuáles son los privilegios del poder masculino, y también cómo la construcción de estos privilegios implica el ocultamiento de ciertas fragilidades⁹. La apuesta es por la desbiologización de las identidades masculinas como un primer paso para que hombres heterosexuales empiecen a entender que sus vidas están marcadas por su condición sexuada y que las responsabilidades y privilegios que esta construcción sexuada les otorga tienen que ser asumidas¹⁰. Así mismo, se parte del reconocimiento de que el derecho a ejercer poder implica para los hombres construir determinadas relaciones y responder a presiones que producen dolor, aislamiento y alienación en relación consigo mismos, a otros hombres y a las mujeres¹¹.

La masculinidad hegemónica se presenta con saldo negativo para hombres y para mujeres, las identidades masculinas son entendidas como producto de un orden cultural que define tanto el sistema de dominación entre géneros como las jerarquías y competencias entre hombres. De esta desnaturalización de la masculinidad se deriva la posibilidad de repensar la relación de los hombres con la inequidad de género y de mirar a los hombres en las estrategias de desarrollo, más allá de su rol de dominadores, también como posibles agentes de cambio¹².

Se ha hablado mucho de la opresión que sufren las mujeres en el contexto social y cultural occidental en el que vivimos inmersos e inmersas. Siguiendo el discurso crítico de las mujeres, estas sociedades occidentales han sido acertadamente calificadas

9.- Kauffman 1995

10.- Greig, Lang y Kimmel 2000

11.- Kauffman 1995:123

12.- Greig, Lang y Kimmel 2000:5

como pertenecientes a una “Cultura patriarcal”, entendiéndolo por ello una organización cultural donde los valores asociados a lo que se entiende como “lo masculino”, por una parte, se nos muestran como importantes, valiosos y deseables.

Por otra parte, los valores asociados a lo que se entiende como “lo femenino” se nos muestran como secundarios, menos importantes y, en consecuencia, no tan deseables como los primeros. Por otra parte se trata de una cultura opresiva, que divide y enfrenta a las personas de muchas maneras. Una de ellas, a la que hemos hecho alusión, sería el “Sexismo” o discriminación de las personas por motivo de su sexo; otra lo sería el “racismo” o discriminación por motivo de la raza de pertenencia; otra el “heterosexismo” caracterizado por la homofobia que discrimina a homosexuales y lesbianas por motivo de la orientación del deseo sexual; y otra, la expresión política más característica y radical, sería “el fascismo”, caracterizado al igual que todos los anteriores “-ismos” por la intolerancia a lo diferente y la estratificación en ciudadanos y ciudadanas de primera, de segunda y de tercera clase en función de su sexo, color de la piel, religión, ideología política u orientación del deseo sexual, entre otros muchos aspectos y que configuran las distintas caras del mismo fenómeno patriarcal o cultura patriarcal que estamos intentando perfilar.

Por tanto, podemos decir que el Patriarcado potencia relaciones de opresión y de poder entre las personas, dividiéndolas en categorías y subgrupos sociales. Enfrenta a los grupos de población, unos contra otros, como forma de control y de imposición de los valores considerados más importantes, mejores o “sagrados”.

Se ha hablado mucho de la opresión que sufren las mujeres en este contexto social y cultural occidental, que hemos calificado como “patriarcal” y en el que vivimos inmersos e inmersas. Y esto es algo comprensible, puesto que quienes han ejercido esta crítica han sido, fundamentalmente, las mujeres. Al menos han desarrollado la parte crítica correspondiente a la denuncia de las formas de opresión social que sufren las mujeres por ser mujeres y que hemos denominado “sexismo”. Y esta es una parte importante de la historia.

La otra parte la estamos comenzando a escribir los hombres que, desde los grupos de reflexión y toma de conciencia o “Grupos de Hombres” nos venimos reuniendo desde los años setenta (mediados de los ochenta en el Estado Español) en una labor de reflexión crítica con respecto a estas formas de opresión social y a los condicionantes tanto culturales como educacionales a los que las personas estamos sometidas desde el mismo momento de nuestro nacimiento e incorporación social en una cultura que separa y enfrenta a las personas en los dos sexos reconocidos oficialmente: los hombres y las mujeres.

Es importante reflexionar acerca de cómo esta estructura social y cultural en la que vivimos hombres y mujeres nos está afectando a unos y a otras, tanto en las vivencias de los niveles o espacios privados de la vida como en los espacios públicos de la misma.

En caso contrario, estaríamos contando una historia incompleta y, por lo tanto, injusta. Es hora de que los hombres hablemos y denunciemos también cómo esta estructura de poder que nos impregna nos está oprimiendo como colectivo de hombres y nos está dificultando, cuando no impidiendo, la posibilidad de conseguir una vivencia plena de la vida¹³.

Hablar de lo masculino y lo femenino desde una perspectiva de género implica realizar una primera afirmación: las culturas construyen los modos de “ser mujer” y de “ser varón”. Al decir de Simone De Bouvoir “La mujer no nace, se hace”. Podríamos extender la misma idea hacia la construcción del varón; no nace sino que se hace.

Y nos construimos como mujeres y como varones en un complejo entramado cuyos hilos refieren a aspectos socioculturales, históricos, políticos, económicos, familiares.

La idea de oposición y complementariedad de lo femenino y lo masculino forma parte de la construcción del pensamiento dualista de la cultura occidental. Lógica dualista que ha asociado lo femenino con la pasividad y la afectividad, mientras que a su “contraparte y complemento” masculino lo ha asociado a la actividad y la razón¹⁴.

Los hombres encuentran rituales de confirmación de su masculinidad, a través de espacios en los cuales se recrean relaciones sociales, y que no dejan de generar ambigüedad en los propios “participantes”.

Los deportes “extremos” y los violentos, con sus rituales y símbolos configuran modelos para los espectadores, quienes por el solo hecho de observar recrean actitudes y comportamientos confirmatorios: el lenguaje, las modalidades de demostrar y transmitir afectos, la competitividad, las posiciones adoptadas en torno al televisor en un partido de fútbol. Las imágenes masculinas del poder están asociadas a la dominación.

La violencia masculina es analizada en tres categorías por Kaufman¹⁵: hacia sí mismo, hacia las mujeres, hacia otros hombres. Por otra parte, sostiene que la masculinidad al ser una construcción cultural, la torna frágil. En esta dirección, analizando los actos de violencia sexual y doméstica perpetrados por varones afirma que son una demostración de la necesidad de confirmación del ser varón, al mismo tiempo que prácticas de ejercicio de la dominación.

Si bien se ha avanzado en los conocimientos que aportan los Estudios sobre Masculinidad, aún persisten los embates desde la Sociobiología y las Ciencias Biomédicas en la búsqueda constante de la inscripción genética y su correlato en el ordenamiento social de las relaciones entre los géneros.

13.- Al-Garaia, Sociedad de Sexología - Pedro Antonio de Alarcón, 13 1º Izda - Granada - 18005 - 958.523.491 - consultas@informacionsexual.com

14.- Scott, J: “El género, una categoría útil para el análisis histórico”, Ed. Alfons el Magnanim, Valencia, 1990

15.- Kaufman, M.: “La construcción de la masculinidad y la tríada de la violencia masculina” en Hombres. Placer, poder y cambio”, . Ediciones Populares Feministas. Colección Teoría, 1989.



AVANCES LOGRADOS EN LA EQUIDAD DE GÉNERO Y LA IGUALDAD DE DERECHOS HUMANOS

Cumbre del Milenio +5

En setiembre de 2005, en las Naciones Unidas se realizó la Cumbre del Milenio +5 con el objetivo de evaluar el progreso de las metas de la Declaración del Milenio de la ONU, aprobada por 150 jefes de estado en septiembre de 2000.

El Objetivo de Desarrollo del Milenio No. 3 consiste en “Promover la igualdad entre lo géneros y la autonomía de la mujer”. En la Plataforma de Acción de la Cumbre Mundial de Desarrollo, celebrada en 1995, se definió un conjunto de objetivos estratégicos y se expusieron las medidas que debían adoptar los gobiernos, la comunidad internacional, las ONG y el sector privado en pro de potenciar la igualdad entre los géneros y el adelanto de la mujer. En el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, conocido como Beijing + 5, se examinaron, entre otros, los logros y obstáculos en la aplicación de esta plataforma, la adopción de medidas e iniciativas para lograr la igualdad en el nuevo milenio, así como el papel de la mujer y la igualdad entre los géneros como medio y como fin en la lucha contra la pobreza.

Los compromisos de los gobiernos con los derechos de la mujer y la igualdad de género fueron acordados en numerosos foros mundiales y en la Convención para la Eliminación de Toda Forma de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 1979).

A partir de la Reunión Internacional sobre Mujeres y Salud en Amsterdam en 1984, los derechos sexuales y reproductivos se han incluido en la agenda mundial en lo que se podría tomar como el comienzo de una larga marcha de un movimiento a nivel global para ampliar los alcances del concepto de derechos humanos.

Posteriormente se fue profundizando en las Conferencias de Viena en 1993, El Cairo en 1994, marcando un avance como es el reconocimiento de la importancia que tienen los factores demográficos en los esfuerzos para mejorar la calidad de vida de la población; Se reconoce la interrelación existente entre la población y el desarrollo; Motivó la creación de instancias especiales para ocuparse de los aspectos demográficos en el contexto del desarrollo; en Beijing en 1995, se llega a definir:

- » Defender los derechos y la dignidad humana intrínseca de las mujeres y los hombres.

- » Garantizar la plena aplicación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas como parte inalienable, integral e indivisible de todos los derechos humanos y libertades fundamentales.
- » Impulsar el consenso y los progresos alcanzados en anteriores conferencias de las Naciones Unidas con el objetivo de lograr la igualdad, el desarrollo y la paz.
- » Conseguir la aplicación plena y efectiva de las Estrategias de Nairobi en 1995 orientadas hacia el futuro para el adelanto de la mujer.
- » Promover la potenciación del papel de la mujer y su adelanto, incluido el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia, de religión y de creencia.
- » Refuerza la importancia del respeto de los Derechos Reproductivos, entre otras.

Diversas redes y organizaciones, incluyendo los movimientos de mujeres consideran que los Objetivos del Milenio son una magnífica oportunidad para retomar los compromisos de género de las anteriores Conferencias de las Naciones Unidas y poner las acciones a tono con el contexto social, político y económico donde deben ser implementados.

De acuerdo con lo anterior se requiere presionar a los gobiernos para desarrollar herramientas sensibles al género, tales como la información desagregada y las iniciativas de presupuesto con enfoque de género como forma de asegurar que las políticas y gastos gubernamentales se inviertan en la promoción de la equidad y de los derechos humanos. Estas iniciativas presupuestales permitirían a las instancias gubernamentales y a organizaciones de la sociedad civil evaluar el impacto diferenciado de políticas específicas sobre las mujeres y los hombres¹⁶.

Promoviendo la igualdad de Género

En este sentido, el Grupo Temático de Género del Sistema de las Naciones Unidas, es una importante herramienta para darle seguimiento y apoyar al Gobierno en el cumplimiento de los Acuerdos, Cumbres y Compromisos contraídos en dicha materia por el país. Este Grupo también se propone hacer visibles las inequidades y juicios culturales de manera que se generen medidas que permitan el acceso a mejores oportunidades de vida para las mujeres y hombres en situación de vulnerabilidad.

Una de las más frecuentes y silenciosas formas de violación de los derechos humanos es la violencia de género. Este es un problema universal, pero para comprender mejor los patrones y sus causas, y por lo tanto eliminarlos, conviene partir del conocimiento

de las particularidades históricas y socioculturales de cada contexto específico. Por consiguiente, es necesario considerar cuáles responsabilidades y derechos ciudadanos se les reconocen a las mujeres en cada sociedad, en comparación con los que les reconocen a los hombres, y las pautas de relacionamiento que entre ellos se establecen.

Si bien las violaciones de los derechos humanos afectan tanto a los hombres como a las mujeres, su impacto varía de acuerdo con el sexo de la víctima. Los estudios sobre la materia permiten afirmar que toda agresión perpetrada contra una mujer tiene alguna característica que permite identificarla como violencia de género. Esto significa que está directamente vinculada a la desigual distribución del poder y a las relaciones asimétricas que se establecen entre hombres y mujeres en nuestra sociedad, que perpetúan la desvalorización de lo femenino y su subordinación a lo masculino. Lo que diferencia a este tipo de violencia de otras formas de agresión y coerción es que el factor de riesgo o de vulnerabilidad es el sólo hecho de ser mujer¹⁷.

Los derechos económicos, sociales y culturales

En los últimos cinco años se ha seguido avanzando en un proceso iniciado a fines de los años ochenta, en favor de la universalización de los derechos humanos y en el que las mujeres de distintas condiciones han desempeñado un papel muy importante. Los principales rasgos de este proceso han sido la primordial importancia otorgada a la integralidad, universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos, lo que ha puesto fin a un conflicto de larga data planteado por una jerarquización de los derechos, en la que se otorgaba prioridad a algunos de ellos en detrimento de los demás. En este período se ha reiterado que los derechos y las libertades fundamentales de las mujeres y las niñas son un componente integral de los derechos humanos universales, independientemente de la tradición histórica o cultural¹⁸. Otro adelanto importante es la sustitución de los términos genéricos “persona” y “humano” por los sujetos específicos de los derechos, entre otros “las mujeres”, “las niñas”, “los niños”, “los pueblos indígenas” y “las minorías religiosas”.

Reafirmando lo expresado en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, aprobado en El Cairo en 1994, en la Plataforma de Acción de Beijing¹⁹ se estipula que “los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.

17.- www.undp.org

18.- Véase Plataforma de Acción de Beijing (Naciones Unidas, 1995).

19.- Los derechos reproductivos de la mujer también fueron reconocidos por las oficinas de la mujer de la región en 1994 al adoptar el Programa de Acción Regional para las Mujeres de América Latina y el Caribe, 1995- 2001

Asimismo, se reitera que “las relaciones igualitarias entre la mujer y el hombre respecto de las relaciones sexuales y la reproducción (...) exigen la voluntad de asumir conjuntamente la responsabilidad de las consecuencias del comportamiento sexual²⁰”.

Sin embargo, aún hay temas cuyas implicancias para las mujeres y la igualdad de género no han sido abordadas a profundidad, tanto en el campo de la teoría como en el de la práctica, entre otros el concepto de igualdad, las diferencias entre Norte y Sur, el conflicto que se plantea entre universalidad y relativismo cultural, y el carácter imperativo de los derechos económicos, sociales y culturales.

Un análisis de la legislación vigente muestra que muchas leyes con contenido abiertamente discriminatorio han sido enmendadas, aunque también se observa que en la mayoría de los casos no se ha modificado el marco conceptual de leyes que tienen su origen en filosofías discriminatorias de las mujeres, lo que dificulta su aplicación y cumplimiento. Las reformas judiciales y legislativas realizadas en los países han abierto nuevas posibilidades de modificar esta situación. Concretamente, nos referimos a la enmienda de los códigos penales, las leyes laborales y los derechos indígenas, la reforma de los servicios de salud y otros procesos similares.

a) El derecho a una vida sin violencia

El logro más importante en este ámbito, sin lugar a dudas, ha sido la aprobación de leyes que condenan la violencia contra la mujer. De hecho, en todos los países de América Latina y en la mayoría de los del Caribe se han adoptado leyes de este tipo. Además de esto, en gran parte de los países ha aumentado el número de instituciones destinadas a prevenir y sancionar la violencia, a capacitar a funcionarios públicos y a sensibilizar a la opinión pública, aunque a la vez se reconoce la necesidad de ampliar el ámbito de acción para incluir las causas de la violencia, para lo cual habría que formular políticas educativas, familiares, de seguridad ciudadana y de reforma judicial que complementen los avances logrados.

Varios países han realizado importantes cambios en los programas de educación, en la atención a la salud y en la crítica a los estereotipos que fomentan la violencia. En América Latina y el Caribe las mujeres ya cuentan con leyes adecuadas, aunque siempre susceptibles de perfeccionamiento; centros de acogida, consejería y capacitación; centros especializados y un mayor grado de legitimidad del derecho de protección contra la violencia. La institucionalización de la política sobre la materia ha sido una consecuencia evidente de una de las mayores convergencias institucionales y sociales, a la que han contribuido en primera instancia el movimiento de mujeres, los gobiernos por intermedio de distintas dependencias ministeriales, representantes de los poderes judiciales, policías y legisladores, periodistas y defensores de los

20.- Naciones Unidas, 1995, párrafo 96.

derechos humanos. Así mismo, los organismos interamericanos y del sistema de las Naciones Unidas han desempeñado un papel ejemplar en la consolidación irreversible de las políticas pertinentes en todos los países.

Entre los problemas detectados en esta área, se constata la falta de preparación de personal que pueda procesar denuncias de violencia, dar orientación adecuada a las víctimas y hacer el seguimiento de los casos, y la existencia de limitaciones legales que restringen el ejercicio de los derechos de la mujer. Esta última se da en aquellos casos en que la violencia doméstica es considerada un delito de carácter privado y perteneciente a dicho ámbito (Ecuador) o exclusivamente como un problema de salud (Guatemala). El principal desafío sigue siendo la implementación de los cambios, aunque también en el caso de los servicios todos los países han creado comisarías, casas de atención, albergues y programas de capacitación y sensibilización.

En lo referente a delitos cuyas víctimas más frecuentes son las mujeres (violación, estupro y rapto, entre otros), se observan los siguientes problemas²¹:

Una dificultad muy común en este ámbito es el hecho de que el bien protegido en varias legislaciones sigue siendo la “honra”, lo que significa que sólo las “mujeres honestas” pueden ser víctimas de éstos. En la región en general tampoco está tipificada como delito de violación entre cónyuges y, por otra parte, las normas sobre acoso u hostigamiento sexual en el trabajo son mínimas. De acuerdo con la información proporcionada, sólo se han adoptado normas al respecto en Argentina, en el ámbito de la administración pública; en Costa Rica en virtud de una ley nacional; en México, mediante una ley laboral y normas aplicables en la administración pública, en Perú en la legislación laboral y en Venezuela en la ley sobre Violencia contra la Mujer y la Familia (Chiarotti, 1999).

b) Los derechos sexuales y reproductivos²²

Desde 1994 se ha avanzado considerablemente en la formulación de leyes, políticas y programas relacionados con la salud sexual y reproductiva. En la mayoría de los países se ha cambiado la orientación de las políticas de población y salud, a fin de dar prioridad en ellas a consideraciones relacionadas con los derechos humanos, la calidad de vida y la equidad. Los países de América Latina y el Caribe han abordado en distintas formas la protección de los derechos sexuales y reproductivos. Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, México, Panamá y Perú informan que han adoptado programas y políticas destinados fundamentalmente a la atención de la salud sexual y la salud reproductiva.

21.- Sobre la base de los informes presentados ante la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la Organización de los Estados Americanos (Chiarotti, 1999)

22.- Esta sección fue elaborada sobre la base de datos proporcionados por el UNFPA (1999).

En Panamá y Paraguay se han creado consejos encargados de la aplicación de este tipo de políticas, mientras República Dominicana ha modificado las funciones del Consejo Nacional de Población y Familia. En Perú funciona desde 1997 una mesa tripartita de seguimiento de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, en la que participan representantes del gobierno, de organizaciones no gubernamentales y de organismos de las Naciones Unidas.

Así, varios países reconocen el derecho a decidir el número de hijos deseados. En México²³ y Venezuela, tal derecho tiene rango constitucional. La Constitución de Ecuador, que fue enmendada en 1998, consagra los derechos reproductivos y la equidad de género. En 1997 se promulgó en Perú una ley de salud que garantiza el derecho a decidir libremente el número de hijos. Bolivia, Brasil y Perú reconocen la salud reproductiva como un derecho fundamental. En el caso de Brasil, el Sistema Único de Salud tiene a su cargo la provisión de servicios integrales de salud reproductiva y planificación familiar. En Cuba, estos servicios también están considerados dentro del sistema de salud pública y se ofrecen de forma gratuita en policlínicos y hospitales.

i) Adolescencia

Tanto las normas administrativas como la legislación sobre salud sexual y salud reproductiva en la adolescencia siguen caracterizándose por su debilidad en la región, a pesar de que ha habido adelantos notables. La mayoría de las leyes se refieren a la educación sexual y a los embarazos adolescentes. En el área de la educación sexual, varios países de la región han formulado leyes (Bolivia, Costa Rica, Ecuador, Panamá, Venezuela) o adoptado políticas (Brasil, Cuba, Perú), que le dan carácter obligatorio. La Ley de Reforma Educacional aprobada en 1994 en Bolivia consagra la igualdad étnica y de género; de acuerdo con esta reforma, el desarrollo sostenible y la educación sexual se consideran temas esenciales de la educación primaria y secundaria, y se otorga primordial importancia a la capacitación de profesores. La Ley Educacional sobre Sexualidad y Amor adoptada en Ecuador en 1998 obliga a los colegios a ofrecer cursos de educación sexual enfocada hacia temas socioculturales y de género particularmente relevantes. En Venezuela, se ha reactivado la Comisión Nacional para la Prevención del Embarazo Precoz.

ii) Derecho de las embarazadas a la educación

Algunos gobiernos han adoptado medidas con el objeto de acabar con la discriminación contra las adolescentes embarazadas; concretamente, han adoptado leyes y resoluciones que permiten a las jóvenes continuar su educación, tanto durante como después del embarazo (Anguila, Bolivia, Chile, El Salvador, Granada, Panamá y Venezuela). En Perú, una ley de 1998 que enmienda el Código sobre Niños y Adolescentes, garantiza el derecho a la integridad moral, psicológica y física, y exige a las instituciones educacionales que garanticen tanto a las madres jóvenes

como a las adolescentes embarazadas la posibilidad de seguir estudiando. En Panamá, existe un decreto presidencial de enero de 1996, que explícitamente prohíbe la discriminación o penalización de estudiantes embarazadas y también garantiza el derecho de éstas a proseguir y completar sus estudios. En Colombia, la Corte Constitucional ha reconocido el derecho a la educación de menores que han sido suspendidas del colegio por estar embarazadas.

Algunas constituciones, entre otras las de Brasil ²⁴ y Colombia, reconocen en términos generales el derecho de los niños y adolescentes a la salud y el desarrollo personal. El Estatuto del Niño y del Adolescente de Brasil también garantiza a niñas adolescentes embarazadas el cuidado prenatal y posnatal. La adopción de la Ley general para la protección de madres adolescentes de Costa Rica en 1997 hizo posible el establecimiento del Consejo de ayuda a madres adolescentes; además, dicha ley contiene normas que les garantizan un cuidado integral, junto con regular todas las políticas y programas relacionados con esta materia. El Código sobre niñez y adolescencia, aprobado en 1998, tiene un alcance aún mayor, puesto que exige al Ministerio de Salud velar por el desarrollo de una política nacional de educación, que incluya temas relacionados con educación sexual, reproducción, embarazo adolescente, drogas, violencia de género, enfermedades de transmisión sexual y sida; el establecimiento de programas integrales para adolescentes embarazadas; el cuidado gratuito de adolescentes embarazadas en clínicas de la seguridad social y la distribución de credenciales a las que no están cubiertas por este seguro.

En Venezuela, el proyecto de ley orgánica de protección del niño y el adolescente, debatido en 1998 ante el nuevo Congreso elegido por votación popular, fue formulado y difundido por una coalición de organizaciones no gubernamentales y otras instituciones de la sociedad civil. En los países de habla inglesa y las ex colonias holandesas del Caribe se han elaborado propuestas de reforma de la legislación en lo que respecta a las disposiciones sobre salud reproductiva de los adolescentes.

Sin embargo, las medidas legislativas no alcanzan a eliminar todas las actitudes discriminatorias, ya sea por la ignorancia de sus contenidos y significaciones o por el hecho que factores económicos impiden a las afectadas llevar a cabo los procedimientos legales necesarios para revertir tales prácticas.

iii) Responsabilidad masculina

El Programa Nacional sobre Educación Sexual de Perú incluye actividades educativas para fomentar la adopción de una actitud responsable por parte de los hombres en relación con la sexualidad y la reproducción, y el Ministerio de Salud está considerando la posibilidad de poner en práctica una estrategia que incorpore a los hombres a la planificación familiar, lo que incluye la prestación de servicios a éstos.

24.- Ley No 8.069/90, artículo 8.

El Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano del Perú, creado en octubre de 1996, está desarrollando una estrategia de información y educación, como parte de la cual se proporcionará a los hombres adolescentes información sobre salud sexual y reproductiva. En Paraguay, Ecuador, Nicaragua y Bolivia se imparten clases sobre salud reproductiva y sexual a los integrantes de las fuerzas armadas, y también existen servicios de apoyo a sus familiares y a los civiles que reciben atención en los hospitales militares.

El programa de responsabilidad materna y paterna que se ejecuta en Cuba está destinado a involucrar tanto a la mujer como a su pareja y toda su familia en la preparación del nacimiento y el primer año de vida del infante. El objetivo general del programa es conseguir que todos los integrantes del hogar, sobre todo la pareja, asuman mayores responsabilidades en el ámbito familiar. En Panamá, el Ministerio de Salud está elaborando un plan de capacitación de sus empleados a fin de ampliar la participación de los hombres en el área de la salud reproductiva y sexual. En México, algunos servicios de salud públicos han modificado sus horarios para facilitar la atención de los hombres que trabajan. Más aún, el Consejo Nacional de Población ha llevado a cabo campañas educativas para alentar a hombres y mujeres a actuar responsablemente en lo que respecta a su salud reproductiva y el cuidado de sus hijos.

Algunos países han enmendado las leyes pertinentes o promulgado nuevas leyes para poder dar reconocimiento legal a los niños nacidos fuera del núcleo matrimonial y así obligar a los padres a responsabilizarse de sus hijos. En Nicaragua, por ejemplo, se introdujo una enmienda a la Ley de salud (Ley N° 149), en virtud de la cual los hombres están obligados a reconocer su paternidad y, en caso de que se nieguen a hacerlo, se puede recurrir a pruebas clínicas y declaraciones de testigos. La nueva ley también estipula que es responsabilidad del padre proporcionar los recursos necesarios para la alimentación de sus hijos. En octubre de 1998 se promulgó en Chile una ley que pone fin a la discriminación de los niños nacidos fuera del núcleo matrimonial y leyes que eliminan el estatuto de hijo ilegítimo, han sido adoptada en la mayoría de los países del Caribe inglés (Anguila, Antigua y Barbuda, Bahamas, Barbados, Belice, Dominica, Granada, Guyana, Jamaica, Saint Kitts y Nevis, Trinidad y Tobago). En una adenda al Código de Familia de Costa Rica se exige al padre el reconocimiento legal de los hijos nacidos fuera del núcleo matrimonial, siempre que la madre tome las medidas pertinentes. En Venezuela, la reforma parcial del código civil incluyó el reconocimiento de los niños nacidos dentro de uniones consensuales.

La vida y la salud reproductivas de la mujer pueden ser el factor condicionante de su desarrollo político, económico y social. La capacidad de decidir cuándo y cuántos hijos e hijas tener y de preocuparse del cuidado de la propia salud sexual y reproductiva es un factor clave de la adquisición de poder por parte de las mujeres.

Esta capacidad influye en su salud, en su bienestar general y productividad, en sus posibilidades de incorporación al mercado laboral y de continuar y completar sus estudios, como también en su participación en la vida pública, y una integración a ésta que le permita exigir igualdad y respeto en las relaciones de pareja e intrafamiliares.

El ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la mujer, a pesar de que son derechos humanos fundamentales que se relacionan con todas las etapas y facetas de su vida, está lejos del alcance de la gran mayoría de las mujeres latinoamericanas y caribeñas. En muchos países, los hombres suelen ser quienes ejercen control y tienen poder de decisión sobre estos aspectos de su vida, aunque la responsabilidad por la crianza de los hijos/as, su cuidado, la atención de la salud y el bienestar de la familia recae casi exclusivamente en las mujeres. En el Caribe, esta prevalencia de la autoridad masculina en materia de salud reproductiva es tan marcada que las instituciones de salud exigen el consentimiento del esposo para ciertas intervenciones ginecológicas, entre otras, ligadura de las trompas de falopio e histerectomía. Además, las niñas y mujeres son las principales víctimas de acoso, abusos y violaciones sexuales y las que deben enfrentarse a embarazos no deseados.

Mientras en la región del Caribe la tasa de embarazo adolescente ha disminuido considerablemente²⁵, en América Latina una tercera parte de las jóvenes menores de 20 años han dado a luz; serán ellas y no sus parejas, las que posiblemente deberán abandonar sus estudios, ser objeto de actitudes prejuiciosas de su entorno familiar y social, y buscar un trabajo que le permita sustentar a su hijo/a, por todo lo cual tendrá menos posibilidades de superar la pobreza. Casi la mitad de la población de la región tiene menos de 20 años de edad; si los países siguen sin proporcionar información y servicios que permitan tomar decisiones informadas y responsables, el embarazo adolescente seguirá siendo uno de los principales obstáculos que dificultan el logro de la equidad de género y de la adquisición de poder por parte de la mujer. La mortalidad materna y el aborto en condiciones inseguras, problemas que afectan a las mujeres y adolescentes pobres, ponen en evidencia la necesidad de reconocer que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son un aspecto primordial de equidad socioeconómica, cultural y de género.

A pesar de la situación descrita, desde la celebración de la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer se observa un notable avance en la región en cuanto a la aceptación y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, como ha quedado en evidencia en el examen quinquenal del Programa de Acción sobre Población y Desarrollo, que culminó en julio de 1999.

25.- Véase CEPAL/CDCC (1999, p. 34). Según las cifras disponibles sobre 17 países, alrededor de 1994 la tasa de embarazo adolescente en la región del Caribe era inferior al 15% en 6 países, de 15% a 20% en 7 países y de 20% a 25% en los otros 4 países.

Casi todos los países de la región han adoptado políticas, programas y leyes referentes a salud y educación sexual y reproductiva, lo que pone de relieve la importancia de fomentar la adopción de una perspectiva integral de la equidad de género, en la que se tome en cuenta la estrecha interrelación existente entre la vida y los roles productivos y reproductivos de la mujer.

En conclusión, se puede afirmar que el avance en materia de respeto, protección y ejercicio de los derechos ha sido heterogéneo y, en muchos casos, parcial. Los efectos de la creciente pobreza y la desigualdad provocadas por la concentración de los ingresos, la apertura comercial y la globalización, así como la limitada atención otorgada a las reformas jurídicas, sociales e institucionales, han limitado el alcance de los cambios registrados en la región, pero la aún débil representación en los espacios de tomas de decisiones aparece como el fenómeno más negativo de los últimos años. Queda por ver si las mujeres que han logrado incorporarse a las estructuras de poder tendrán la posibilidad de ejercer una influencia que dé un carácter más participativo y equitativo a los estilos de liderazgo y los procesos de toma de decisión.²⁶

1. Política de equidad de género para el municipio de San Salvador

INTRODUCCIÓN

La condición de subordinados en que viven las mujeres y la urgente necesidad de superarla, es una realidad innegable y aceptada por aquellas personas y entidades que aprecian el desarrollo y el fortalecimiento de las democracias, la sostenibilidad de los pueblos, y el crecimiento integral de los seres humanos.

Durante las últimas tres décadas, la discriminación contra las mujeres, sus causas y consecuencias ha formado parte permanente de la agenda de las naciones; múltiples estudios, análisis y propuestas se han hecho en el interés de erradicar esta indigna condición que afecta a más de la mitad de los habitantes del planeta.

Han sido las mujeres mismas y sus organizaciones, con sus innumerables expresiones de resistencia, movilización y denuncia de la situación de desigualdad en que viven, de las distintas y variadas manifestaciones de discriminación de que son objeto, y de los tratos crueles, inhumanos y atentatorios contra su dignidad que son expuestas, que han logrado la institucionalización de principios y medidas que contribuyan a la equidad de género.

Esta institucionalidad ha tenido un fuerte y decidido apoyo en Naciones Unidas que a través de la organización y realización de cuatro Conferencias Mundiales sobre la Mujer, ha logrado que los Estados y la comunidad internacional pasen de lo declarativo a la acción en materia de políticas públicas.

La primera Conferencia celebrada en México 1975, bajo el lema de "Igualdad, Desarrollo y Paz" dio inicio al Decenio de la Mujer, período en el que se aprobó la "Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer", la cual constituye el reconocimiento internacional y nacional más amplio sobre su situación, afirmando que: "la discriminación contra la mujer viola los principios de la igualdad de derechos y del respeto de la dignidad humana, que dificulta la participación de la mujer, en las mismas condiciones que el hombre, en la vida política, social, económica y cultural de su país, que constituye un obstáculo para el aumento del bienestar de la sociedad y de la familia y que entorpece el pleno desarrollo de las posibilidades de la mujer para prestar servicio a su país y a la humanidad". A ella se han adherido más de 133 Estados y El Salvador la ratificó en junio de 1981.

La segunda Conferencia realizada en Copenhague 1980, revisó los primeros cinco años del decenio de la mujer y aprobó un programa de acción que ponía énfasis en la educación, empleo y salud de las mujeres.

La tercera conferencia, Nairobi 1985, evaluó los avances logrados en decenio de la mujer, aprobando por consenso los Estados miembros el documento “Las estrategias de Nairobi orientadas hacia el futuro para el adelanto de las mujeres hasta el año 2000” que contiene las medidas que deben adoptarse en lo nacional, regional e internacional para promover el reconocimiento social del papel de las mujeres y el ejercicio de sus derechos humanos.

En la cuarta conferencia, Beijing 1995, los Estados Unidos adoptaron la “Plataforma de Acción”, firmada sin objeciones por el gobierno salvadoreño, que contempla las acciones que deben realizarse en los próximos 15 años para alcanzar los objetivos de “Igualdad, desarrollo y paz para todas la mujeres del mundo, en interés de toda la humanidad”.

Por su parte la Organización de Estados Americanos, también ha realizado esfuerzos encaminados a que los Estados adopten medidas que contribuyan al adelanto de la mujer. La convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer, conocida como Convención de Belem do Pará ratificada por el gobierno salvadoreño en agosto de 1995, demanda del Estado tomar acciones específicas para la erradicación de este tipo de violencia.

Estos esfuerzos plasmados en instrumentos firmados o ratificados por El Salvador, constituyen parte del cuerpo normativo nacional y obligan al gobierno salvadoreño en todos sus niveles a realizar acciones que tengan por objetivo el adelanto de la mujer.

El Salvador, en esta década, ha dado pasos importantes en términos de igualdad jurídica de la mujer y la creación de institucionalidad:

- » El código de familia reconoce la igualdad de derechos y responsabilidades en la pareja, así como otorga un valor económico al trabajo doméstico.
- » Las reformas penales al capítulo de los delitos sexuales eliminan muchos elementos discriminatorios contra la mujer, aumenta la cuantía de la pena, pasan a considerarlos perseguibles de oficio;
- » La ley contra la violencia intra familiar incorpora no solo procedimientos ágiles en la protección a la víctima, sino que obliga a todos a que presencien actos de esta naturaleza a su denuncia ante las autoridades competentes;
- » La Asamblea Legislativa aprobó en febrero del 1996 la Ley de Creación del Instituto Salvadoreños para el Desarrollo de la Mujer;
- » El ejecutivo salvadoreño, a través del ISDEMU, en consulta con organismos no gubernamentales y gubernamentales diseñó la Política Nacional de la Mujer, 1997-1999, constituyendo el primer esfuerzo nacional de incidencia estratégica para alcanzar la igualdad entre mujeres y hombres.

Sin negar los resultados de todos estos esfuerzos, todavía persisten serios obstáculos que impiden o limitan el adelanto en las condiciones y la calidad de vida de las mujeres, y que conminan a las distintas instancias del gobierno y de la sociedad a impulsar políticas, programadas y acciones a la potenciación del papel de la mujer en la sociedad.

El Concejo Municipal de San Salvador, 1997-2000, asumiendo su responsabilidad que como parte del Estado salvadoreño le corresponde y cumpliendo con los compromisos adquiridos, al firmar durante la campaña electoral la Plataforma Mujeres 97-2000, inició un esfuerzo de concertación con representantes de organizaciones de mujeres. En febrero de 1998 un concejo institucionalizado de Mesa para Equidad de Género y presenta públicamente la Propuesta de Plan para la Equidad. Esta mesa es coordinada por una Concejal y apoyada operativamente por La Gerencia de Desarrollo Humano.

Uno de los resultados más importantes del proceso iniciado por la mesa ha sido la constitución en Comisión Consultiva para la Equidad de Género, desde la cual se ha realizado los Foros Distritales “Construyendo Ciudadanía desde las Mujeres” con el fin de elaborar un diagnóstico participativo de las necesidades de las mujeres en San Salvador que junto a la propuesta de Plan han constituido las bases para la formulación de la Política Municipal para la Equidad Genérica.

Con la aprobación y difusión de este documento el Gobierno Municipal se plantea el impulso de una Política Municipal para la Equidad de Género, esperando que este paso sirva de emulación a todas las demás municipalidades del país.

BASES CONCEPTUALES

De la Política Municipal para la Equidad de Género

La formulación de una Política Municipal para la Equidad de Género presupone un reconocimiento a la posición que la mujer tiene en la sociedad, las diferencias biológicas y culturales entre la mujer y el hombre, la contraposición mujer/hombre existente en las prácticas sociales, y las repercusiones que todo esto tiene en la vida cotidiana de las personas.

Cuando hablamos de sexo y de género es importante precisar la diferencia conceptual entre ambos términos. El “SEXO” está relacionado con las diferencias biológicas corporales manifiestas entre mujeres y hombres, las cuales asignan funciones específicas y diferenciadas a ambos sexos en la reproducción de la especie humana.

El género identifica el tipo de relación social entre mujeres y hombres, los roles asignados, los límites y comportamientos en los ámbitos público y privado; es una construcción social, producto de milenarios años de transmisión de conocimientos, creencias y actitudes, etc., sobre el ser-hombre o ser-mujer. “Las relaciones de género son, por tanto, socialmente construidas y como tal, específicas de las formaciones culturales mutables frente a alteraciones económicas y culturales.

El concepto “GENERO”. El género es una categoría utilizada para analizar cómo en una determinada sociedad se definen, representan y simbolizan las diferencias sexuales. Por lo tanto, el concepto de género, alude a las formas históricas y socioculturales en que mujeres y hombres construyen su identidad, interactúan y organizan su participación en la sociedad. Estas formas varían de una cultura a otra y se transforman a través del tiempo.

Actualmente, ni mujeres ni hombres, pueden ejercer de manera monopólica los roles de reproductora y proveedor tradicionalmente asignados; cada día vemos más mujeres incorporadas al trabajo remunerado y participando en la vida económica, política y cultural. Las familias a las que hoy asistimos tienen necesidades distintas a las de hace 20 años.

Los papeles genéricos han sido socialmente definidos y valorados a partir de la actividad que cada sexo tiene en la reproducción de la especie humana. El papel reproductivo abarca todas las responsabilidades y actividades relacionadas con la gestación y educación de los infantes, y todas aquellas otras relacionadas con el mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo actual y futura. Este es directamente relacionado con las mujeres y fijado con el espacio privado o doméstico, jerarquizado como subordinado con relación al papel productivo y a su desempeño no se le reconoce un “valor”.

Estos papeles genéricos ubican a las mujeres y hombres en espacios diferentes, jerarquizados y con valores desiguales que privilegian lo público, productivo sobre lo privado, reproductivo. Así mismo son ellos los que determinan las necesidades de ambos géneros, las formas de ver, analizar, pensar y sentir sus entornos; y valorar y asignar prestigio a personas y cosas. Las necesidades genéricas se definen como prácticas o estratégicas, dependiendo de la incidencia que éstas tienen sobre la condición o posición que el género ocupa en la sociedad.

Así es como un aspecto clave de las relaciones de género es la división sexual del trabajo que todas las sociedades establecen para organizar el espectro de las responsabilidades y obligaciones de los hombres y las mujeres. De acuerdo al tipo de tareas socialmente asignadas se considera que hay roles de género que limitan el desempeño de las mujeres y los hombres.

Usualmente se reconocen tres tipos de roles de género que son:

» ROL PRODUCTIVO

Son aquellas actividades que se desarrollan en el ámbito público y que generan ingresos, reconocimiento, poder, autoridad y estatus.

» ROL REPRODUCTIVO

Está relacionado con la reproducción social y las actividades para garantizar el bienestar y la sobrevivencia de la familia; es decir, la crianza y la educación de los hijos y las hijas, la preparación de alimentos, el aseo de la vivienda.

» ROL DE GESTIÓN COMUNITARIA

Concentra las actividades que se realizan en una comunidad para asegurar la reproducción familiar. Toma la forma de participación voluntaria en la promoción y el manejo de actividades comunales, tales como la gestión de desechos, acceso a agua potable, atención primaria, gestión de espacios recreativos para niños y jóvenes, entre otras muchas funciones.

Así para el caso de las mujeres, las necesidades prácticas de género son las que ellas identifican a partir del desempeño de su papel reproductivo, relacionadas con problemas inmediatos, entre otros, de saneamiento ambiental, de servicios de salud, de cuidado de los hijos e hijas, de alumbrado, de seguridad pública y de generación de ingresos; siendo necesidades que mantienen el papel tradicional de la mujer en la sociedad, cuya atención torna su cotidiano menos penoso y que puede significar, en los casos más dramáticos de pobreza, la garantía de supervivencia de la familia. Reconociendo que en algunos casos estas necesidades son por períodos en la vida de las mujeres.

En cambio las necesidades estratégicas de género responden al interés de las mujeres de modificar su posición de subordinación en la sociedad y alcanzar la igualdad en el ejercicio de sus derechos, del poder y de la valoración del quehacer femenino. Se relacionan con el acceso a la propiedad, a la igualdad de derechos y deberes en la pareja, a igual remuneración por trabajo del mismo valor, a mayores oportunidades en los accesos al conocimiento, al trabajo, a la participación política, a la toma de decisiones, a ocupar cargos relevantes, etc.

Lo anterior es determinante para el planificador de la gestión pública. La aceptación de que hombres y mujeres desempeñan papeles diferenciados de género lleva a constatar que las necesidades de la población no son homogéneas; posibilita identificar las prioridades y por ende dirigir una planificación que sea satisfactoria de necesidades sentidas por la población a atender, que optimice recursos en función de resultados y que incida positivamente en el proceso de cambio de actitudes individuales, comunitarias e institucionales con relación a la mujer.²⁷

27.- <http://www.amss.gob.sv/pages/gobmuni/normativas/politicas/genero.htm>

2. Declaración del Día Nacional de los Derechos Humanos de las Mujeres

El Salvador declaró por Decreto Legislativo No. 290 de fecha 16 de abril de 2004, el 8 de marzo, como: “Día Nacional de los Derechos Humanos de las Mujeres”.

La Dirección Ejecutiva del ISDEMU, manifestó: “La celebración del 8 de marzo, constituye una ocasión especial para rendir un reconocimiento a las mujeres salvadoreñas, pilares fundamentales de nuestro país. El ISDEMU está convencido que para cumplir con este compromiso, no existe mejor estrategia que invertir en el desarrollo integral de las Mujeres.

Entre las instituciones que participan y apoyan a ISDEMU se encuentran:

CORTE SUPREMA DE JUSTICIA .

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL .

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

MINISTERIO DE GOBERNACIÓN.

MINISTERIO DE TRABAJO Y PREVISIÓN SOCIAL .

MINISTERIO DE MEDIO AMBIENTE Y RECURSOS NATURALES.

FISCALIA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

PROCURADURÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA.

VICEMINISTERIO DE TRANSPORTE.

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL.

PRO JÓVENES.

SECRETARIA NACIONAL DE LA JUVENTUD.

EL INSTITUTO SALVADOREÑO PARA EL DESARROLLO.

INTEGRAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS NATURALES .

FONDO DE INVERSIÓN SOCIAL PARA EL DESARROLLO SOCIAL .

RED SOLIDARIA.

POLICÍA NACIONAL CIVIL.



MANEJO DE LAS CONSECUENCIAS DE LAS RELACIONES INEQUITATIVAS DE GÉNERO .

Si bien las relaciones de género, tal como están instituidas, afectan todos los aspectos de la vida humana, se considerarán sus consecuencias para la autoestima, así como su incidencia en la violencia de género y en la salud de mujeres y hombres.

LA AUTOESTIMA Y EL GÉNERO



En la formación de la autoestima no sólo es importante cómo se juzgan nuestros comportamientos sino también lo que se espera de cada uno, por el hecho de ser mujer u hombre.

Desde la etapa infantil, interiorizamos una serie de creencias acerca de lo que se espera de nosotros, que vamos asumiendo y, al llegar a la edad adulta, tendemos a reafirmar, por el hecho de ser mujer u hombre, lo que se ha asumido como modelo cultural.

En la sociedad machista y patriarcal en la que tradicionalmente hemos vivido no ha estado bien visto que las mujeres tuvieran una buena autoestima.

Tradicionalmente se nos ha educado para que nos parezcamos al modelo de hombre o de mujer que esa sociedad considera aceptable y ese modelo educativo no ha enseñado a las mujeres a valorarse positivamente. Sino al contrario, a las mujeres que tenían un buen auto concepto, una buena autoestima o eran capaces de defender sus intereses u opiniones se las ha llamado egoístas, “malas”, duras, poco femeninas.

La autoestima, definida como “el juicio personal de valía que es expresado en las actitudes que el individuo toma hacia sí mismo”, representa el componente afectivo de la auto-imagen: “Cómo me siento acerca de cómo me veo a mi mismo.”²⁸

El punto de vista más generalizado reconoce a la mujer como la principal responsable del cuidado de los hijos, de la casa y del esposo, por lo cual, en mayor o menor medida --a partir de diferencias individuales--, estas tres aéreas estarían influyendo de una u otra forma en su autoestima y propiciando posibles conflictos dentro de tales dimensiones cuando la mujer está integrada al trabajo asalariado.

28.- Relaciones de Autoestima y género. Publication: Psicología y Salud. Publication, 01-enero-01. Author: Fernández de Juan, Teresa

Es notoria la dificultad que implica para la mujer que ha vivido inmersa dentro de sus roles tradicionales desprenderse de éstos, aun cuando en la práctica los asuma. Al respecto, se apunta: “El identificarse con una imagen es a la vez participar en su conformación, en su validación, en su reafirmación: aquello que se reconoce y valida ‘externamente’, y en lo cual me veo, me palpo, me reconozco, es de hecho o se convierte en parte de mi. Y luego son formas sociales que guían y delinean la conducta, perfilan y evalúan las formas de actuar y de esa manera participan como símbolos que describen y designan, organizan y acomodan, nombran y califican, con todo detalle, lo que significa el ser mujer”, según lo expresa Teresa Fernández de Juan en su publicación Relaciones de Autoestima y Género.

Sin embargo, cuando se analiza dicha situación desde el lado masculino, se hallan interesantes contradicciones. La familia de origen reproduce el sistema jerárquico de la sociedad en su conjunto, que insiste en reflejar la superioridad del hombre sobre la mujer; el mantenimiento de tal status impone al hombre restricciones que devienen elementos de conflicto entre sus necesidades básicas de afecto, por un lado, y de valoración social, por el otro. Al hombre le están negadas, consciente e inconscientemente, “la pasividad y todas las emociones que los hombres asocian con ésta, como el temor, el dolor, la tristeza y la vergüenza” (Kaufman, 1989).

En algunos hombres, debido a que esas emociones subsisten aun cuando no sean sentidas conscientemente, muchas de ellas se transforman en ira y hostilidad, que dirigen tanto hacia ellos mismos (conformando, entre otros efectos, sentimientos de culpabilidad), como hacia los otros hombres (para ocultar y manifestar sus sentimientos simultáneamente) y hacia las mujeres, con las cuales a su vez establecen una fuerte dependencia para satisfacer y descargar sus emociones debido no solo a sus resonancias inconscientes de la gran primera relación pasiva del niño con su madre, sino fundamentalmente por el hecho de presentar un menor poder social y físico.

Las necesidades emocionales en el hombre se consideran señales de debilidad y de inferioridad --lo cual relacionan a su vez con lo típicamente femenino--, de modo que identifican masculinidad con razón y aprenden a definirse “externamente”, a ser independientes y autosuficientes. A pesar de ello, debido a la inseguridad de estos elementos aprendidos de la “masculinidad”, nunca pueden estar seguros totalmente de ella y deben estar siempre listos para demostrar su hombría cada vez que sea cuestionada.

La responsabilidad del sustento familiar es un importante elemento que para el hombre ha determinado su poder en ese núcleo.

EN LA VIOLENCIA DE GÉNERO



¿Qué es la violencia por razones de género?

¿Por qué utilizamos el término violencia por razones de género, en vez de “violencia hacia la mujer y los niños”, “violencia hacia la pareja”, violencia doméstica”, o hasta “violencia sexual”?

El género es lo que nos ayuda a conceptualizar la violencia en términos más amplios - y comprender el género es de vital importancia para desarrollar estrategias de transformación personal y social para eliminar la violencia y para lograr innumerables metas del desarrollo relacionadas con este tema.

La violencia por razones de género incluye todas estas otras descripciones de violencia, pero están enmarcada en términos más amplios en el entendido que las causas y soluciones a la violencia son a la vez personales, políticas y estructurales.



La violencia por razones de género adquiere muchas formas - física, sexual, psicológica, libertades restringidas, coerción y amenazas - que se producen tanto en el ámbito público como privado. Los hombres, las mujeres y los niños, todos son víctimas de esta “forma de género” de la violencia. A pesar de ello, la violencia por razones de género es predominantemente violencia del hombre o violencias de los hombres.

Es violencia del hombre contra la mujer y los niños, contra otros hombres y contra sí mismo. Es conflicto bélico, es violencia conyugal, es intimidación, son las palizas a los homosexuales, es abuso infantil y es violación. Y es más.

Los hombres son principalmente quienes usan la violencia, y los hombres, sobre todo los más jóvenes, son generalmente los más implicados en otros tipos de violencia, tanto como víctimas como practicantes de la violencia.

La violencia por razones de género se distingue de otros tipos de violencia en cuanto a que está enraizada en comportamientos prescritos, en normas y actitudes basadas en el género y la sexualidad.

En otras palabras, está enraizada en discursos de género sobre masculinidad y femineidad (normas y definiciones prescritas de lo que significa ser un hombre o una mujer) - y en el lugar que ocupan los hombres y las mujeres con relación a sí mismos y a otros grupos de mujeres y hombres.

Estos discursos de género permiten o animan un comportamiento violento dentro de un contexto de privilegio asumido y poder jerárquico para ciertos grupos de hombres.

La violencia sobre la base de género es una articulación de, o una coacción de jerarquías de poder y desigualdades estructurales nutridas por sistemas de creencias, normas culturales y procesos de socialización.

En resumidas cuentas, la violencia por razones de género tiene sus raíces en la parte estructural y personal. Se centra en el patriarcado - un sistema que coloca al hombre sobre la mujer (y sobre otros hombres) e instila un sentido de derecho y privilegio en muchos hombres. El patriarcado también institucionaliza los contextos sociales, culturales y legales que permiten la violencia sobre la base del género.

Pero, la violencia por razones de género también se basa en las presiones, miedos y emociones reprimidas que subyacen la “masculinidad hegemónica” o muchas de las formas de dominio masculino aceptadas en muchas culturas del mundo. A esto hay que añadir la experiencia personal sobre violencia que tienen los individuos - siendo alimentados en una cultura de violencia - y aprendiendo y experimentando la violencia en el ambiente que les rodea - la familia, los medios de comunicación o la comunidad.

El alcance y los efectos de la violencia por razones de género son profundos. La violencia por razones de género es una plaga en todas las sociedades de todas las regiones del mundo. Ningún grupo, sin tener en cuenta su cultura, clase o situación, es inmune a su devastación. La violencia extiende el miedo y el odio a uno mismo y a otros y consume los derechos básicos tanto de los/as adultos/as como de los/as niños/as. En un sentido muy amplio, la violencia por razones de género restringe los logros del desarrollo, la paz y la libertad.

Viendo al hombre como parte de la solución

¿Por qué debemos trabajar con el hombre para eliminar la violencia por razones de género? Para empezar, el hombre ocupa un lugar céntrico en todos los actos de violencia, y la violencia es parte céntrica de los que significa ser hombre en muchas culturas. Además, la mayoría de los líderes políticos, culturales y sociales del mundo - aquellos que ocupan un mejor lugar para poder influenciar el cambio también, son hombres.

Cuando imaginamos dejar a los protagonistas claves y los poderosos fuera de la estrategia general para prevenir la violencia, nos damos cuenta de que trabajar con el hombre es un elemento esencial para la prevención efectiva. Lo que es más, como estamos hablando de violencia de género, tenemos que recordar que el género es un elemento importante en la vida de todos/as nosotros/as, de todos los hombres y todas las mujeres del mundo.

El hombre es un ser de género también, y los hombres disfrutan de los privilegios y las consecuencias de las políticas de género en las que viven. Finalmente, trabajar en pos de una alianza más fuerte - entre hombres y mujeres, y los diferentes actores que trabajan para eliminar la violencia - se cosechará como beneficios marginales una mejor calidad de vida y unas mejores relaciones para los hombres, las mujeres, los niños, las niñas y las comunidades, y será el ímpetu para innumerables ganancias adicionales del desarrollo.

Al reconocer que la violencia por razones de género está relacionada con el desarrollo de la masculinidad (por ejemplo, la forma en la que un grupo define “lo que significa ser hombre”) y que éstos están informados por sistemas de creencias, normas culturales y procesos de socialización - hemos ayudado a identificar y reforzar los puntos de entrada de varias iniciativas para la prevención de la violencia a nivel mundial que intentan trabajar con hombres y jóvenes como socios.

Al prestar atención a las responsabilidades de los hombres, vamos más allá de ver al hombre como parte del problema simplemente, y empezamos a verlo como parte de la solución al implicarlos directamente en las estrategias de prevención e intervención. Sin comprometer al hombre como socio, sin permitir que tanto el hombre como la mujer comprendan su función y responsabilidad en la eliminación de la violencia - estaríamos intentando solucionar un problema multidimensional desde una perspectiva muy limitada.

¿Qué se está haciendo para eliminar la violencia por razones de género?

En respuesta a la epidemia de violencia por razones de género, se han puesto en marcha una amplia gama de iniciativas, programas y políticas durante las últimas décadas para ayudar a prevenir la violencia.

Estos incluyen:

- » Convenciones y campañas internacionales.
- » Políticas Nacionales de Prevención e Igualdad.
- » Defensa y medios de comunicación.
- » Políticas organizativas.
- » Organizaciones de la sociedad civil orientadas hacia el género.
- » Intervenciones a nivel local y comunitario.
- » Activismos personales.

Muchas de estas iniciativas de prevención, explícitamente reconocen la necesidad de trabajar con hombres y jóvenes como socios para animar al cambio social en pos de un mundo menos violento.

Erradicar la pandemia de la violencia de género es el verdadero reto del siglo XXI, mucho más que cualquier otro tipo de avance científico, cultural o tecnológico.

Si la humanidad aprendiera a detectar, parar y prevenir esta enfermedad histórica, se produciría un punto de inflexión en su evolución: el fatuo “homo sapiens” pasaría a ser persona, ser humano.

Es la primera causa de muerte de la mujer en el mundo, pero también es la primera causa generadora de guerras. El niño que crece en el mito de la superioridad del hombre frente a la mujer, incorpora a sus más íntimas creencias la de que unos seres son superiores a otros sólo por su sexo. Es fácil extrapolar esta idea a la de superioridad por la raza, por la lengua, etc.

El primer paso para afrontar el reto de la erradicación de la violencia de género es aprender a detectarla. Los grandes dictadores siempre introducen sus doctrinas solapadamente, manipulan la comunicación. La violencia de género suele manifestarse en primer lugar cómo agresión verbal en sus formas más encubiertas. Es muy importante conocer sus mecanismos, porque las secuelas psicológicas de los malos tratos psíquicos son iguales o más graves que las de los malos tratos físicos.

Siempre hay alguien que pregunta ¿por qué ella no se va? en vez de preguntar ¿por qué él la agrede?. La sociedad suele poner el centro de gravedad de los malos tratos en la víctima, buscando las razones por las que merece o se deja maltratar, y justifica al agresor diciendo que es un enfermo o un borracho.

Las y los profesionales de salud, psicología, asistencia social y otros especialistas involucrados en el tema, tienen un importante papel que jugar en la detección, atención, derivación de la víctima y denuncia si fuera necesario.

Para iniciar la erradicación de la violencia de género podemos empezar a estar atentas y atentos a nuestro lenguaje sexista, a la educación que damos a nuestros/as hijos/as, a nuestros roles en la sociedad, a las agresiones verbales solapadas que aguantamos y, sobre todo, a nuestro pensamiento.²⁹



APLICACIÓN DEL ENFOQUE O PERSPECTIVA DE GÉNERO EN LA VIDA PERSONAL Y PROFESIONAL

Perspectiva de género

Cuando se habla de perspectiva de género, se hace alusión a una herramienta conceptual que busca mostrar que las diferencias entre mujeres y hombres se dan no sólo por su determinación biológica, sino también por las diferencias culturales asignadas a los seres humanos.

Mirar o analizar alguna situación bajo la perspectiva de género, permite entonces entender que la vida de mujeres y hombres puede modificarse en la medida en que no está “naturalmente” determinada. Esta perspectiva ayuda a comprender más profundamente no sólo la vida de las mujeres sino también la de los hombres y las íntimas relaciones que se dan entre ambos. Este enfoque cuestiona los estereotipos con que somos educados y abre la posibilidad de elaborar nuevos contenidos de socialización y relación entre los seres humanos.

El empleo de esta perspectiva, plantea la necesidad de solucionar los desequilibrios que existen entre mujeres y hombres, mediante acciones como:

- » Redistribución equitativa de las actividades entre los sexos (en las esferas de lo público y privado).
- » Justa valoración de los distintos trabajos que realizan mujeres y hombres, especialmente en lo referente a la crianza de los hijos-as, el cuidado de los/as enfermos/as y las tareas domésticas.
- » Modificación de las estructuras sociales, los mecanismos, reglas, prácticas y valores que reproducen la desigualdad.
- » El fortalecimiento del poder de gestión y decisión de las mujeres.

Aplicado al proceso de desarrollo, la perspectiva de género se pregunta por los aportes y los beneficios diferenciados de las políticas públicas en la calidad de vida de mujeres y hombres, lo que significa derribar el mito de la neutralidad de las políticas en el diseño y ejecución de las mismas. De igual forma, hace visible a las mujeres como sujetos potenciales del desarrollo superando las visiones fragmentadas que las consideran como “grupos vulnerables” o ciudadanas de segunda categoría.

En síntesis, se puede afirmar que la perspectiva de género permite comprender las características socioculturales tanto de las mujeres como de los hombres que posibilitan la discriminación y exclusión de éstas.

Analizar que el género no alude exclusivamente a las mujeres, sino a la relación entre los sexos. Por lo tanto, incluir la palabra “mujer” en los proyectos o calificar todos los sustantivos en femenino y masculino, no es suficiente para suprimir las inequidades entre los sexos.

Entender que las relaciones de género no se producen de forma aislada sino siempre como una dimensión articulada con otras variables de diferenciación social como la clase, la edad, la preferencia sexual, el credo religioso y la etnia.

La familia y luego la sociedad enseñan a las personas desde la niñez, el rol que se espera tengan en su vida, con respecto a su condición de género.

La situación de dependencia de la mujer respecto al hombre, tiene repercusiones muy importantes sobre la salud reproductiva, ya que en numerosos casos la mujer no puede decidir sobre su vida sexual, es dependiente de su marido y es él quien decide sobre la cantidad de hijos que va a tener la pareja, sin considerar la salud de la mujer, de los y las hijas y la situación económica de la familia.

En algunos sectores, la hombría se asocia al hecho de hacer parir muchos/as hijos/as y esta situación limita el desarrollo personal e integral de las mujeres y de los/as hijos/as.

Actualmente, con los cambios sociales y económicos, se modifican los roles que cada miembro de la pareja desempeña en el seno de las familias. Muchas mujeres trabajan fuera del hogar y otras son jefas de familia; es decir, que aportan el sustento económico. Esto afecta considerablemente su situación, ya que las mujeres cumplen una doble carga de trabajo (las responsabilidades propias en su casa, en cuanto a educación, cuidado y crianza de sus hijos e hijas y además sus obligaciones laborales remuneradas), lo que repercute sobre su calidad de vida y las somete a condiciones de salud deficientes para afrontar nuevos embarazos.

Si bien ha habido cambios en cuanto al trabajo de la mujer, éstos no se han visto acompañados de un mayor involucramiento del hombre en la responsabilidad del hogar y en el valor que se asigna a los y las hijos/as.

Por lo tanto, los resultados de los cambios no parecen ser favorables a la salud reproductiva, siendo necesario sensibilizar a hombres y mujeres, sobre su compromiso y responsabilidad procreacional.³⁰

La perspectiva de género busca fortalecer la familia, promover relaciones equitativas, armónicas y solidarias entre hombres y mujeres y la promoción de la igualdad de derechos y oportunidades para niños, niñas, jóvenes, mujeres, hombres y adultos mayores.

Esta perspectiva busca promover un conjunto de medidas de equidad que permitan compensar las desventajas que les impiden disfrutar por igual, de los beneficios del desarrollo y tener un acceso igualitario a las decisiones públicas y privadas. Es considerada como la visión a lograr en el largo plazo.

Esta perspectiva considera los problemas, necesidades e intereses que surgen de las desigualdades socialmente constituidas, para que mujeres y hombres puedan realizarse plenamente en su identidad, roles y capacidades, sin discriminación alguna.³¹

31.- Luis Pedro Menacho Chiok. Imenacho[arroba]mimdes.gob.pe. Bibliotecario Profesional. Licenciado en Bibliotecología y Ciencias de la Información. Administrador de Empresas. Maestría en Administración. Lima – Perú, 2006



APLICACIÓN DE LA EQUIDAD DE GÉNERO A LA ACCIÓN DE LA FUERZA ARMADA SALVADOREÑA EN EL ÁMBITO EXTERNO E INTERNO

Las fuerzas armadas de cada país deben velar, como siempre se afirma, por la seguridad de los habitantes de su país.

Los viejos esquemas de la seguridad, centrados en aspectos militares y emanados de la Guerra Fría, deben cambiarse, suplantándose por la idea de avanzar hacia un mundo fundado sobre la base de un humanismo global.

Esta es la base esencial del concepto de seguridad humana, cuyo objetivo primordial es situar a la persona y su protección como el eje articulador de la paz internacional. El concepto se fundamenta además en la creciente universalización de los valores y principios establecidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en la actual tendencia hacia el reconocimiento pleno del individuo como sujeto del Derecho Internacional.

En los años 80 surge el concepto de “seguridad humana”, pero su divulgación masiva ocurre en 1994, cuando el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) centra en esta idea su informe sobre Desarrollo Humano.

El PNUD identifica 8 dimensiones de la seguridad, económica, financiera, alimentaria, sanitaria, ambiental, personal, de género, comunitaria y política. En el caso latinoamericano los aspectos claves que inciden en la seguridad de las personas se vinculan a la falta de democracia en lo político, a la inequidad en lo económico, la discriminación en lo social y a redes criminales que acrecientan la violencia humana.

Según la definición de la Comisión de Seguridad Humana, “La seguridad humana significa proteger las libertades vitales y a las personas expuestas a amenazas y a ciertas situaciones, robusteciendo su fortaleza y aspiraciones. También significa crear sistemas políticos, sociales, ambientales, económicos, militares y culturales que faciliten a las personas los elementos básicos de supervisión, dignidad y medios de vida”.³²

Se puede establecer, por tanto, una clara diferenciación entre las políticas de seguridad nacional, centradas en la integridad territorial de un Estado y la libertad para determinar su forma de gobierno, y el concepto de seguridad humana, que pone el acento en la gente y las comunidades, y en particular sobre los civiles que se encuentran en situaciones de extrema vulnerabilidad, sea en contextos de guerra o de marginación social y económica.

32.- Social Watch. “Obstáculos a la seguridad humana”. 2004. Nueva York, EUA.

Seguridad Humana y Género

El objetivo de la seguridad humana no sólo es la protección de las personas, sino para su empoderamiento para que puedan valerse por sí mismas. Este objetivo coincide también con el Programa de Acción para una Cultura de Paz y con la Declaración del Milenio, aprobados por la Asamblea General de la ONU en 1999 y 2000, respectivamente.

La Declaración del Milenio, que fue aprobada por 189 países, y que consigna los principales objetivos y compromisos específicos que asumen los países para el 2015 define ocho objetivos básicos:

- » Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
- » Lograr la enseñanza primaria universal.
- » Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
- » Reducir la mortalidad infantil.
- » Mejorar la salud materna.
- » Combatir el VIH-sida, el paludismo y otras enfermedades.
- » Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
- » Fomentar la asociación mundial para el desarrollo.

El empoderamiento de la mujer y la igualdad de género son centrales para la seguridad humana. A menos que los enfoques de seguridad humana se utilicen para mejorar la situación de las mujeres en sus familias y comunidades, se convertirán en otra idea noble que no se trasladará a los hechos.

Un enfoque de seguridad humana centrado en las personas es, de hecho, un enfoque neutro en cuanto al género. Este enfoque suele estar sesgado contra las mujeres ya que supone que las experiencias de los hombres son la norma. Por tanto, dada la ausencia de una discusión expresa en torno a las desigualdades de género, la suposición de que el enfoque centrado en las personas incluye automáticamente a la perspectiva de género suena vacía.

La plataforma de Acción de Beijing aboga por la incorporación de la perspectiva de género a todas las estructuras, instituciones, políticas y programas. Es esencial comprender el concepto de seguridad humana desde una perspectiva de género, para mejorar la seguridad humana de las mujeres de manera integral y holística. Eso significa que las metas y objetivos de igualdad entre los géneros deben incorporarse al enfoque de la seguridad humana. Estos temas se relacionan con la cuestión central de las diferencias entre la seguridad de la mujer y la del hombre.³³

En forma específica, incorporar la perspectiva de género a la seguridad humana, implica trabajar por la eliminación de la violencia de género, las desigualdades en el poder, la toma de decisiones y los derechos humanos de la mujer en todos los ámbitos, incluyendo en la Fuerza Armada de El Salvador.



33. Social Watch. No hay seguridad humana sin igualdad de género". 2004. Nueva York.

ACOSO SEXUAL

Es un comportamiento o acercamiento sexual no deseado por la persona que lo recibe y que provoca efectos perjudiciales en el ambiente laboral y educativo...” (Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia, quien cita la Colección de Metodologías No. 4, tomo 6, Costa Rica, 1996), que afecta el desempeño, el cumplimiento y el bienestar personal de la persona acosada. Los acercamientos pueden ser desde miradas, invitaciones o comentarios insinuantes.

Igualmente, se trata de una acción que se dirige a exigir, manipular, coaccionar o chantajear sexualmente a una persona del sexo opuesto o del mismo sexo y que procura obtener algún tipo de gratificación a cambio.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID / Glosario FIRE, En: Internet [URL]: <http://www.fire.or.cr/glosario.htm>).

ADHESIÓN A UN TRATADO

La adhesión es el acto por el cual un Estado que no ha firmado un tratado expresa su consentimiento en llegar a ser parte de ese tratado, depositando un instrumento de adhesión. La adhesión tiene los mismos efectos jurídicos que la ratificación, la aceptación o la aprobación. Muchos tratados multilaterales modernos prevén la adhesión incluso durante el período en que el tratado está abierto para su firma.

(Naciones Unidas. “Manual de tratados”, Sección de Tratados de la Oficina de Asuntos Jurídicos; Convención de Viena de 1969, Art. 1, apartado b, párrafo 1 y Art.15)

ADOPCIÓN DE UN TRATADO

La adopción es el acto formal por el cual las partes negociadoras establecen la forma y el contenido de un tratado. El tratado es adoptado mediante un acto específico en el que se expresa la voluntad de los Estados y las organizaciones internacionales participantes en la negociación de ese tratado. La adopción puede ser también el mecanismo utilizado para establecer la forma y el contenido de las enmiendas a un tratado, o los reglamentos derivados del tratado.

(Convención de Viena de 1969, Art.9; Naciones Unidas, “Manual de tratados”. Ob.cit. pp. 49-50).

ÁMBITO PRIVADO

El ámbito privado constituye el espacio y las acciones que están vinculadas a la familia y lo doméstico, donde las mujeres tienen un papel protagónico que no es valorado en todas sus dimensiones por la sociedad. Este es un nivel primario para la reivindicación de sus derechos.

Pero una noción más amplia sugiere que el espacio privado corresponde con lo económico, y como segunda referencia sumaria lo privado económico remite al mercado. La última idea, plantea que “el corazón del ámbito privado es el mercado, donde se relacionan capitales, competidores y capitalistas asalariados, cuyo fin es maximizar la ganancia, que es privada” (Torres, Rivas: 1994: 60).

En el mundo mercantil, para que lo privado funcione con eficacia se requiere del poder del Estado, entendido este, como fundamento de lo público y lo político. Así se puede sostener que lo privado no puede existir sin lo público, y éste no podría existir hoy día sin el mercado; o sea que son dos categorías imbricadas en la realidad que muchas veces cuesta precisar sus límites.

El ámbito de la sociedad civil desde donde se desarrolla y analiza el trabajo con perspectiva de género, es también un espacio privado, donde surgen intereses sociales no familiares y como producto de la organización económica tiende a agruparse por afinidades, a crear diversas formas organizativas que conducen a demandar, reivindicar o conflictuar como intereses colectivos. Es una dinámica independiente del Estado y al mismo tiempo está fuera de la producción mercantil.

Conviene agregar que en esta noción, lo contrario a lo colectivo no es lo individual, sino lo que no tiene sentido de comunidad, donde la idea es trascender a lo privado individual y a los intereses sociales privados organizados en intereses colectivos y públicos (Ídem).

(Fuentes: Glosario de género y salud. USAID / Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario: Generando en perspectiva. IIDH / Torres Rivas, Edelberto. “La gobernabilidad centroamericana en los noventa” . En: ¿Qué será de Centroamérica?: Gobernabilidad, Legitimidad Electoral y Sociedad Civil. (Compiladores: Gunther Maihold y Manuel Carballo Quintana), Fundación Friedrich Ebert, 1ª edición, Costa Rica, 1994) .

ÁMBITO PÚBLICO

“Espacio y acciones relacionados con la producción y la política, donde se definen las estructuras económico-sociales de las sociedades y que constituyen el espacio tradicionalmente masculino” (Glosario de género y salud. USAID / Glosario: Generando en perspectiva. IIDH).

La contradicción aparente que provoca este término, está en que los productos económicos y sociales que se derivan de las decisiones tomadas en el espacio público tienen una connotación privada que se expresa en el proceso productivo.

Pero hay que señalar que el sector público no es todo el Estado, sino mas bien aquella parte de la economía que es controlada por éste (Tomassini: 1994: 21).

Operativamente, y desde el ángulo político, el espacio público en nuestro medio se entiende como “un amplio marco institucional y jurídico de representación y control político, en el cual las ciudadanas y ciudadanos encuentran la garantía jurídica para hacer efectivos sus derechos y deberes en el llamado Estado de Derecho (Torres: 2001: 27,28).

Por otra parte, y de una forma vivencial, el ámbito público “se refiere a las organizaciones y grupos a través de los cuales una persona participa activamente en la vida social, económica o política de una sociedad” (<http://www.siscom.or.cr/cdp/proyecu/cuadernos/modulo1-2/cuad4/cuad4-3.html>).

Podemos ver con esta última acepción del término, que los límites conceptuales entre el espacio público y privado no son rígidos, ya que en ambas categorías se encuentran dimensiones analíticas que están imbricadas en la realidad; algo así como que el espacio público contiene al privado y viceversa.

(Fuentes: Glosario de género y salud. USAID / Visión de género, En: Internet [URL]: <http://www.siscom.or.cr/cdp/proyecu/cuadernos/modulo1-2/cuad4/cuad4-3.html>; Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia).

ANÁLISIS DE GÉNERO

Proceso teórico-práctico que permite analizar de forma diferenciada los roles, los espacios y los atributos que la construcción social adjudica tanto a las mujeres como a los hombres; pero además visualizándolos dentro de un sistema de relaciones de poder. Es decir, que dicho análisis permite detectar “la política de las relaciones de género” y los ajustes que han de realizarse por parte de las instituciones para alcanzar la equidad entre hombres y mujeres.

Por lo tanto implica estudiar formas de organización basados en relaciones dadas entre hombres y mujeres, identificando el trabajo productivo y reproductivo, el acceso y el control de beneficios, limitaciones y oportunidades, así como la capacidad organizativa de hombres y mujeres para promover la igualdad.

En términos operativos el análisis de género es el primer paso para la elaboración de cualquier política y la planificación de planes o programas tendiente a transformar la naturaleza del desarrollo basados en la desigualdad.

(Fuentes: Glosario de género y salud. USAID / Glosario de términos sobre género; Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y Familia / Visión de género. En: Internet [URL]: <http://www.siscom.or.cr/cdp/proyecu/cuadernos/modulo1-2/cuad4/cuad4-3.html> / Glosario del género. En: Internet [URL]: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/región/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacto/genero/iii.htm>).

ANDROCENTRISMO

Es la organización de las estructuras económicas, socioculturales y políticas a partir de la imagen del hombre; un enfoque que fundamenta las experiencias humanas, el protagonismo de la historia y el desarrollo desde una perspectiva masculina.

De esta forma, este concepto alude a una cosmovisión masculina del conjunto de relaciones sociales. Ésta tiene su sustento más reciente en la tradición religiosa judeocristiana, en la que la misma experiencia religiosa construye esa visión masculina de la divinidad, y en el ejercicio religioso es esa figura masculina la que sigue siendo destacada y avalada por las diferentes religiones. En ella no hay cabida para que las mujeres dirijan el culto, por ejemplo el Papa y su iglesia no admiten las sacerdotisas en el catolicismo.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID / Glosario: Generando en perspectiva. IIDH).

AUTOESTIMA

Es una valoración interna que un ser humano realiza de sí mismo. Tiene por tanto una significación no solo subjetiva, sino además psicológica acerca de cómo se observa desde su propia perspectiva humana. Al tener este carácter subjetivo, se estaría indicando que lo importante para mantener una adecuada autoestima, no es cómo me perciben los demás, sino cómo me siento y cómo me veo internamente. Producto de esa observación se puede tener una idea o actitud de aprobación o de desaprobación de uno (a) mismo (a).

También interviene el carácter psicológico, que puede hacer cambiar a la persona de acuerdo con el estado de ánimo producido por alguna experiencia particular, pero que en términos generales no va a afectar de forma duradera su autoestima, por ser una cualidad más permanente en cada ser humano forjada en su proceso de socialización.

(Fuentes: Visión de género En: Internet [URL]: <http://www.siscom.or.cr/cdp/proyecu/cuadernos/modulo1-2/cuad4/cuad4-3.html> / Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID).

CONCEPTO DE DERECHOS HUMANOS

La noción de derechos humanos se corresponde con la afirmación de la dignidad de la persona frente al Estado. La sociedad contemporánea reconoce que todo ser humano, por el hecho de serlo, tiene derechos frente al Estado, derechos que éste, o bien tiene el deber de respetar y garantizar o bien está llamado a organizar su acción a fin de satisfacer su plena realización. Estos derechos, atributos de toda persona e inherentes a su dignidad, que el Estado está en el deber de respetar, garantizar o satisfacer son los que hoy conocemos como derechos humanos.

(Nikken, Pedro. "El concepto de derechos humanos". En: IIDH, Estudios básicos de derechos humanos I. San José, C.R. Pág.15).

CONCIENCIA FEMINISTA

Se refiere a la “toma de conciencia acerca del hecho que las mujeres pertenecen a un grupo subordinado y que como integrantes de éste han sufrido daño”. Implica tener la claridad de que tal subordinación no es un hecho natural, sino un producto social.

Esta conciencia implica además desarrollar el sentido de hermandad entre las mujeres, lo mismo que definir con autonomía sus metas y estrategias a seguir para lograr la construcción de una “visión alternativa del futuro”, que bien puede entenderse como la aspiración por construir un mundo más humano y solidario.

(Fuente: Glosario de género y salud. USAID).

CONDICIÓN DE LA MUJER

Son los factores y mecanismos sociales, económicos y culturales que mantienen a la mujer en una situación desventajosa y subordinada en relación con el hombre. La forma en que se expresa esta subordinación varía según el contexto histórico y cultural. La condición de la mujer como herramienta conceptual y operativa para el análisis, supone tomar en cuenta su estado material, que se expresa en el nivel de satisfacción de sus “necesidades prácticas”, como son el acceso a servicios agua, electricidad, vivienda, atención sanitaria, empleo e ingresos, etc.

Este concepto contempla el bienestar material de la mujer, ubicando las circunstancias concretas en que se desenvuelve dentro de su medio social, y que tienen que ver con los roles y funciones que la sociedad le asigna.

(Fuentes: Glosario de género y salud. USAID / Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Visión de género, En: Internet [URL]: <http://www.siscom.or.cr/cdp/proyecu/cuadernos/modulo1-2/cuad4/cuad4-3.html> /).

CONSTRUCCIÓN SOCIAL DE LA IDENTIDAD DE GÉNERO

Se refiere a la definición de las características y los atributos que son reconocidos como masculinos o como femeninos, así como el valor que se les asigna en una determinada sociedad. Debe entenderse como parte de un proceso cultural, social e histórico, conocido como proceso de socialización, durante el cual se configuran y se asumen la identidad femenina y masculina.

La construcción social de la identidad del género tiene aspectos comunes y particulares que cambian de un grupo social a otro, de acuerdo con su acervo cultural, valores y ámbitos o espacios geográficos diferenciados. De este modo se puede hablar de “construcciones sociales” de la identidad de género, en referencia a que no se trata de la construcción de un solo proceso social, sino de muchos. De ahí la heterogeneidad de identidades femeninas y masculinas que se observan en la sociedad.

(Fuente: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID / Glosario: Generando en perspectiva. IIDH).

CONVENCIÓN

Actualmente el término “convención” se utiliza generalmente para los tratados multilaterales formales con un amplio número de partes. Normalmente, los instrumentos negociados con los auspicios de una organización internacional o un órgano de ésta, se titulan convenciones.

(Fuente: Naciones Unidas. “Manual de tratados”. Ob. Cit. Pp.51-52).

CUOTAS DE PARTICIPACIÓN POLÍTICA

El sistema de cuotas de participación política es un mecanismo de la democracia que en principio alude al derecho que tienen hombres y mujeres de participar en igualdad de condiciones en la vida pública. La cuota de participación supone entonces un derecho político de mujeres y hombres, en condiciones de igualdad como lo establecen las constituciones políticas. La igualdad formal “de todas las personas ante la ley”, en la práctica no ha sido real ni efectiva, ya que no solo para los sectores de menor poder económico, sino además para las mujeres, los mecanismos y las cuotas de participación política han sido y siguen siendo excluyentes por una serie de factores objetivos y subjetivos que escapan al dominio de esos grupos postergados de la participación y que son manejados desde la perspectiva del poder político dominante. Por esas razones, el sistema de cuotas en la región, enfrenta enormes retos. Solamente pocos países como Argentina, Colombia, Venezuela, Paraguay y Panamá, han logrado la representación de mujeres en el parlamento del orden del 30% en los años 90, cuota similar a la de países como Alemania con un 30.9% (Torres: 2001:45).

La Cuota Mínima de Participación de las Mujeres, busca crear mejores “condiciones de igualdad y equidad entre mujeres y hombres” en el ámbito político. Este mecanismo se ha concebido como una “medida temporal y transitoria” para dar paso a la igualdad por resultado que, luego de lograrse, será desechado. Así mismo, el establecer cuotas por sexo pretende ampliar el concepto de representación, permitiendo que la mitad de la población (las mujeres) sea proporcionalmente representada, logrando un mejor balance entre mujeres y hombres, y un mayor perfeccionamiento de la democracia política.

Otro aspecto que merece destacarse es que el sistema de cuotas ha pasado a ser un “valor positivo” en el ámbito político, al ser cada vez más aceptado tanto por hombres como por las mismas mujeres de los partidos políticos que al inicio parecían menos convencidas de utilizar este sistema.

El último elemento que también parece fundamental, es un convencimiento de que la participación política es la que permite obtener posiciones de poder, desde las cuales impulsar procesos de transformación en el sistema político vigente. Para ello, el sistema de cuotas es una condición indispensable.

(Fuentes: Torres García, Isabel. La aplicación de la cuota mínima de participación de las mujeres: ¿ficción o realidad? Un diagnóstico para Costa Rica . Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, Centro para el Progreso Humano, 1ª edición, San José, C.R., febrero 2001).

DATOS DESAGREGADOS POR SEXO

Se entiende como la “descomposición” de los datos y la información estadística desglosándolos por sexo y grupo étnico. Por lo tanto es una distinción que se hace de la población a partir de las diferencias biológicas que son permanentes.

En términos de la planificación para el desarrollo, la desagregación de los datos por sexo constituye un importante criterio, por lo que a una escala de lo local, es un mecanismo fundamental para desarrollar experiencias cada vez más participativas y equitativas desde el punto de vista del género. También revela la condición de las mujeres, como puede ser la falta de oportunidades en la toma de decisiones y en aspectos laborales, lo cual limita el ejercicio de la equidad en el desarrollo.

(Fuente: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia).

DECLARACIONES DE LOS ESTADOS

Declaración interpretativa: Una declaración interpretativa es aquella hecha por un Estado respecto a su entendimiento de alguna cuestión abarcada por el tratado o su interpretación de una disposición particular. A diferencia de las reservas, las declaraciones aclaran simplemente la posición del Estado y no tienen por objeto excluir o modificar los efectos jurídicos de un tratado. (Fuente: Naciones Unidas. *Ibidem*. Pág.53).

Declaración obligatoria: Una declaración obligatoria es aquella requerida por el mismo tratado. A diferencia de las declaraciones interpretativas, las obligatorias son vinculantes para el Estado que las hace.

(Fuente: Naciones Unidas. *Idem*).

DECLARACIÓN FACULTATIVA

Una declaración facultativa es la que un tratado prevé expresamente, pero no exige. Las declaraciones facultativas al igual que las obligatorias, son vinculantes para el Estado que las formula.

DEMOCRACIA PARITARIA

Este concepto surge en el contexto del debate que ha generado la elaboración del concepto de “género”, y que fundamentalmente plantea el razonamiento de que las desigualdades (incluidas las del plano político) entre mujeres y hombres no son naturales ni extraterrenas, sino que han sido producidas por las sociedades humanas, de tal forma las diferencias de sexo son biológicas pero la desigualdad en la condición y posición social son productos de las diferencias culturales de género, es decir de lo que cada sociedad considera como femenino o masculino (Diccionario Electoral, Tomo I, 2000, pág. 307); en otros términos: la desigualdad entre hombres y mujeres no es natural, sino una construcción social.

En el plano político el discurso de género permea el debate de las desigualdades en la participación política y el desempeño de puestos de decisión entre hombres y mujeres. Así, el mecanismo de las “cuotas de participación política” para que las mujeres accedan equitativamente a los puestos de representación ya es una realidad en varios países de Latinoamérica. Este proceso está transformando los mecanismos de elección a cargos públicos, debido a que las mujeres han comenzado a exigir la implantación de cuotas porcentuales; de paso se ha provocado una interesante discusión que ha llegado a modificar incluso las ideas sobre democracia y han aparecido conceptos con gran capacidad de instalarse en el debate, como el de “democracia paritaria”.

Entonces, con el concepto de “democracia paritaria” se alude en principio a la posibilidad de eliminar las “desigualdades injustas” entre mujeres y hombres en el ejercicio del poder; consecuentemente, implica la paridad de las cuotas de participación política de forma proporcional. En esos términos la cuota de participación política de la mujer es un componente clave para llegar a la “democracia paritaria”, la que se instalará al lograr una representación equilibrada de mujeres y hombres en las funciones decisorias de la política.

(Fuentes: Diccionario Electoral, tomo I, pág. 306-307 / Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres: 100 palabras para la igualdad).

DÉFICIT DEMOCRÁTICO CON RELACIÓN AL GÉNERO

Es el efecto provocado por una participación política desequilibrada entre hombres y mujeres, lo que repercute en una disminuida legitimidad democrática.

(Fuente: Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres: 100 palabras para la igualdad).

DERECHO DE LAS MUJERES A LA PARTICIPACIÓN POLÍTICA

La Comisión Andina de Juristas, al referirse al derecho a la participación política y el acceso a cargos públicos expresa que esta se refiere a la “...facultad en virtud de la cual los ciudadanos intervienen en forma directa o indirecta en la formación del gobierno del Estado, y que a diferencia de otros derechos humanos que protege a todas las personas que están bajo la tutela del Estado, este derecho particular protege a los ciudadanos; o sea a aquellas personas que tienen vínculos jurídicos con el Estado por ser nacionales de éste...y que están en plena facultad para participar de la formación del respectivo gobierno. No se permite hacer distinción alguna de ciudadanos en lo concerniente al goce de esos derechos por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opiniones políticas, origen social, posición económica, nacimiento o cualquier otra índole”.

Existen tres manifestaciones sustanciales para el ejercicio de este derecho: 1) El derecho a votar y a ser elegido o elegida. 2) El derecho de toda persona a participar en la dirección de los asuntos públicos y 3) El derecho a tener acceso a la función pública.

También la participación política de las mujeres incluye la participación en organizaciones y movimientos sociales y en otras actividades y formas de participación, como son las tendientes a influir o incidir en la gestión del Estado o en las relaciones de poder entre los distintos grupos de la sociedad. Esta participación política de la mujer es parte de la noción integral que debe tenerse acerca de la ciudadanía.

(Fuentes: Torres García, Isabel. La aplicación de la cuota mínima de participación política de las mujeres : ¿ficción o realidad?. Un diagnóstico para Costa Rica, 1ª edición, San José, C.R. : Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, 2001).

DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS

Los derechos civiles y políticos tienen por objeto la tutela de la libertad, la seguridad y la integridad física y moral de la persona, así como de su derecho a participar en la vida pública. Por su naturaleza son considerados derechos de carácter individual, inmediatamente exigibles y cuyo respeto representa para el Estado una obligación de respuesta, susceptible de control jurisdiccional.

Se trata en esencia, de derechos que se ejercen frente -y aun contra- el Estado y proveen a su titular de medios para defenderse frente al ejercicio abusivo del poder político, en ese sentido, basta constatar un hecho que los viole y que sea legalmente imputado al Estado para que este pueda ser considerado responsable de la infracción.

Su vigencia depende, en buena medida, de la existencia de un orden jurídico que los reconozca y garantice.

Algunos de los derechos civiles y políticos son:

- » Derecho a la vida: contra la privación de la vida y la “desaparición”.
- » Derecho a la integridad física: contra la tortura.
- » Derecho a la libertad: contra la esclavitud y la detención ilegal.
- » Derecho a la igualdad ante la ley.
- » Derecho a la libertad de expresión.
- » Derecho a que se respete la vida privada.
- » Derecho a vivir sin violencia en la familia; no se permite la violencia familiar contra las mujeres, los niños y niñas o las personas ancianas.
- » Derecho al acceso a la información.

- » Derecho a la libre circulación (refugiados, exiliados, emigrados, desplazados).
- » Derecho a una nacionalidad.
- » Derecho a ejercer cualquier actividad.
- » Derecho a elegir y ser electo / a.
- » Derecho a la libertad de reunión o asociación.
- » Derecho a la honestidad administrativa (contra la corrupción de los gobernantes y funcionarios públicos).

(Fuentes: Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, Adoptado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966, entró en vigor el 23 de marzo de 1976; Nikken, Pedro. Ob. Cit. Pág. 29).

DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES

Los derechos económicos, sociales y culturales, se refieren a la existencia de condiciones de vida y de acceso a los bienes materiales y culturales en términos adecuados a la dignidad inherente a la familia humana. Por su naturaleza, al conjunto de estos derechos se le atribuye mas bien un carácter colectivo.

Estos, a diferencia de los civiles y políticos, son derechos exigibles solo en la medida en que el Estado disponga de los recursos para satisfacerlos, puesto que las obligaciones contraídas en este ámbito son de medio o de comportamiento. De ahí, que el control del cumplimiento de este orden de obligaciones implica algún tipo de juicio sobre la política económico-social de los Estados, cuestión que escapa, regularmente, a la esfera judicial. Es por ello que la protección de tales derechos, suele ser confiada a instituciones más político-técnicas que jurisdiccionales.

Algunos derechos económicos, sociales y culturales:

Derechos económicos:

- » Derecho al trabajo .
- » Derecho a buenas condiciones laborales.
- » Derecho a un salario justo.
- » Derecho a la libertad de trabajo: Contra el trabajo forzado, la prostitución y la servidumbre por deudas.
- » Derecho a la libertad y organización sindical.
- » Derecho a la propiedad.

Derechos sociales:

- » Derecho a comer y a vestirse.



- » Derecho a tener una vivienda digna.
- » Derecho a gozar de salud y atención médica.
- » Derecho a educarse.
- » Derecho a vacaciones y divertirse sanamente.

Derechos culturales:

- » Derecho a disfrutar de la creación artística del propio pueblo.
- » Derecho a los beneficios de la ciencia y de los avances de la técnica.
- » Derecho al propio idioma.
- » Derecho a la propia cultura.
- » Derecho a la propia religión.

(Fuentes: Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966, entró en vigor el 3 de enero de 1976; Nikken, Pedro, ob.cit. Pág. 31).

DERECHOS DE LAS MUJERES

En primera instancia, se parte de la noción fundamental de que los derechos de las mujeres están integrados dentro del ámbito global de los derechos humanos para todo ser humano, hombre o mujer.

En segunda instancia, con el movimiento feminista se abrió el debate sobre los derechos con perspectiva de género, y se evidenció que el “género” no solo se refería a “las maneras en las cuales los roles, las actitudes, los valores y las relaciones con respecto a los niños y niñas, mujeres y hombres se construyen en las sociedades...”; sino que además el “género” también construye instituciones sociales como el derecho, la religión, la familia, la ideología, etc., en las que se crean posiciones sociales distintas para una asignación desigual de derechos y responsabilidades entre los sexos.

El desarrollo de la perspectiva de género, contribuyó a visibilizar las relaciones de poder entre los sexos y, por lo tanto, la discriminación padecida por las mujeres en todas las esferas sociales. De esta forma se empezaron a visibilizar toda una gama de “intereses y necesidades humanas”, lo mismo que violaciones a los derechos humanos, sentidas mayoritariamente por mujeres y que no eran perceptibles desde la perspectiva androcéntrica.

Por lo tanto los derechos de las mujeres hacen referencia al conjunto de “intereses y necesidades” de la población femenina develados por el debate promovido desde la perspectiva de género y que, en el contexto de los derechos humanos, constituyen una ampliación de los derechos humanos de forma específica para la población femenina. Esto le da un carácter inclusivo al tema de los derechos humanos universales, lo que debe entenderse como un avance sustantivo en dicha materia.

(Fuente: Facio, Alda. Asegurando el futuro. Las instituciones de derechos humanos y los derechos reproductivos).

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Son un conjunto de derechos relativos a las decisiones sobre la propia vida reproductiva de manera libre e informada y ejercer el control voluntario y seguro de la fertilidad, libre de discriminación, coerción y / o violencia. Implica el derecho a disfrutar de los niveles más altos de salud sexual y reproductiva.

En términos prácticos, es el derecho de toda pareja o de hombres o mujeres a decidir en forma individual, libre y responsablemente el número de hijos/as y los espacios temporales entre los nacimientos.

Estos deben ser concebidos dentro del ámbito global de los derechos humanos y, de forma especial tomando en cuenta el derecho de las mujeres a su salud reproductiva. Esto significa considerar el derecho a la vida de cada mujer relacionado con no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o el parto, así como su derecho a la integridad personal, libre de una vida de violencia y de la explotación sexual; su derecho a la intimidad y la vida privada; el derecho a la igualdad y la no discriminación por razones de género; el derecho al matrimonio y a fundar una familia; el derecho a la educación, que incluye la de carácter sexual y reproductiva; el derecho a la información adecuada y oportuna en todos los campos de su vida; el derecho a modificar las costumbres discriminatorias contra la mujer; y, el derecho a disfrutar del progreso científico en el área de la reproducción humana, que incluye el derecho a no ser objeto de experimentación en ese mismo campo.

En resumen, se trata de una visión integradora del derecho a la “salud reproductiva”, que no se limita solamente a los aspectos individuales de la mujer o de la pareja, sino que se amplía en el espacio social y cultural en que se desenvuelven, para de ese modo aspirar a procrear en un ambiente de mayor seguridad individual y colectiva.

(Fuentes: Facio, Alda. Asegurando el Futuro. Las instituciones nacionales de derechos humanos y los derechos reproductivos / Glosario: Generando en perspectiva. IIDH).

DESARROLLO CON ENFOQUE DE GÉNERO

Concepto que se refiere a la construcción de relaciones de equidad y solidaridad entre géneros como condición para la realización personal y el desarrollo integral.

Parte de la idea central de que mujeres y hombres son actores del desarrollo, por lo que ambos deben tener acceso a los recursos, los beneficios que genere y sobre todo el acceso compartido a las decisiones. Sin embargo, es importante recordar que hombres y mujeres tienen necesidades y expectativas diferentes que el desarrollo debe proveerles, por lo tanto las políticas de desarrollo que se impulsen tienen que responder además a esas necesidades específicas de hombres y mujeres, y en esa medida diseñar las estrategias adecuadas para asegurarles las oportunidades de acceso a los recursos y beneficios de los géneros.

El fundamento de este concepto propone que para que haya desarrollo con enfoque de género, se debe trabajar en la sustentación de la equidad como principio generador de oportunidades para mujeres y hombres, poniendo énfasis en la situación particular que atraviesa la mujer en determinados contextos laborales, comunitarios y familiares, donde y por la forma en que se ha estructurado la división del trabajo y las funciones asignadas tanto a hombres como a mujeres, suele ocurrir que las mujeres aparecen en clara desventaja respecto a los hombres. Esta lógica es la que se debe superar para optar por un desarrollo más equitativo.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID).

DISCRIMINACIÓN CONTRA LAS MUJERES

Al revisar la bibliografía disponible, este concepto se maneja de forma homóloga con el de discriminación de género; es decir, que si bien en términos conceptuales no es lo mismo definir género que mujer, encontramos en los materiales un uso indistinto entre ambas categorías. En tal sentido la siguiente noción refiere a ambos aspectos:

La discriminación contra la mujer es “toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, social, cultural y civil, o en cualquier esfera, sobre la base de la desigualdad del hombre y la mujer” (Glosario de género y salud. USAID).

DISCRIMINACIÓN ELECTORAL CON SESGO DE GÉNERO

“Discriminar significa aplicar un tratamiento inferior a un grupo de personas en razón de un atributo, sea adscrito o adquirido. Se considera adquirido en el caso de que la persona tenga...una orientación sexual minoritaria...o posiciones”, como sería el caso de adherir una ideología que no es legitimada según la opinión mayoritaria de la gente o del poder dominante. Será adscrito en el caso de ser parte de una comunidad que manifiesta esos caracteres desde su origen o nacimiento, por ejemplo la discriminación por pertenecer a una “raza”, comunidad determinada, o bien por ser parte de un género que es percibido socialmente como inferior.

La discriminación electoral con sesgo de género, entonces, es una forma de discriminar a las mujeres a quienes se les impidió su derecho a ejercer el voto; no es sino hasta la segunda mitad del siglo XX, cuando en el continente americano se empieza a abolir formalmente esta práctica discriminatoria, pero que aun en varios países persisten de hecho, mecanismos discriminatorios de tipo electoral para este género en particular.

(Fuente: IIDH, Diccionario Electoral, Tomo I, pág. 421 y 422)

DISCRIMINACIÓN INDIRECTA EN FUNCIÓN DEL SEXO

Refiere a una situación en la que una ley, un reglamento, una política o una práctica, aparentemente neutrales, tienen un impacto desproporcionadamente adverso sobre los miembros de uno u otro sexo, a menos que la diferencia de trato se pueda justificar por otros factores objetivos.

(Fuente: Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres: “100 palabras para la igualdad”).

DISCRIMINACIÓN POSITIVA

El concepto surge en el contexto de la denominada discriminación electoral, donde para algunos especialistas en el tema, este tipo de discriminación es producto de los “efectos de los sistemas electorales”, sobre todo el referido a reducir el número de partidos políticos o sus representantes, sea por medio de la llamada “barrera electoral” (disposiciones normativas que regulan o limitan el acceso a la participación política de algunos partidos políticos o candidatos, que no alcanzan una cuota de votación determinada, por lo que no tienen derecho a ocupar un escaño en el Parlamento o el Congreso), o bien por discriminaciones ad hoc que imposibilitan la representación de grupos minoritarios.

Dentro de este marco, se plantea la “discriminación positiva”, que significa “el establecimiento de normas que buscan, intencionadamente, favorecer a un determinado sector que hasta el momento se consideraba minoritario, realizando una acción afirmativa de derechos de las minorías”. Esta legislación de protección es un mecanismo que intenta revertir una discriminación existente en algún lugar o país, imponiendo limitaciones y reservando espacios de acción para personas o sectores que se han mantenido hasta entonces excluidos.

Por su parte el enfoque de género trata también de que hayan leyes que obliguen a los partidos políticos a presentar candidatas que tengan opciones reales de ser elegidas; igualmente la Convención de la ONU sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer, prevé la aplicación de medidas especiales y de carácter temporal para acelerar la igualdad entre hombres y mujeres.

Para hacer viable la discriminación positiva, ésta se materializa creando una representación especial o en arreglos “consociacionales” que reservan un número de bancas o escaños a un sector de la sociedad. Un ejemplo en América Latina de este método de corrección electoral es Colombia, donde la Constitución de 1992 creó circunscripciones especiales para la minoría indígena y para las llamadas “negritudes”. En el caso de los indígenas pueden postularse en las elecciones quienes hayan tenido algún tipo de autoridad tradicional-tribal. Para cada grupo se previó dos escaños en el parlamento, y después se ha ampliado a tres para los indígenas.

Otras formas de implantar la discriminación positiva lo constituyen la aplicación de normas legales, una política pública, una decisión judicial o un lineamiento oficial vía decreto, que busque la igualdad de oportunidades ya sea para las mujeres, los pueblos indígenas, afrodescendientes, adultos mayores, niños “de” y “en” la calle u otros grupos discriminados socialmente.

Por eso, la acción afirmativa responde a una necesidad concreta, en determinado tiempo y lugar que es moralmente obligatoria y a la vez legal, y sirve como mecanismo para neutralizar los desequilibrios derivados del género, la etnia o las exclusiones socioeconómicas, entre otras causas de discriminación.

(Fuentes: IIDH, Diccionario Electoral, Tomo I, pág. 425, 426 y 427 / Elementos conceptuales sobre racismo contenidos en los documentos preparados para el IIDH / BID, en el marco de las actividades preparatorias de la Conferencia mundial contra el racismo, la discriminación racial y la xenofobia),

DIVISIÓN SEXUAL DEL TRABAJO

Una primera noción respecto a este concepto alude a la “división del trabajo socialmente establecida con base en las diferencias sexuales”. De este modo, se incluiría la noción acuñada de “división genérica del trabajo”, la cual “alude a la atribución diferencial que se hace convencionalmente de capacidades y destrezas de mujeres y hombres, y consecuentemente a la distribución de distintas tareas y responsabilidades en la vida social...”.

Esto significa que socialmente al hombre se le ha dado el rol de “proveedor” de la familia y a la mujer el de “reproductora”, responsable del hogar y la crianza de los/as hijos/as. Extensivamente, vemos que se trata de una división del trabajo por género, pero que “es específica de cada cultura y época en particular”, por lo que no se trata de una división social del trabajo universal y rígida, sino que posee un carácter flexible. De ahí que se considere que puede adaptarse a la realidad particular en la que serían definitorias determinadas circunstancias socioeconómicas de una comunidad, región o grupo familiar -tales como enfermedad, ausencia de un miembro clave, pérdida de empleo o de ingresos-, la degradación de recursos naturales, o la influencia de un proyecto de desarrollo local o regional. En estos casos, la división sexual del trabajo o por género, tiende a diluir o desaparecer en términos de los roles “tradicionales” de mujer y hombre que socialmente les han sido dados.

Sin embargo en un contexto más general, los hombres están más dedicados al rol de proveedor realizado en el proceso productivo de un modo casi exclusivo aunque de vez en cuando asuman tareas que son consideradas más propias de las mujeres. Para las mujeres, el rol productivo es secundario, sobre todo en sociedades subdesarrolladas; debe ser realizado con otros roles de forma simultánea y lidiar con las “demandas conflictivas” que unos y otros presentan dentro de límites temporales muy concretos.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID / Glosario del género, En: Internet [URL]: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/región/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacto/genero/iii.htm>).

DOMINACIÓN DE GÉNERO

Es la “capacidad de controlar y decidir sobre la vida del otro género. En un sistema de género, donde el dominio es patriarcal, se establecen relaciones no equitativas entre hombres y mujeres. Además se asegura el monopolio de poderes de dominio al género masculino y a los hombres, mientras el género femenino y las mujeres quedan sujetas al dominio masculino. Por eso los hombres suelen normar a las mujeres, dirigirlas y controlarlas, casi de manera incuestionable” .

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID) .

EMPODERAMIENTO

El término ha sido acuñado por los movimientos feministas y de mujeres para describir el proceso de toma de conciencia de género, así como para la toma de posición con respecto al poder en sociedades patriarcales y el accionar personal y colectivo que les conduzca a diseñar formas alternativas para su ejercicio.

También puede entenderse como el “proceso que experimentan individual y colectivamente los seres humanos que sufren la discriminación, entre ellos las mujeres, en el cual adquieren valoración de sí mismas, conocimientos, destrezas y habilidades que les permiten, gradualmente, decidir su propio destino...”. Este proceso de empoderamiento, tiene como referente u objetivo central, que las mujeres “amplíen su poder relativo frente al hombre”.

Esta última acepción, significa que el empoderamiento en términos operacionales se inicia mediante un proceso de capacitación que permite el desarrollo de las capacidades, destrezas y habilidades que hagan a la mujer participar activamente en los procesos económicos, sociales y políticos.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID / Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres: “100 palabras para la igualdad” / Glosario: Generando en perspectiva. IIDH).

ENFOQUE DE GÉNERO

Es la “forma de observar la realidad con base en las variables “sexo” y “género” y sus manifestaciones en un contexto geográfico, étnico e histórico determinado. Este enfoque permite visualizar y reconocer la existencia de relaciones de jerarquía y desigualdad entre hombres y mujeres expresadas en opresión, injusticia, subordinación, discriminación mayoritariamente hacia las mujeres”.

También podría homologarse con el término “perspectiva de género”, debido a que se define como “el enfoque o contenido conceptual que le damos al género para analizar la realidad y fenómenos diversos, evaluar las políticas, la legislación y el ejercicio de derechos, diseñar estrategias y evaluar acciones...”.

Desde este punto de vista, se considera que se trata de una “perspectiva teórico-metodológica”, que implica una forma de ver la realidad y una forma de intervenir o actuar en ella.

Las perspectiva de género se caracteriza por ser “inclusiva”, al incorporar al análisis otras categorías como la “clase”, la “etnia” y “edad”; asimismo observar y comprender cómo opera la discriminación, al abordar aspectos de la realidad social y económica de mujeres y hombres con el fin de equilibrar sus oportunidades para el acceso equitativo a los recursos, los servicios y el ejercicio de derechos.

Igualmente, el enfoque de género permite cuestionar el “androcentrismo” y el “sexismo” existente en los ambientes sociales y laborales, al mismo tiempo que propone estrategias para erradicarlos; visibiliza las experiencias, intereses, necesidades y oportunidades de las mujeres con miras al mejoramiento de las políticas, programas y proyectos institucionales; y, por último, aporta herramientas teóricas, metodológicas y técnicas para formular, ejecutar y evaluar estrategias que conduzcan al empoderamiento de las mujeres.

(Fuentes: Segunda parte: El marco teórico de los cursos-taller sobre derechos humanos de las mujeres: la perspectiva de género y la protección internacional de los derechos humanos / Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID.).

EQUIDAD DE GÉNERO

Equidad equivale a justicia. “Es dar a cada cual lo que le pertenece, reconociendo las condiciones o características específicas de cada persona o grupo humano (sexo, género, clase, religión, edad). Es el reconocimiento de la diversidad...” sin que esto implique razones para discriminar.

De esta forma la equidad de género, entendida como el conjunto de características o rasgos culturales que identifican el comportamiento social de mujeres y hombres, lo mismo que las relaciones que se producen entre ellos, deben basarse sobre relaciones de equidad; es decir, que cada cual (hombre y mujer en el plano individual o colectivo) reciban en su justa proporción lo que como seres humanos les corresponde de acuerdo con las necesidades y condiciones que les impone determinado contexto social y temporal.

La equidad entonces como principio, es condición indispensable y necesaria para lograr la igualdad de género, de ahí que se le considere como elemento complementario de esa igualdad. La equidad pone en perspectiva tanto la diversidad y la desigualdad ya sea en el plano social, económico, político y cultural. Por lo mismo, trabaja sobre la base de que tanto las mujeres y los hombres tienen derecho a “acceder a las oportunidades” que les permita en forma individual y colectiva alcanzar una mayor igualdad y mejorar su calidad de vida.

De este modo, la equidad se traduce en eje transversal que trasciende la condición de género como tal, para proyectarse al desarrollo humano y social como máxima aspiración.

(Fuentes: Torres García, Isabel. La aplicación de la cuota mínima de participación de las mujeres : ¿ficción o realidad?. Un diagnóstico para Costa Rica . Fundación Arias para la Paz y el Progreso Humano, Centro para el Progreso Humano, 1ª edición, San José, C.R., febrero 2001 / Glosario de género y salud. USAID / Equidad, igualdad y género: glosario OPS /).

EVALUACIÓN CON ENFOQUE DE GÉNERO

Es el control con criterios de género que se establece sobre cualquier propuesta de política para verificar que se hayan evitado posibles efectos discriminatorios y para promover la igualdad y la equidad Una evaluación con enfoque de género debe basarse en el criterio de promoción de la participación equitativa y la visualización de los obstáculos que las imposibilitan.

(Fuente: Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres: 100 palabras para la igualdad).

FEMINISMO

Proviene del vocablo francés féminisme, que significa “mujerismo”, el que fue establecido a inicios del siglo XIX y que hacía referencia a quienes defendían los derechos de la mujer. Una de las tantas acepciones del concepto alude “a la necesidad de cambiar la condición de subordinación de la mujer, como requisito pleno para el desarrollo pleno de sus potencialidades”.

Otros esfuerzos por argumentar el concepto de una forma mucho más sólida sostienen que el feminismo comprende varios elementos que van desde el punto de vista doctrinario, como movimiento social, como categoría reivindicativa y quizás como planteamiento político para el cambio.

Así, como doctrina, el feminismo aboga por la igualdad de los derechos sociales y políticos de las mujeres respecto de los hombres; como movimiento social y organizado para la concreción de esos derechos; luego como lucha reivindicativa de las demandas del colectivo de mujeres y de los planteamientos teóricos que han creado; y, por último, como argumento político que destaca la necesidad de un “cambio profundo” que asegure la equidad.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID).

FEMINIZACIÓN DE LA POBREZA

Categoría de análisis que se refiere a una desproporcionada representación de las mujeres entre los pobres, con respecto a los hombres. La pobreza se ha feminizado si el porcentaje de las mujeres dentro de la población considerada como pobre, supera al porcentaje de mujeres pertenecientes a esa población en su conjunto. Es decir, si las mujeres constituyen el 50% de una determinada población total y, a su vez, representan el 70% de los pobres (incluidos los hombres y las mujeres), significa que la pobreza las está afectando desproporcionadamente.

Para entender mejor este fenómeno, se deben tomar en cuenta los siguientes elementos:

- a. Debe haber un predominio cuantitativo de las mujeres entre los pobres.
- b. El impacto de las causas de la pobreza con sesgo de género, no es fortuito, sino que obedece a procesos que acontecen en contextos específicos locales, regionales y nacionales.
- c. La tendencia progresiva y desproporcionada en la representación de las mujeres entre los pobres, constituye un “proceso” que se consolida, y no una coyuntura particular.
- d. Hay que visibilizar la pobreza femenina y a las mujeres como sujetos sociales.

También otro elemento de apoyo para la comprensión de este fenómeno es el análisis de la estructura económica prevaeciente, donde las mujeres se incorporan al mercado laboral con menores capacidades para insertarse, dada la falta de inversión en desarrollo humano destinado al sector femenino. Esto no les permite el acceso a las oportunidades para mejorar sus ingresos, sobre todo en contextos sociales regionales o de las periferias de ciudades capitales donde existe menor instrucción, y las condiciones sociales de este grupo son de mayor exclusión.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario: Generando en perspectiva. IIDH).

FIRMA DE TRATADOS

Se distinguen dos tipos: firma definitiva y firma simple. Firma definitiva (no sujeta a ratificación). La firma definitiva ocurre cuando un Estado expresa su consentimiento en obligarse por un tratado al firmarlo, sin necesidad de ratificación, aceptación o aprobación. Un Estado puede firmar definitivamente un tratado sólo cuando el tratado lo permita.

(Fuente: Convención de Viena de 1969, Art.12; Naciones Unidas. *Ibíd.* Pág. 55) Firma simple a reserva de ratificación.

La firma simple se aplica a la mayoría de los tratados multilaterales. Esto significa que cuando un Estado firma el tratado la firma está sujeta a ratificación, aceptación o aprobación. Es decir, el Estado no ha expresado su consentimiento en obligarse por el tratado hasta que éste sea ratificado, aceptado o aprobado.

(Fuentes. Convención de Viena de 1969, Artos. 14 y 18; Naciones Unidas. Idem).

GENERO VRS ETNICIDAD

Refiere a “las relaciones en determinados grupos o conglomerados humanos, que de acuerdo con su cultura y organización social poseen una cosmovisión, una vinculación con los recursos naturales, una vestimenta, modos de producción; practican ritos y ceremonias; formas bajo las cuales manifiestan aspectos propios de la convivencia entre hombres y mujeres”.

Se dice que en general esta etnicidad de la sociedad no es incorporada democráticamente al Estado, pues históricamente, este último no ha sido representativo de esa pluralidad étnica; al contrario, se sostiene que todas las etnias están sujetas al dominio nacional y quienes pertenecen a ellas padecen problemas de discriminación, de explotación y situaciones de pobreza y miseria, las cuales se manifiestan con mayor crudeza y profundidad en las mujeres quienes además sufren en su vida cotidiana la opresión masculina.

(Fuente: Elementos conceptuales sobre racismo contenidos en los documentos preparados para el IIDH / BID, en el marco de las actividades preparatorias de la Conferencia mundial contra el racismo, la discriminación racial y la xenofobia).

HOSTIGAMIENTO SEXUAL

“Acción que va dirigida a exigir, manipular, coaccionar o chantajear sexualmente a personas del sexo opuesto o del mismo sexo. Provoca efectos perjudiciales en el ambiente laboral y educativo, afectando el desempeño y cumplimiento, así como el bienestar personal”.

Otra característica fundamental es que se trata un comportamiento sexual que no es deseado por la víctima, porque afecta la dignidad de la persona acosada, ya sea una mujer o un hombre. Algunos de los espacios sociales donde suele ocurrir es en el ámbito laboral, y mediante el comportamiento insinuante ya sea de superiores o de compañeros de trabajo.

(Fuentes: Glosario de género y salud. USAID / Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres: “100 palabras para la igualdad”).

IDENTIDAD DE GÉNERO

“Alude al modo en que el ser hombre o mujer viene prescrito socialmente por la combinación de rol y estatus, atribuidos a una persona en función de su sexo y que es internalizado por cada persona. Las identidades y roles atribuidos a uno de los sexos son complementarios e interdependientes con los asignados al otro; así por ejemplo, dependencia en las mujeres e independencia en los hombres”.

(Fuentes: Glosario de género y salud. USAID / Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia).

INVISIBILIZACIÓN DE LAS MUJERES

“Desvalorización que hace la sociedad de las actividades realizadas por las mujeres, considerándolas como naturales”. Un ejemplo es el concepto generalizado que tiene la sociedad sobre los oficios domésticos y el cuidado de niños, adultos mayores o de animales, que son percibidos como parte de los roles de la mujer.

(Fuente: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID).

MACHISMO

“Fenómeno sociocultural que exalta los valores masculinos, la hombría, la virilidad, el poder de los hombres, expresado con violencia, fuerza y, ante todo, la actitud de superioridad y dominio sobre las mujeres”.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID).

MISOGINIA

“Actitud de odio o desprecio a las mujeres por el solo hecho de ser mujeres”. También se sostiene que la hostilidad contra las mujeres es un rasgo político de la misoginia.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID).

NECESIDADES PRÁCTICAS DE GÉNERO

Son las que derivan de las actividades o roles que desempeñan hombres y mujeres, y que se orientan a facilitar el cumplimiento de ese rol. Por eso, suelen percibirse a la mujeres como madres, amas de casa y proveedoras de las necesidades básicas de la familia, donde surgen necesidades que se perciben de forma inmediata y que tienen que ver con la sobrevivencia y deficiencias en las condiciones de trabajo que

se traducen en necesidades como: falta de alimentos, de agua potable, de vivienda, de energía eléctrica, de instalaciones sanitarias, de empleo, de ingresos.

Estas necesidades de hombres y mujeres ubicados en los niveles sociales bajos, usualmente están ligadas a “estrategias de supervivencia”, lo que no permite que la mujeres superen esta posición desventajosa y no promueve la igualdad.

Entonces es importante distinguir que las mujeres y los hombres asumen unos roles sociales que son diferentes entre sí, y que el acceso y control sobre los recursos y los beneficios dependen del tipo de relaciones establecidas entre ellos.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario del género, En: Internet [URL]: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/región/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacto/genero/iii.htm>).

Visión de género, En: Internet [URL]: <http://www.siscom.or.cr/cdp/proyecu/cuadernos/modulo1-2/cuad4/cuad4-3.html>).

NECESIDADES ESTRATÉGICAS DE GÉNERO

Un elemento fundamental para comprender las necesidades estratégicas es el concepto de “poder”, entendido en este caso como un eje vertebral desde donde se articulan tales necesidades estratégicas, por lo que las demandas de género se asocian con el aumento de control sobre los beneficios, los recursos y oportunidades por parte de las mujeres, para que mejoren su posición.

En tal sentido, están referidas a “todo aquello que hay que remediar para superar la posición subordinada de las mujeres a los hombres en la sociedad, y tienen que ver con la potenciación de la mujeres”.

También estas necesidades varían de acuerdo con el contexto social, económico y político en el que tienen lugar, usualmente tienen relación con problemas de igualdad, como la capacitación de las mujeres para que accedan a oportunidades de trabajo y de información, a remuneración igual que la de los hombres por trabajo de igual valor, al derecho a la propiedad de la tierra, la prevención del acoso sexual en el trabajo, la violencia doméstica y su libertad de elección acerca de la maternidad.

Resumiendo: se trata de necesidades que apuntan hacia cambios sustanciales en áreas estratégicas como son: las leyes, la educación libre de sexismo, modelos de desarrollo participativos, ciudadanía plena para las mujeres y una vida sin violencia. Por lo tanto se trata de demandas que se pueden cambiar, toda vez que se parta del principio de que la situación en que surgen son un producto social e histórico.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Archivo: Glosario del género, En: Internet [URL]: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/región/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacto/genero/iii.htm> / Visión de género, En: Internet [URL]: <http://www.siscom.or.cr/cdp/proyecu/cuadernos/modulo1-2/cuad4/cuad4-3.html> / Glosario: Generando en perspectiva. IIDH).

PARTICIPACIÓN DE LA MUJER EN EL DESARROLLO

Este enfoque, surgido en la década de los 70, está orientado a satisfacer las necesidades básicas de la mujer y la familia, reducir su carga de trabajo, propiciar su independencia económica y su integración a la comunidad de forma equitativa.

Se refiere a la necesidad de que la mujer participe activamente en la promoción de su propio desarrollo en diversas instancias creadas para ese propósito. Implica un verdadero empoderamiento tanto organizativo como respecto de la toma de decisiones relacionadas con su propia visión de estos procesos.

En el terreno práctico, las acciones derivadas de este enfoque se relacionan con la apropiación de servicios esenciales para el desarrollo como el acceso a la salud, nutrición, vivienda, agua potable y a la generación de ingresos como suplemento de la economía doméstica. Este enfoque parte del supuesto de que la subordinación de la mujer cambiará cuando ella participe en el desarrollo socioeconómico.

Otro alcance de esta propuesta es que los proyectos pueden ser asistenciales, como en el caso de programas materno infantiles que toman como parámetro a la familia, o de carácter económico para la generación de ingresos como un mecanismo atractivo para la participación de la mujer. De hecho, un proyecto de esta índole supone una visión más adecuada del desarrollo a partir de la cual la mujer se integra como sujeto activo y no pasivo para transformar la realidad.

(Fuente: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia).

PLANIFICACIÓN CON ENFOQUE DE GÉNERO

“Planificación que convoca a todos los actores afectados, a todos los recursos involucrados, para lograr una solución en términos de factibilidad real; esto es, en términos políticos integradores y que relaciona la variable “género” dentro del proceso, a partir de la realización del diagnóstico, la formulación de programas y proyectos con perspectiva de género, tanto los generales como los dirigidos exclusivamente a mujeres, y el diseño estratégico de género.

Se destaca en la definición que el centro de interés de la planificación con perspectiva de género no es la mujer como categoría separada, sino el género. Esto toca las dimensiones y relaciones sociales desiguales entre mujeres y hombres. En el fondo de este planteamiento, subyace la conquista de un “desarrollo equitativo y sostenible” que garantice la distribución de los beneficios derivados del proceso.

En un nivel general, la planificación de género ligada a procesos de negociación y debate, se relaciona con los temas de la redistribución del poder dentro de los hogares, la sociedad civil, el Estado y la sociedad como tal, que implican un cambio de actitudes y de capacidades de concertación.

(Fuente: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia).

PODER

En la noción política y de carácter moderno, el poder alude a tres aspectos básicos como son: a) el poder entendido como una “capacidad” de la que se dispone para hacer algo, en este caso, el hecho de tener la fuerza para hacerlo; b) el poder concebido como una institución que para ser legítima supone el “consentimiento” de aquellos sobre quienes lo ejerce; y, c) el poder analizado como “una característica inherente de las relaciones sociales diversas que tienen lugar en la sociedad”, y que para autores estudiosos del tema como Michel Foucault, esta dinámica del poder está explícita en instituciones sociales como la escuela, los hospitales, las prisiones y los asilos; por lo que sostiene que nadie consigue estar fuera del poder; pero a la vez sostiene que, “allí donde hay poder hay resistencia”. (IIDH, Diccionario Electoral, 2000, Tomo II, pág. 1000-1005).

Bajo esta acepción se puede entender que “los poderes de dominio son sociales, grupales y personales, permiten enajenar, explotar y oprimir a otra (o)...son el conjunto de capacidades que permiten controlar la vida de otros (as), de expropiarle bienes, subordinarle, y dirigir su existencia...implica las capacidades de juicio, de castigo y finalmente de perdón...se convierte a su vez, en quien posee la verdad, la razón y la fuerza” (Glosario de términos sobre género, C.M,F, pág.22).

Desde el punto de vista del género, se comprende la distribución de poderes en el sistema patriarcal; por ejemplo, se establecen relaciones asimétricas entre hombres y mujeres, asegurando el monopolio del poder al género masculino, y dejando en desventaja al género femenino. De esta forma, los hombres construyen las normas que las mujeres deben cumplir, siendo estos los mecanismos para “dirigirlas” y “controlarlas”, evaluar sus conductas y discriminarlas. Dichos mecanismos de control se concretan en las relaciones sociales y personales coaccionándolas por medio de las leyes, el amor, la supresión de sus bienes o la violencia.

En vista de lo anterior, también se dice que en las sociedades patriarcales existen diversas relaciones de poder que se pueden agrupar en 1) las relaciones intergenéricas, que son las que establecen los hombres sobre las mujeres; y, 2) las intragenéricas, o sea las que se dan entre hombres y entre mujeres. En ambos casos las relaciones de poder se ven condicionadas por razones de raza, la etnia, el grupo étnico y la clase social a la que pertenece cada individuo.

(Fuentes: Diccionario Electoral, San José Costa Rica, # 2, 2000 / Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia).

POSICIÓN DE LA MUJER

Es la “posición económica relativa de la mujer con respecto al hombre. Se mide por ejemplo, de acuerdo a la diferencia entre los salarios del hombre y de la mujer y de las oportunidades de empleo, participación en los cuerpos legislativos, vulnerabilidad ante la pobreza y la violencia...” . Como herramienta conceptual, el término se refiere al cómo se encuentra ubicada la mujer en la estructura de poder que prevalece socialmente.

De forma más precisa, la posición de la mujer se refiere a la condición social y económica expresada en las diferencias de salarios entre hombres y mujeres, su

participación en las instituciones donde usualmente ocupan puestos de decisión secundarios o subalternos con respecto a los ocupados por hombres; también por la vulnerabilidad que la mayoría de mujeres presentan en materia de pobreza y la violencia que puedan enfrentar muchas de ellas en el plano social y familiar.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID / Glosario: Generando en perspectiva. IIDH).

PROTOCOLO

Un protocolo tiene las mismas características jurídicas que un tratado. En general, un protocolo enmienda, complementa o aclara un tratado multilateral. La ventaja de un protocolo es que si bien está vinculado al acuerdo matriz, puede centrarse con mayor detalle en un aspecto determinado de ese acuerdo.

RATIFICACIÓN, APROBACIÓN O ACEPTACIÓN

La ratificación, la aprobación y la aceptación se refieren todas ellas al acto realizado en el plano internacional mediante el cual un Estado establece su consentimiento en obligarse por un tratado. Estos actos internacionales, no deben confundirse con el acto de ratificación en el plano nacional, que puede requerirse que un Estado realice, de conformidad con sus propias disposiciones constitucionales, antes de que consienta en obligarse internacionalmente. Sin embargo, se considera que la ratificación en el plano nacional es inadecuada para establecer el consentimiento del Estado en obligarse en el plano internacional.

(Fuente: Convención de Viena de 1969, Art.2, párr.1, apartado b; Artos. 11,14 y 16).

RELATOR ESPECIAL DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA CONDICIÓN DE LA MUJER

La Relatoría Especial sobre la condición de la mujer, con inclusión de sus causas y consecuencias, se creó en 1994, por resolución de 1994 / 45 tras la propuesta de la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos de Viena.

La relatoría “tiene el mandato principal de buscar y recibir información sobre la violencia de la que las mujeres son objeto, con atención a sus causas y efectos, debiendo dar eficaz respuesta a dicha información”. También le compete recomendar medidas orientadas a acabar con la violencia contra la mujer, erradicar sus causas y reparar sus consecuencias. Es pues un “mecanismo temático” de la comisión de importancia para el movimiento de mujeres.

En nuestro medio, el mandato principal consiste en analizar e informar en qué medida las leyes y prácticas de los estados miembros relacionados con los derechos de la mujer observan las obligaciones consignadas en la Declaración Americana de los Derechos Humanos y Deberes del Hombre y en la Convención Americana sobre Derechos Humanos.

Como aspiración, la Relatoría busca convertirse en un grupo de trabajo coordinado por un / a integrante de la Comisión y compuesto por expertos / as; también crear

un fondo voluntario sobre Derechos de la Mujer; así como la adopción de medidas para la promoción y protección de los derechos de las mujeres.

(Fuente: Segunda parte: El marco teórico de los cursos-taller sobre derechos humanos de las mujeres: la perspectiva de género y la protección internacional de los derechos humanos).

RESERVA

La reserva es una declaración hecha por un Estado mediante la cual se pretende excluir o alterar los efectos jurídicos de ciertas disposiciones de un tratado en su aplicación a ese Estado. Una reserva puede permitir a un Estado participar en un tratado multilateral en los casos en que de otro modo no podría o no querría participar. Los Estados pueden formular reservas a un tratado cuando lo firman, ratifican, aceptan o aprueban o se adhieren a él. Cuando un Estado hace una reserva en el momento de la firma, debe confirmarla en el momento de la ratificación, aceptación o aprobación. Algunos tratados prohíben las reservas o sólo permiten ciertas reservas especificadas.

(Fuente: Convención de Viena de 1969, Art. 2, párr.1, apartado d, Artos.19 al 23).

SALUD REPRODUCTIVA

“Estado general de bienestar físico, mental y social y no una mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva incluye la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, de procrear, al igual que la libertad de decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con qué frecuencia”.

En el último aspecto recién expuesto, está implícito el derecho de hombres y mujeres de estar informados y tener acceso a los métodos de regulación de la fertilidad, seguros, eficaces, asequibles y aceptables, del mismo modo que el derecho de acceder a servicios de salud adecuados que permitan a la mujer dar a luz en forma segura y contar con altas probabilidades de tener un hijo sano.

El concepto de salud reproductiva incluye el de “regulación de la fertilidad”. Para organismos como la Organización Mundial de la salud (O.M.S.), implica la utilización de distintos métodos como el retraso del embarazo, el uso de anticonceptivos, el tratamiento de la infertilidad, la interrupción de embarazos no deseados y la alimentación con leche materna. Este concepto parece admitir la inclusión del aborto dentro de la noción de salud reproductiva.

De acuerdo con la definición de salud reproductiva de la Conferencia Mundial sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en el Cairo, en 1994, respecto a la regulación de la fertilidad se recoge el derecho del hombre y de la mujer a obtener información sobre la planificación de la familia a su elección, “...así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos y el acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables...”. Es decir, contempla la ilegalidad del aborto.

Este mismo documento insiste, en la necesidad de que todos los países adopten medidas para asegurar la planificación de la familia lo antes posible o al menos para el año 2015, y que “deberían tratar de proporcionar una gama de métodos seguros y fiables de planificación de la familia y servicios conexos de salud reproductiva que no estén legalmente permitidos”.

(Fuente: Glosario (Catálogo de palabras oscuras). En: Internet [URL]: <http://www.alertamexico.org.mx/glosario.htm>).

SISTEMAS DE GÉNERO

Se entiende como el “conjunto de estructuras socioeconómicas y políticas que mantiene y perpetúa los roles tradicionales de lo masculino y femenino, así como lo clásicamente atribuido a hombres y a mujeres”.

Este término también se puede homologar con el de “contrato social de género”, el cual alude a un conjunto de pautas implícitas y explícitas que rigen las relaciones entre hombres y mujeres, y se les atribuyen a unas y otras distintos trabajos y distinto valor, responsabilidades y obligaciones. Lo anterior se sustenta en tres niveles: a) la superestructura cultural (normas y valores de la sociedad), b) las instituciones (sistemas de protección de la familia, la educación y el empleo, etc.), y c) los procesos de socialización (aquí destaca la familia).

(Fuente: Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres: “100 palabras para la igualdad”).

TEORÍA FEMINISTA

“Es un conjunto de razonamientos que priorizan la armonía y la felicidad sobre la producción, el poder y la propiedad, considerando que todas las personas son parte de una red humana de la cual todas dependen; de modo que lo que le pase a una persona, afecta a otra. De esta manera, así como la persona oprimida es deshumanizada, la opresora también pierde su pertenencia a la humanidad en el tanto y en cuanto oprima a otra vida”.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID).

TEORÍA DE GÉNERO

“Utiliza la diferencia entre sexo y género como herramienta heurística central. Busca recoger la diversidad en los modos en que se presentan las relaciones de género, al interior de las distintas sociedades y de la misma sociedad y, a la vez, dar cuenta de la identidad genérica tanto de hombres como mujeres”.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID).

TRABAJO PRODUCTIVO Y REPRODUCTIVO

El trabajo productivo indica aquellas actividades humanas que producen bienes o servicios y que tienen un valor de cambio, por lo tanto que generan ingresos tanto bajo la forma de salario o bien mediante actividades agrícolas, comerciales y de servicios desarrolladas por cuenta propia. Bajo esta acepción de trabajo productivo, se estaría indicando que aquellas actividades realizadas por una mujer o un hombre que no generan ningún tipo de ingresos monetarios son “improductivos”.

El trabajo reproductivo constituye un conjunto de tareas necesarias para garantizar el bienestar y supervivencia de las personas que componen el hogar. Este trabajo reproductivo se entiende en dos niveles fundamentales:

- a. La reproducción biológica: la gestación, el parto y la lactancia del niño.
- b. La reproducción social: mantenimiento del hogar y la reproducción de hábitos, normas que, incluye la crianza, la educación, la alimentación, atención y cuidado de los miembros y organización y, leyes, costumbres y valores de un grupo social determinado.

Se trata de dos categorías de análisis complementarias. El trabajo reproductivo cumple un rol fundamental de carácter biológico y en la reproducción social del individuo para desarrollarlo como ser humano; es decir, este es el nivel donde realmente nos realizamos como seres humanos con principios, valores y costumbres que dicen de nuestra condición humana y sobre todo de seres sociales en constante formación o reproducción. El trabajo reproductivo es entonces la piedra angular de nuestra sociedad.

Por su parte el trabajo productivo le permite a ese ser humano (mujer u hombre), reproducir a su familia desde el punto de vista alimentario y darle todas las demás condiciones sociales necesarias; además, le permite reproducirse el (ella) mismo (a) como persona en sus condiciones materiales de existencia. En suma el trabajo productivo, como producción social, es la fuerza motora que transforma a la sociedad y posibilita el trabajo reproductivo en una relación dialéctica que posibilita la existencia de la humanidad.

(Fuentes: Glosario de términos sobre género. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Glosario de género y salud. USAID / Glosario del género: En: Internet [URL]: <http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/región/ampro/cinterfor/temas/gender/doc/cinter/pacto/genero/iii.htm>).

TRÁFICO DE MUJERES

Es el comercio de mujeres, para convertirlas en “esclavas modernas”, donde se combinan dos propósitos: como mano de obra barata o bien para la explotación sexual. En el fondo el tráfico de mujeres implica la privación de su libertad individual, lo cual atenta contra sus derechos humanos.

(Fuente: Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres: “100 palabras para la igualdad”).

TRANSVERSALIDAD DE GÉNERO

Alude a una “progresiva generización” de la protección internacional de los derechos humanos, “como el fenómeno de transversalidad o impregnación por el género, como concepto o perspectiva de análisis, de la tarea de reconocimiento, promoción y salvaguardia de los derechos humanos...”

La noción de género, al ser “extensa y comprensiva”, enriquece la forma de ver la realidad y actuar sobre ella, para ello diferenciando los tipos de violaciones, sus efectos y la forma de repararlos, ya se trate de mujeres u hombres.

La transversalidad de género implica pues, una visión integradora y muy operativa, que en el caso particular del IIDH, y como estrategia institucional toma como punto de partida la “equidad de género” como eje transversal, que incluye temas como acceso a la justicia, participación política y educación en derechos humanos; además de otros ejes como la “diversidad étnica” y la “interacción Sociedad Civil-Estado”. De igual modo, esa visión integradora del género se observa en algunas organizaciones internacionales que tienen como finalidad la protección de los derechos humanos de las personas, encaminada a consolidar la transversalidad institucional tanto en el plano interno como externo.

(Fuente: El marco teórico de los cursos taller sobre derechos humanos de las mujeres: la perspectiva de género y la protección internacional de los derechos humanos).

TRATADO

El Tratado es un término genérico que abarca todos los instrumentos vinculantes con arreglo al derecho internacional, cualquiera que sea su designación formal, concertados entre dos o más personas jurídicas internacionales.

La Convención de Viena de 1969 define un tratado como “un acuerdo internacional celebrado por escrito entre Estados y regido por el derecho internacional, ya conste en un instrumento único o en dos o más instrumentos conexos y cualquiera que sea su denominación” (Art.2, párr.1, apartado b). En ese sentido, las convenciones, los acuerdos, los protocolos y los canjes de cartas o notas pueden todos ellos constituir tratados. Sin embargo normalmente el término “tratado” se utiliza para instrumentos de cierta importancia y solemnidad.

(Fuentes: Convención de Viena de 1969 y de 1986; Naciones Unidas, “Manual de tratados”, ob.cit. pp.58-59) .

UNIVERSALIDAD DE LOS DERECHOS HUMANOS

La Universalidad es un principio vigente consustancial al reconocimiento original de estos derechos, con lo cual se resalta, que por ser inherentes a la condición humana, todas las personas son titulares de los derechos humanos y no pueden invocarse diferencias de regímenes políticos, sociales o culturales como pretexto para ofenderlos o menoscabarlos.

Este principio plasmado, en la Declaración Universal, se reafirma en la Declaración adoptada por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en Viena en el año 1993.

(Fuentes: Declaración Universal de los Derechos Humanos, Artos.1 y 2; Nikken, Pedro. Ob.cit., pág.22).

VIOLENCIA EN CONTRA DE LA MUJER

Se entiende como cualquier acción o conducta contra personas del sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado el daño, o el sufrimiento físico, sexual o psicológico o muerte de la mujer, así como también las amenazas, la coacción o la privación de libertad, ya sea en la vida pública o privada.

Otras modalidades de la violencia contra la mujer se observan cuando se dan humillaciones, acusaciones falsas, persecución; o bien se le prohíbe salir de casa, trabajar, estudiar, tener amigas, visitar familiares o amenazar con quitarle los hijos(as).

La violencia que viven muchas mujeres refleja una situación generalizada, donde no hay distinción de raza, clase, religión, edad y cualquier otra condición. Se reconoce que es una ofensa a la dignidad humana y una manifestación de las relaciones de poder históricamente desigual entre hombres y mujeres.

De acuerdo con el Comité para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), señala que la discriminación y la violencia contra las mujeres son dos caras de la misma moneda, cuando en su Recomendación General 19, establece que la violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide el goce de derechos y libertades en condiciones de igualdad con el hombre.

Por otra parte, para proteger a las mujeres de la violencia se requiere que los Estados partes asuman sus deberes, dentro de los cuales destaca el fomento de la educación social en la igualdad entre hombres y mujeres. Esto implica la adopción de políticas congruentes con esos deberes, teniendo en cuenta especialmente la situación de mujeres en condiciones vulnerables. Igualmente, se requiere que los Estados partes presenten informes periódicos acerca de los avances de las medidas adoptadas para erradicar y sancionar la violencia contra las mujeres, para que posteriormente sean evaluados por la Comisión Interamericana de Mujeres

(Fuentes: Glosario de género y salud. USAID / Glosario de términos sobre género. Centro Nacional Para el Desarrollo de la Mujer y la Familia / Convención de Belém do Pará) .

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Al-Garaia, Pedro Antonio de Alarcón. "Sociedad de Sexología" -, 13 1º Izda - Granada - 18005 - 958.523.491 - consultas@informacionsexual.com.
2. Beck, Ulrich. 1995. "A reinvencao da politica: rumo a uma teoria da modernizacao reflexiva". En Modernizacao reflexiva: politica, tradicao es estetica na orden social moderna.Org. Ulrich Beck, Anthony Giddens y Scott Lash. São Paulo, Brasil: Ed. Unesp.
3. CEPAL/CDCC (1999, p. 34). Según las cifras disponibles sobre 17 países, alrededor de 1994 la tasa de embarazo adolescente en la región del Caribe era inferior al 15% en 6 países, de 15% a 20% en 7 países y de 20% a 25% en los otros 4 países.
4. Chiarotti, 1999. Sobre la base de los informes presentados ante la Comisión Interamericana de Mujeres (CIM) de la Organización de los Estados Americanos.
5. Fernández de Juan, Teresa. "Relaciones de Autoestima y género. Psicología y Salud". Publication, 01-enero-01.
6. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (1999).
7. García Gaytán, María del Rocío. "ABC del Género en la Administración Pública".
8. Greig, Alan, Michael Kimmel, James Lang. "Men, Masculinities and Development: Broadening our work towards gender equality". Gender in Development Monograph series # 10, Mayo. 2000: Capitulo 5.
8. Kaufman, Michael, 1995 "Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres en Género e identidad". Bogotá: Tercer Mundo Editores. Página 123.
9. MANFRED Max - Neff. "Desarrollo a Escala Humana". Cepaur. Fundación Dag Hammarskjold 1986.
10. Ministerio de Salud Pública Programa Nacional de ITS-VIH-SIDA. "Base de datos. 2004- 2007". El Salvador, 2007.

11. Naciones Unidas, 1995, párrafo 96.
12. Naciones Unidas, “Plataforma de Acción de Beijing1995”. Sistema Único de Monitoreo, Evaluación y Vigilancia Epidemiológica del VIH-SIDA. SUMEVE. 2008.
13. Navarro, Marysa. (2001). “Los encuentros y desencuentros de los estudios de las mujeres y el movimiento feminista”. Mora 7(2001) 108ss.
15. Robert W. Connel: “La organización social de la Masculinidad.”
16. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, “La perspectiva de género: una herramienta para construir equidad entre mujeres y hombres”, Primera Edición, DIF, México, 1997, Pág. 51.
17. Toro Ocampo, Horacio. “Temas de Salud Pública en el Nuevo Contexto de la Salud Reproductiva. Salud reproductiva en los programas de salud pública”, OPS/OMS-FNUAP. p. 48. El Salvador, 2002.
18. www.amss.gob.sv/pages/gobmuni/normativas/politicas/genero.htm
19. www.cepal.org/publicaciones/xml/2/4322/capiii2.htm
20. www.cholonautas.edu.pe / Biblioteca Virtual de Ciencias Sociales
21. www.socialwatch.org/es. “No hay seguridad humana sin igualdad de género”. 2004. Nueva York.
22. www.socialwatch.org/es. “Obstáculos a la seguridad humana”. Nueva York, EUA. 2004.
23. www.undp.org.

UNIDAD

2

“Salud Sexual y Reproductiva”

INTRODUCCIÓN

La salud sexual y reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear de igual forma, así como, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

Esta última condición conlleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información de planificación de la familia, tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, para la regulación de la fecundidad y recibir servicios adecuados de atención de la salud, que permitan embarazos y partos sin riesgos. Los derechos reproductivos comprenden:

- 1.- El reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre esos; disponer de la información de los medios para ello.
- 2.- Alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva y adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacción, ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

La promoción del ejercicio de estos derechos es la base primordial de política y programas estatales y comunitarios en la esfera de la salud reproductiva y planificación familiar. Así quedó plasmado en el programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo celebrada en el Cairo en 1994.

Las cuestiones de salud sexual y reproductiva se insertan en relaciones humanas complejas, donde las emociones, afecto y espiritualidad motivan que las personas en especial las mujeres, se expongan a las bondades o a los riesgos de las relaciones sexuales y la reproducción.

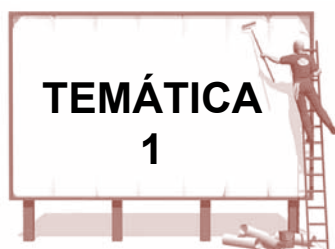
En los foros internacionales se habla de justicia e igualdad como ideales democráticos, pero aún existen diferencias en el acceso a los servicios de salud y en las condiciones de las personas. Cada vez hay más personas pobres demostrando que para millones de seres humanos la salud reproductiva es algo muy difícil de obtener.

Además, la reproducción humana resulta de una compleja trama de relaciones sociales de modo que la procreación, roles de género y organización familiar, responden a sistemas normativos de control social, que pueden ser favorables o no.

OBJETIVOS

- » Identificar los derechos sexuales y reproductivos del hombre y de la mujer en la vida institucional y del país.
- » Reconocer los aspectos que afectan a la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres, por la inequidad de género en la sociedad.
- » Analizar la equidad de género en la sexualidad adolescente, procreación irresponsable, mortalidad materna, uso de anticonceptivos e infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.
- » Conocer la situación actual de la salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres en El Salvador con enfoque de género y derechos.
- » Identificar los avances en la salud sexual y reproductiva en la Fuerza Armada con enfoque de género.

DESARROLLO DE TEMÁTICAS



IDENTIFICACIÓN DE LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DEL HOMBRE Y DE LA MUJER EN LA VIDA INSTITUCIONAL Y DEL PAÍS

En cuanto al tema de Derechos Humanos en América Latina la última década ha sido muy prolífica, tanto en las discusiones como en movilizaciones desde organizaciones y agrupaciones de la sociedad civil en reclamos del respeto y defensa de los mismos. La solicitud de informes y reportes con respecto a la situación de los derechos humanos en los distintos países ha generado cierta concientización de la importancia de la implementación de políticas y acciones para velar tanto por el respeto de los derechos como por su difusión y comprensión en sus más distintas dimensiones.

“Como los derechos humanos y las libertades fundamentales son indivisibles, la realización de los derechos civiles y políticos sin el goce de los derechos económicos, sociales y culturales resulta imposible. La consecución de un progreso duradero en la aplicación de los derechos humanos depende de unas buenas y eficaces políticas nacionales e internacionales de desarrollo económico y social”.³⁴

34.- Proclama de Teherán. Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán el 13 de mayo de 1968.

Derechos humanos para todos

50 Aniversario de la declaración universal de los derechos humanos

Adoptada y proclamada por la Resolución de la Asamblea General 217 A (iii) del 10 de diciembre de 1948 .

El 10 de diciembre de 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó y proclamó la Declaración Universal de Derechos Humanos, cuyo texto completo figura en las páginas siguientes. Tras este acto histórico, la Asamblea pidió a todos los Países Miembros que publicaran el texto de la Declaración y dispusieran que fuera «distribuido, expuesto, leído y comentado en las escuelas y otros establecimientos de enseñanza, sin distinción fundada en la condición política de los países o de los territorios».

Preámbulo

Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana.

Considerando que el desconocimiento y el menosprecio de los derechos humanos han originado actos de barbarie ultrajantes para la conciencia de la humanidad, y que se ha proclamado, como la aspiración más elevada del hombre, el advenimiento de un mundo en que los seres humanos, liberados del temor y de la miseria, disfruten de la libertad de palabra y de la libertad de creencias.

Considerando esencial que los derechos humanos sean protegidos por un régimen de Derecho, a fin de que el hombre no se vea compelido al supremo recurso de la rebelión contra la tiranía y la opresión.

Considerando también esencial promover el desarrollo de relaciones amistosas entre las naciones.

Considerando que los pueblos de las Naciones Unidas han reafirmado en la Carta su fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana y en la igualdad de derechos de hombres y mujeres, y se han declarado resueltos a promover el progreso social y a elevar el nivel de vida dentro de un concepto más amplio de la libertad.

Considerando que los Estados Miembros se han comprometido a asegurar, en cooperación con la Organización de las Naciones Unidas, el respeto universal y efectivo a los derechos y libertades fundamentales del hombre, y considerando que una concepción común de estos derechos y libertades es de la mayor importancia para el pleno cumplimiento de dicho compromiso.

La Asamblea General *proclama la presente*

Declaración Universal de Derechos Humanos como ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios colocados bajo su jurisdicción.

Artículo 1.

Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

Artículo 2.

1. Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.
2. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía.

Artículo 3.

Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

Artículo 4.

Nadie estará sometido a esclavitud ni a servidumbre, la esclavitud y la trata de esclavos están prohibidas en todas sus formas.

Artículo 5.

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.

Artículo 6.

Todo ser humano tiene derecho, en todas partes, al reconocimiento de su personalidad jurídica.

Artículo 7.

Todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley. Todos tienen derecho a igual protección contra toda discriminación que infrinja esta Declaración y contra toda provocación a tal discriminación.

Artículo 8.

Toda persona tiene derecho a un recurso efectivo ante los tribunales nacionales competentes, que la ampare contra actos que violen sus derechos fundamentales reconocidos por la constitución o por la ley.

Artículo 9.

Nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso ni desterrado.

Artículo 10.

Toda persona tiene derecho, en condiciones de plena igualdad, a ser oída públicamente y con justicia por un tribunal independiente e imparcial, para la determinación de sus derechos y obligaciones o para el examen de cualquier acusación contra ella en materia penal.

Artículo 11.

1. Toda persona acusada de delito tiene derecho a que se presuma su inocencia mientras no se pruebe su culpabilidad, conforme a la ley y en juicio público en el que se le hayan asegurado todas las garantías necesarias para su defensa.
2. Nadie será condenado por actos u omisiones que en el momento de cometerse no fueron delictivos según el Derecho nacional o internacional. Tampoco se impondrá pena más grave que la aplicable en el momento de la comisión del delito.

Artículo 12.

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra tales injerencias o ataques.

Artículo 13.

1. Toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado.
2. Toda persona tiene derecho a salir de cualquier país, incluso del propio, y a regresar a su país.

Artículo 14.

1. En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país.
2. Este derecho no podrá ser invocado contra una acción judicial realmente originada por delitos comunes o por actos opuestos a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 15.

1. Toda persona tiene derecho a una nacionalidad.
2. A nadie se privará arbitrariamente de su nacionalidad ni del derecho a cambiar de nacionalidad.

Artículo 16.

1. Los hombres y las mujeres, a partir de la edad núbil, tienen derecho, sin restricción alguna por motivos de raza, nacionalidad o religión, a casarse y fundar una familia, y disfrutarán de iguales derechos en cuanto al matrimonio, durante el matrimonio y en caso de disolución del matrimonio.
2. Sólo mediante libre y pleno consentimiento de los futuros esposos podrá contraerse el matrimonio.
3. La familia es el elemento natural y fundamental de la sociedad y tiene derecho a la protección de la sociedad y del Estado.

Artículo 17.

1. Toda persona tiene derecho a la propiedad, individual y colectivamente.
2. Nadie será privado arbitrariamente de su propiedad.

Artículo 18.

Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia.

Artículo 19.

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el de no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Artículo 20.

1. Toda persona tiene derecho a la libertad de reunión y de asociación pacíficas.
2. Nadie podrá ser obligado a pertenecer a una asociación.

Artículo 21.

1. Toda persona tiene derecho a participar en el gobierno de su país, directamente o por medio de representantes libremente escogidos.
2. Toda persona tiene el derecho de acceso, en condiciones de igualdad, a las funciones públicas de su país.
3. La voluntad del pueblo es la base de la autoridad del poder público; esta voluntad se expresará mediante elecciones auténticas que habrán de celebrarse periódicamente, por sufragio universal e igual y por voto secreto u otro procedimiento equivalente que garantice la libertad del voto.

Artículo 22.

Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

Artículo 23.

1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.
2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.
3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.
4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.

Artículo 24.

Toda persona tiene derecho al descanso, al disfrute del tiempo libre, a una limitación razonable de la duración del trabajo y a vacaciones periódicas pagadas.

Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.
2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

Artículo 26.

1. Toda persona tiene derecho a la educación. La educación debe ser gratuita, al menos en lo concerniente a la instrucción elemental y fundamental. La instrucción elemental será obligatoria. La instrucción técnica y profesional habrá de ser generalizada; el acceso a los estudios superiores será igual para todos, en función de los méritos respectivos.
2. La educación tendrá por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana y el fortalecimiento del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales; favorecerá la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y todos los grupos étnicos o religiosos, y promoverá el desarrollo de las actividades de las Naciones Unidas para el mantenimiento de la paz.

3. Los padres tendrán derecho preferente a escoger el tipo de educación que habrá de darse a sus hijos.

Artículo 27.

1. Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.
2. Toda persona tiene derecho a la protección de los intereses morales y materiales que le correspondan por razón de las producciones científicas, literarias o artísticas de que sea autora.

Artículo 28.

Toda persona tiene derecho a que se establezca un orden social e internacional en el que los derechos y libertades proclamados en esta Declaración se hagan plenamente efectivos.

Artículo 29.

1. Toda persona tiene deberes respecto a la comunidad, puesto que sólo en ella puede desarrollar libre y plenamente su personalidad.
2. En el ejercicio de sus derechos y en el disfrute de sus libertades, toda persona estará solamente sujeta a las limitaciones establecidas por la ley con el único fin de asegurar el reconocimiento y el respeto de los derechos y libertades de los demás, y de satisfacer las justas exigencias de la moral, del orden público y del bienestar general en una sociedad democrática.
3. Estos derechos y libertades no podrán, en ningún caso, ser ejercidos en oposición a los propósitos y principios de las Naciones Unidas.

Artículo 30.

Nada en esta Declaración podrá interpretarse en el sentido de que confiere derecho alguno al Estado, a un grupo o a una persona, para emprender y desarrollar actividades o realizar actos tendientes a la supresión de cualquiera de los derechos y libertades proclamados en esta Declaración.

Conferencias internacionales

El tema de la salud y los derechos humanos que incluyen los sexuales y reproductivos fue abordado, por primera vez por la Organización de Naciones Unidas, en la Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en México en 1975. Durante el decenio de 1990, un ciclo de conferencias gubernamentales mundiales organizadas por las Naciones Unidas han dado como resultado un programa de acción para lograr el desarrollo sostenible y socialmente equitativo en el siglo XXI.

Estas conferencias, especialmente la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (Viena, 1993), la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing, 1995) y la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) han culminado en un

programa progresivo y amplio para lograr la igualdad social, la injusticia, el desarrollo y la paz.

En la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo los países declararon que la salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos fundamentales para el desarrollo, la meta era lograr hacia el año 2015 el acceso universal a los servicios de salud reproductiva y la información en relación al tema.

Se proclamaron conceptos básicos a tener en cuenta en la formulación de políticas, incluidos el derecho esencial de la mujer de asumir el control y tomar decisiones en cuanto a su cuerpo y su sexualidad, el acceso universal a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva en especial para las mujeres y las adolescentes, la inclusión de la perspectiva de género en todas las políticas y programas nacionales, y el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental entre otros. El descuido de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es la base de muchos de los problemas que la comunidad internacional ha identificado como urgentes, entre ellos:

- » La violencia.
- » El abuso sexual y la violación de las mujeres, niñas y niños.
- » El VIH/sida.
- » La mortalidad materna.
- » El embarazo de adolescentes.
- » Los niños y niñas abandonados.
- » Las prácticas dañinas tales como la mutilación genital femenina.
- » El predominio de las mujeres y los jóvenes en los grupos pobres de la sociedad.
- » y La violación de los derechos humanos fundamentales y de la dignidad humana, incluidos los derechos básicos a la seguridad y la libertad de la persona.

Situación en las Américas

En las Américas a pesar de los modestos logros en la reducción de las tasas de mortalidad materna infantil en algunos países, existen grandes inequidades dentro de su población. Todavía mueren muchas mujeres por no recibir atención calificada en el parto y demasiados niños por complicaciones durante su primer mes de vida, se ha demostrado que gran parte de estas muertes pueden evitarse si se trabaja coordinadamente.

Más de 500 mil madres mueren cada año en todo el mundo durante el embarazo y el parto, de estas mujeres, alrededor de 23 mil son del Continente Americano. En la región de América Latina y del Caribe la atención obstétrica esencial alcanza una cobertura de 79%; es importante aumentar el acceso de los grupos sub atendidos, disminuir las disparidades entre países y mejorar la eficacia de la atención del parto por personas debidamente preparadas.

Para una mujer nacida en América Latina o el Caribe, las probabilidades de morir por complicaciones del embarazo son 27 veces mayores que para una mujer nacida en Estados Unidos. Se calcula que cada año mueren un millón de niños de corta edad como consecuencia de la muerte de su madre.

Para un niño nacido en Haití, las probabilidades de morir antes de cumplir 5 años son 17 veces mayores que para un niño que nació en Canadá.

En la mayor parte de América Latina y el Caribe simplemente no se dispone de atención de salud completa para todos y donde ésta existe no siempre es de calidad. Muchas mujeres no aprenden prácticas sencillas de salud, higiene y nutrición para ellas y sus familias. No tienen acceso a métodos anticonceptivos modernos como condones o inyecciones. Las complicaciones del embarazo se encuentran entre las causas principales de muertes y discapacidad de las mujeres de 15 a 49 años; sin embargo, la mayoría de estas complicaciones podían evitarse o tratarse fácilmente.

Más de 189 Naciones han reconocido la importancia de la salud de madres y niños para el desarrollo social y económico, y han asumido un compromiso con la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Debemos actuar de manera rápida y coordinada para que cada madre, niño o niña se beneficien de la atención de salud esencial y asequible.

En términos de equidad de género es imprescindible reconocer que sólo las mujeres pueden experimentar los riesgos directos de salud o del embarazo, el parto, el puerperio y el aborto y que además las infecciones del aparato reproductor incluidas las de transmisión sexual por lo general, tienen efectos más graves y a más largo plazo en las mujeres, por lo que es imprescindible que sus necesidades se consideren prioritarias en políticas y programas.

También se requieren esfuerzos crecientes para involucrar a los hombres y adolescentes en el cuidado, responsabilidad y participación en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva, así como desarrollar programas específicos que respondan a sus necesidades actuales y futuras. La ampliación de la cobertura es uno de los retos más importantes de los procesos de Reformas del Sector Salud en América Latina y uno de los objetivos en garantizar el acceso universal a los servicios de salud primarios y preventivos a toda la población.

En los países de la región las mujeres participan en la fase de ejecución de los programas comunitarios, en el Sector Salud, pero permanecen excluidas en las etapas de formulación, diseño y asimilación de recursos y son las principales proveedoras del cuidado de la salud en el ámbito doméstico.

Sus intereses necesidades perspectivas y demandas no han recibido reconocimiento como grupo social, las decisiones son generalmente tomadas en nombre de las mujeres bajo la presunción de su consentimiento³⁵.

Los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos en la Normativa Internacional

A nivel internacional, los derechos humanos han sido recogidos en instrumentos jurídicos y políticos, varios de ellos de carácter vinculante para los Estados. Si bien no existe un instrumento internacional de esta característica que recoja específicamente los derechos sexuales y los derechos reproductivos, estos tratan sobre algunos de los derechos humanos reconocidos internacionalmente y se ha ido desarrollando una articulación que ha derivado en históricas resoluciones en esta materia.

El Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, incluyó una definición en la cual se destacan algunas bases jurídicas de los derechos reproductivos: “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, en los documentos internacionales sobre derechos humanos y en otros documentos pertinentes de las Naciones Unidas aprobados por consenso. Estos derechos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos”.³⁶

La Plataforma para la Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, también dejó establecida la relación entre derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos: “Los derechos humanos de las mujeres incluyen el derecho a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, libres de coerción, discriminación y violencia”.³⁷

Esta experiencia en el ámbito internacional, da cuenta de un avance en la discusión y reflexión de los derechos reproductivos, a diferencia de los derechos sexuales.

35.- INFORME SOBRE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LAS AMÉRICAS. Elsa Rojas Hernández. Diputada de la Asamblea Nacional del Poder Popular de Cuba, Quito, Ecuador 2 de junio de 2006

36.- Párrafo 7.3 del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo, 1994

37.- Párrafo 96 de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 1995.

Al respecto se cuestiona si en el fondo, este hecho no refleja estereotipos patriarcales, que describen a las mujeres como seres débiles y vulnerables, lo cual no permite que se dé lugar a la discusión sobre el placer y la sexualidad como bienes sobre las cuales las personas toman decisiones.³⁸

En todo caso los consensos alcanzados en estas conferencias, si bien no crearon nuevos derechos humanos, sí pusieron en evidencia que los terrenos de la sexualidad y la reproducción, como expresiones humanas, debían ser tratados desde el enfoque de derechos humanos. Situados los derechos sexuales y reproductivos en el campo de los derechos humanos, continúa una fase para el despliegue teórico y práctico de su definición, determinación de contenido y los mecanismos para hacerlos efectivos.³⁹ En este sentido la utilización de los tratados de derechos humanos existentes, ha ido enriqueciendo el contenido de estos derechos.⁴⁰

La Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, contiene una completa definición de discriminación, cuyo sentido está desplegada en todas las normas de este instrumento, pero además el Comité que vigila la aplicación de la Convención, a través de Recomendaciones Generales va desarrollando el contenido de los derechos. En materia de derechos sexuales y reproductivos, se pueden mencionar las recomendaciones ⁴¹, ⁴² y ⁴³, relativas a violencia contra la mujer y salud.

Otros organismos como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, también han hecho aportes trascendentes. Así, uno de los casos que ha dado lugar, a nivel regional e internacional, a la discusión del principio de consentimiento informado⁴⁴ en el ejercicio de los derechos reproductivos como parte de los derechos humanos, es el de Mamerita Mestanza contra el Estado Peruano, que fue admitido por la Comisión Interamericana. Este órgano declaró tener competencia, debido a que los hechos referidos, pueden constituir una violación a los derechos protegidos por la Convención Americana de Derechos Humanos y por la Convención de Belem do Pará.⁴⁵

38.- TAMAYO GULIA, Bajo la Piel: Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Lima, 2001, págs. 104 y 105

39.- TAMAYO GULIA, Bajo la Piel: Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Lima, 2001, pág. 9

40.- “ Los tratados de derechos humanos son instrumentos vivientes, que van evolucionando y desarrollándose a lo largo del tiempo...” en AMNISTIA INTERNACIONAL. Cuerpos rotos, mentes destrozadas. Tortura y malos tratos a mujeres, Madrid, 2001.

41.- TAMAYO GULIA, Bajo la Piel: Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos, Lima, 2001, pág. 9

42.- “Los tratados de derechos humanos son instrumentos vivientes, que van evolucionando y desarrollándose a lo largo del tiempo...” en AMNISTIA INTERNACIONAL. Cuerpos rotos, mentes destrozadas. Tortura y malos tratos a mujeres, Madrid, 2001.

43.- 24 Informe No. 71/03, Petición 12.91, Solución Amistosa: María Mamerita Mestanza Chávez, Perú, 10.10.03 www.cidh.oas.org/women

44.- Este presupuesto es considerado como una de las máximas aportaciones que el derecho a realizado a la medicina y es una exigencia para llevar a cabo una actividad médico quirúrgica, cuyo incumplimiento puede generar responsabilidad Ver GALAN CORTES Julio. El consentimiento informado del usuario de los servicios sanitarios. Colex, Madrid 1997. pág 162.

45.- Las peticionarias alegaron que los hechos denunciados configuran violación de los derechos a la vida, a la integridad personal, y a igualdad ante la ley, consagrados en los artículos 4, 5, 1 y 24 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, así como violaciones a los artículos 3, 4, 7, 8 y 9 de la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer; a los artículos 3 y 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y, a los artículos 12 y 14(2) de la Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

El caso refiere a una mujer de origen rural, que fue sometida en contra de su voluntad a un proceso de esterilización quirúrgica definitiva y debido a una complicación ocasionada por esta intervención, ésta falleció. Se indicó además que esta esterilización se la realizó en el marco de una política de Estado tendiente a modificar el comportamiento reproductivo de la población, especialmente rural e indígena. El Estado peruano firmó un Arreglo Amistoso, por el cual admitió responsabilidad internacional por los hechos objeto de la demanda y se comprometió a adoptar medidas de reparación material y moral por el daño, así como a realizar una exhaustiva investigación tendiente a la sanción de las personas responsables, y a adoptar medidas de prevención para evitar que se repitan hechos similares en el futuro.⁴⁶

Por otro lado el Comité de Derechos Humanos que vigila el cumplimiento del Pacto Internacional de Derechos Humanos, durante los últimos años ha venido realizando observaciones respecto a la violación de derechos humanos en las esferas de la sexualidad y la reproducción.⁴⁷

La relación de violación de los derechos sexuales y reproductivos, con la violación de los elementales principios de derechos humanos, se ha plasmado también en la tipificación de delitos internacionales, como los establecidos en el Estatuto de la Corte Penal Internacional, en el que entre otros, figuran como delitos de lesa humanidad, crímenes de guerra y como elementos del delito de genocidio, las conductas de esterilización y embarazos forzados. Además de los instrumentos internacionales y de los órganos de vigilancia de los mismos, hay otros actores que presionan a los Estados respecto a la protección de los derechos sexuales y reproductivos, se trata en algunos casos de organizaciones que han venido acumulando experiencia en el marco del derecho internacional de derechos humanos, como es el caso Amnistía Internacional que durante los últimos años ha venido realizando informes y recomendaciones sobre estos temas.

El Consejo Internacional de este organismo ha emitido este año, una resolución en la que decide que el trabajo en derechos sexuales y reproductivos será parte de su plan estratégico, para lo cual elaborará una declaración de políticas que reflejen el compromiso de defender estos derechos como parte de los derechos humanos.⁴⁸

Actualmente hay un movimiento conformado por redes y organizaciones a nivel regional⁴⁹, que están impulsando una campaña para la creación de una Convención Interamericana de derechos sexuales y derechos reproductivos.

46.- Informe No. 71/03, Petición 12.91, Solución Amistosa: María Mamerita Mestanza Chávez, Perú, 10.10.03 www.cidh.oas.org/women

47.- 26 Nota de prensa de 17 de noviembre del 2005 Center for Reproductive Rights. www.reproductiverights.org

48.- www.feim.org.ar/noticias.htm.

49.- Campanha 28 de setembro, Católicas por el derecho a decidir, CIDEM, CLADEM, Comisión Interamericana de Derechos Humanos para Gay y Lesbianas, Programa para América Latina, Cotidiano Mujer, FEDAEPS, Flora Tristán, Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe, Rede Aúde, Red Feminista Latinoamericana y del Caribe contra la Violencia Doméstica y Sexual, Red Latinoamericana y Caribeña de Jóvenes por los derechos sexuales y reproductivos, REPEM-DAWN, SOSCORPO.

Ente los argumentos que respaldan este proceso, es que si bien durante mucho tiempo las normas han servido para reprimir las conductas sexuales, en un contexto diferente pueden servir para “desnormalizar”. Se plantea el requerimiento de una normatividad emancipatoria que ayude a una mejor comprensión de estos derechos, pero también a crear mecanismos adecuados para exigir el ejercicio de estos derechos⁵⁰.

En todo caso aún dentro de esta corriente, se plantean inquietudes respecto a si es conveniente someter la sexualidad humana a normas, aún cuando estas tengan un objetivo liberador, y también se presenta la inquietud si realmente existe un contexto apropiado para la formulación una convención. Pese a los obstáculos que se presentan en el trabajo de defensa de los derechos humanos en general, y de los sexuales y reproductivos en particular, y la complejidad que estos revisten, los avances conseguidos sin duda alientan a continuar explorando estrategias nacionales e internacionales, que permitan un mayor posicionamiento de estos derechos.⁵¹

Se cuenta con documentos referenciales sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos enmarcados dentro de los Derechos Humanos, es de esa manera que tenemos un Marco Legal Internacional:

- 1.- Carta de las Naciones Unidas, 26 Septiembre. 1945.
- 2.- Declaración Universal de los derechos humanos, 10 de diciembre de 1848.
- 3.- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (16 Diciembre. 1966).
- 4.- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (16 de Diciembre. 1966) Sólo firmado, no ratificado 21 Septiembre.67.
- 5.- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (16 de Diciembre. 1966).
- 6.- Convención Internacional Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (21 de Diciembre de 1965).
- 7.- Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, CEDAW (18 Diciembre. 1979), ratificada el 19 Ago. 1981.
- 8.- Convención sobre los Derechos de la Niñez (20 Noviembre. 1989), ratificada el 10 Julio 1990.
- 9.- Convención Americana sobre Derechos Humanos (22 Noviembre. 1969), ratificada el 23 Junio 1978.
- 10.-Convención Interamericana sobre Concesión de los Derechos Civiles a la Mujer (5 Febrero. 1948) y ratificado 6 Abril 1951.
- 11.-Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer, «Convención de Belém do Pará» (9 Junio. 1994) ratificada 13 de Noviembre. 1995.

50.- 30 www.cladem.org.

51.- Susy Garbay Mancheno: Doctora en Jurisprudencia de la Universidad Central, Diploma Superior en Derecho Constitucional de la Universidad Andina Simón Bolívar, Certificado Académico del Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Miembra del Coletivo Pro Derechos Humanos y del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer OIT.

En el caso de El Salvador, el Protocolo Opcional no se ha ratificado y la Organización Las Dignas, advierte de las fuertes presiones de algunos grupos conservadores como la iglesia católica, y organizaciones como “Si a la Vida”, que dificultan cualquier tipo de posible mejora en el marco legal para la implementación de la CEDAW, sobre todo si las acciones se refieren a cuestiones de Derechos Sexuales y Reproductivos. PO, por ejemplo, el portocolo opcional se encuentra detenido en este país.

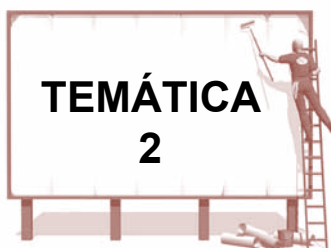
Derechos tutelados vinculados con la sexualidad y reproducción humana en los Sistemas Universal e Interamericano de Derechos Humanos:

- ⚙ Derecho a no ser discriminado en razón del sexo.
- ⚙ Derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal integridad física – violencia.
- ⚙ Derecho a no ser sometido o sometida a trata, a servidumbre ni a esclavitud, prostitución forzada.
- ⚙ Derecho a no ser sometido (a) a torturas, ni a penas o tratos crueles inhumanos o degradantes, a no ser víctima de costumbres que afectan la salud de las mujeres.
- ⚙ Derecho a igual protección de la ley.
- ⚙ Derecho a la protección de la privacidad / intimidad.
- ⚙ Matrimonio y familia.
- ⚙ Derecho a nivel de vida adecuado de salud - VIH-sida.
- ⚙ Derecho a cuidados y asistencia especiales para la maternidad.
- ⚙ Derecho a gozar y participar del progreso científico y sus beneficios.
- ⚙ Libertad de pensamiento, creencia y religión.
- ⚙ Educación sin prejuicios / tolerancia.
- ⚙ Limites a los derechos sexuales y reproductivos.

Para El Salvador también se ha establecido un Marco Legal, para el reconocimiento y defensa de los derechos sexuales y reproductivos:

Constitución de la República de El Salvador 1983 y sus Reformas hasta 1997. (Vigencia 1998).

1. Protección de la vida desde la concepción.
2. Código Penal y procesal Penal (reformas vigentes 1998).
3. Política Nacional de la Mujer.
4. Código de Familia.
5. Código de Salud.
6. Ley de Prevención y control del VIH/sida.
7. Ley contra la Violencia Intrafamiliar.⁵²



RECONOCIMIENTO DE LOS ASPECTOS QUE AFECTAN A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE HOMBRES Y MUJERES, POR LA INEQUIDAD DE GÉNERO EN LA SOCIEDAD

Equidad en salud

La equidad es un concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social. Algunas perspectivas identifican la equidad sólo como disminución de brechas o disparidades, sin duda importante en nuestra región. En otros casos se une la equidad con lograr un nivel mínimo de salud, a través de paquetes básicos de salud. Estas son las nociones más frecuentes en los supuestos de las reformas de la salud.

Desde una perspectiva de derechos humanos, se agrega una línea normativa de valores asociada a la justicia social; que atribuye responsabilidad al sufrimiento innecesario. Así la OMS define la equidad como “*el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos. Consecuentemente, la equidad en la atención de salud significaría que los recursos para la salud sean asignados de acuerdo con la necesidad, los servicios sean recibidos de acuerdo con las necesidades y la contribución al financiamiento de los mismos sea hecho de acuerdo con la capacidad económica*”.⁵³

52.- Diplomado de Salud Sexual y Reproductiva. Fondo de población de las Naciones Unidas. Ciudad de San Miguel El Salvador, 2006.

53.- Braveman, Paula. (1998) Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and middle-Income Countries. Geneva. WHO-Organización Mundial de la Salud.

Al hablar de equidad en salud, conviene distinguir entre estado de salud, atención de la salud y obligaciones estatales. El estado de salud tiene que ver con el bienestar físico, psíquico, y social de las personas, mientras que la atención de la salud es solo uno de los múltiples determinantes del estado de salud⁵⁴; las obligaciones estatales incluyen las responsabilidades del Estado como primer responsable y del resto de actores sociales para promover, proteger y garantizar el derecho a la salud.

Para abordar la equidad es importante:

- a) Partir de las necesidades colectivas y específicas de las poblaciones, comunidades y personas. Es importante destacar que la noción de necesidades está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos, sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.⁵⁵
- b) Considerar la multidimensionalidad de la exclusión. Las reformas del sector salud, se han centrado en el análisis de la exclusión socioeconómica. Si bien la pobreza es uno de los principales limitantes para el desarrollo, no es suficiente para explicar la exclusión de las mujeres, de los y las adolescentes o de los pueblos indígenas de los sistemas de salud. Se requiere abordar en simultáneo todos los macrodeterminantes de la salud, y sus relaciones, asegurando que los ciudadanos/as y los grupos en estado de vulnerabilidad o excluidos por razones de situación socioeconómica, género, sexo, etnia, raza, ubicación geográfica, idioma, edad, discapacidad, orientación sexual, opinión política o de otra índole, vean satisfechas sus necesidades específicas de salud y cuenten con mecanismos de participación plena en el sistema de salud.
- c) El derecho a la salud implica un progreso adecuado, continuo y deliberado de las políticas públicas, así como de los presupuestos destinados y de su impacto efectivo en la salud de las colectividades. Sin embargo los estados tienen obligaciones inmediatas que pueden ser exigidas por sus ciudadanos/as en los canales nacionales o internacionales de exigibilidad de derechos. Estas obligaciones inmediatas incluyen las garantías de no discriminación e igualdad de trato.

Equidad de género en salud

La búsqueda de la equidad constituye el eje central y distintivo del mandato de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) así como del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y, dentro de este contexto, la equidad de género ha sido destacada como un valor fundamental en la política de salud para todos.

54.- Gómez, Elsa (2000) Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América

Latina y El Caribe. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS

55.- 22 Ibidem.

En referencia específica a la equidad de género en las políticas, la actual Directora de la OPS ha afirmado que las “Políticas que no consideren las desigualdades de género terminarán siendo limitantes, produciendo, perpetuando o exacerbando las desigualdades, en desmedro de la salud de la sociedad y de las generaciones futuras.... Incorporar la perspectiva de género en los procesos de reforma es un reto ético y político impostergable que nos asegurará tener sociedades más justas y saludables”.⁵⁶

La noción de equidad en salud, reiterando lo anteriormente expresado, se asienta en una visión de la salud como derecho humano fundamental donde los Estados tienen obligaciones para proteger, promover y garantizar la equidad de género. Los instrumentos de derechos humanos, junto al *principio de igualdad* y no-discriminación, consideran la importancia del *principio de relevancia*. Este principio aplicado en términos de género implica tener en cuenta aquellas diferencias y desventajas que afectan a todas las mujeres o a grupos determinados de mujeres o de hombres, que al no ser consideradas en una política de salud, por ejemplo, contribuyen a mantener las desigualdades o propician daños y riesgos particulares.

Bajo el principio de relevancia se considera legítimo adoptar medidas de acción afirmativa⁵⁷ tendientes a eliminar estas disparidades. Estas medidas se han aplicado por ejemplo en el campo de la educación (programas específicos para evitar la expulsión o deserción escolar de las niñas o adolescentes); en el campo de la representación política (cuotas en las candidaturas a elecciones, o acción positiva para puestos de decisión); en el campo de la salud, sin embargo, existe menor experiencia de este tipo de medidas. Estas medidas tienen vocación de temporalidad, para eliminar las inequidades. Se trata de llegar a situaciones donde las diferencias por diferentes razones ya no sean pertinentes de ser tomadas en cuenta al haber logrado políticas adecuadas de eliminación de desventajas, de desigualdad y por tanto, donde las diferencias no sean fuente de vulnerabilidad o de discriminación.

En el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) se insta a los países a promover el empoderamiento de la mujer y la igualdad de género en todas las esferas de la vida, incluidas la eliminación de todas las formas de discriminación de la niña y la promoción de la participación masculina en los ámbitos de la familia, y la salud sexual y reproductiva. La equidad de género apunta a “*sustituir las relaciones tradicionales de dominación masculina por otras de cooperación entre hombres y mujeres en todos los ámbitos...*”, mientras que el empoderamiento alude tanto a “*la creciente participación de las mujeres en todas las esferas de la vida social como al fortalecimiento de sus organizaciones para luchar de manera concertada dentro del sistema político en favor de una efectiva igualdad de derechos y de oportunidades*” (Comité Especial sobre Población y Desarrollo de la CEPAL, 1999).

56.- Roses, M. Le Monde Diplomatique, Buenos Aires, Número 43, enero de 2003. 17 Anteriormente denominadas de discriminación positiva.

57.- Gómez, Elsa (2000) Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en Améric. Latina y El Caribe. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS

La equidad de género en salud implica considerar⁵⁸:

- a) En el estado de salud y sus determinantes: La eliminación de diferencias injustas y evitables entre hombres y mujeres, en las oportunidades de disfrutar de salud, y en la probabilidad de enfermar, discapacitarse o morir por causas prevenibles.
- b) En el acceso y la utilización de servicios de salud de acuerdo a las necesidades. Incluye los distintos efectos que un sistema de salud puede tener sobre hombres y mujeres que se derivan de distintas causas: diferentes necesidades de atención; distintos riesgos asociados a actividades consideradas como masculinas o femeninas; divergencias en las percepciones que hombres y mujeres tienen sobre la enfermedad; distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención; desigualdades en el grado de acceso a recursos básicos, así como desigualdades en el acceso a servicios básicos.
- c) En el financiamiento de la atención en acuerdo con la capacidad económica, y no con relación a necesidades o riesgos. Involucra especialmente acciones afirmativas que impliquen que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción, mayor morbilidad y mayor esperanza de vida.
- d) En el balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud: Que se reconozca, facilite y valore apropiadamente el trabajo de atención de la salud, ya sea esté remunerado o gratuito, y que mujeres y hombres participen en pie de igualdad en los procesos de toma de decisión dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.

Las dimensiones de la inequidad de género en el ámbito de la salud

La OPS (Gómez, 1998, 2000, 2001) analiza las dimensiones de la inequidad de género. Se proponen una serie de consideraciones:

- a) Hombres y mujeres presentan diferencias en salud: esperanza de vida, prevalencia de enfermedades y daños, carga de enfermedad, utilización de servicios, responsabilidades financieras, provisión de salud, poder de decisión, y necesidades particulares en el ámbito de la salud. Estas diferencias son, a menudo, fuente de desigualdad, exclusión o discriminación; que afecta principalmente a las mujeres.
- b) La interacción de diferentes formas de desigualdad en salud se da en contextos determinados. El análisis de género no puede estar aislado de los análisis socioeconómicos, étnicos, etc., y se requiere profundizar estas intersecciones y articulaciones como determinantes claves de la desigualdad de oportunidades en el acceso y el poder sobre los recursos y servicios que propician la salud.
- c) Se requiere también tomar en cuenta que en las sociedades, y en las diferentes culturas existen diferentes formas de entender los procesos de salud-enfermedad,

diferentes acercamientos a las manifestaciones corporales. En este sentido los aspectos de interculturalidad son esenciales para entender las dinámicas entre los sistemas de salud y la sociedad.

- d) Frecuentemente se demuestra que las mujeres utilizan más los servicios de salud, interpretando inadecuadamente esta situación como una ventaja y desconociendo que las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud, derivada particularmente de su rol biológico en la reproducción, de su más alta morbilidad y su mayor longevidad. Se estima que el 34% de la carga de enfermedad se debe a problemas de salud reproductiva.
- e) Las causas de enfermedad y muerte prematura en las mujeres son evitables en su mayoría. Así, aunque parezca inconcebible en esta época, las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo una de las primeras causas de mortalidad femenina durante las edades reproductivas en la región. Por su evitabilidad e injusticia, la mortalidad materna ha sido calificada por la OPS como el reflejo más claro de la discriminación y el bajo status social de las mujeres y reconocida como uno de los marcadores del compromiso de los Estados con el derecho a la salud.
- f) Los factores de género influyen en la desventaja de supervivencia masculina. Esta sobremortalidad masculina alcanza proporciones dramáticas (5 a 10 veces mayores) en relación con accidentes, violencias, suicidios y conflictos armados; o la mayor dependencia a sustancias como el alcohol (7 veces mayor) o la droga (3 veces mayor). La relación desigual de poder entre hombres y mujeres y las exigencias sociales asociadas a los roles y atributos de la masculinidad tienen efectos claramente negativos sobre la integridad no solo de las mujeres sino también, de los hombres.
- g) En materia de prestación de salud sigue siendo más difícil incluir a los hombres adultos, en general por las actitudes culturales de género de los hombres o la inexistencia de programas que incorporen a los hombres. Esta situación tiene impacto en su salud, y en la de las mujeres que a menudo tienen una mayor responsabilidad en el cuidado de la salud de los niños, ancianos, discapacitados, o tienen que asumir con limitado apoyo social aspectos que corresponden a ambos sexos como ocurre en el campo de la salud sexual y reproductiva.
- h) Las familias o los hogares no pueden constituirse en la unidad mínima de análisis estadístico o de intervención. La titularidad de los derechos humanos es individual, por tanto es la persona la unidad de la que se debe partir. Es necesario considerar la asimetría en la asignación de recursos dentro del hogar, a fin de identificar las desigualdades intrafamiliares en términos de acceso, poder y control sobre los recursos para el disfrute de la salud.
- i) La pobreza⁵⁹ ejerce un efecto más negativo sobre la salud y la supervivencia de las mujeres, que sobre la de los hombres. En efecto, la mayor esperanza de vida femenina, característica hoy de los países industrializados, no ha sido ni es siempre la regla en los países pobres ni en los grupos de menores ingresos.

59.- Gómez, Elsa (2001) Equidad, Género y Salud. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS

Las condiciones sociales pueden disminuir e, incluso, anular la ventaja de supervivencia femenina. Por ejemplo, cifras recientes para 13 países indican que, en los grupos de mayores ingresos, el riesgo de muerte prematura es claramente más alto para los hombres que para las mujeres. Sin embargo, entre los grupos pobres, este diferencial por sexo se reduce considerablemente e, incluso, desaparece. Esto en razón de que, mientras la pobreza multiplica por 2 y hasta por 5 el riesgo de muerte prematura entre los hombres, entre las mujeres lo multiplica por 4 y hasta por 12.

- j) La pobreza restringe desproporcionadamente el acceso de las mujeres a los servicios de salud. Paradójicamente la percepción de necesidad de atención y la utilización de servicios es menor en aquellas circunstancias donde la necesidad de servicios es comparativamente la más alta, así existe una brecha general entre pobres y no pobres y es el grupo de pobres donde la brecha entre hombres y mujeres es mayor.
- k) Las distinciones de género en el trabajo remunerado se asocian con una consistente subvaloración del trabajo de las mujeres, y con menores niveles de ingreso para las mismas actividades. Por ejemplo, en el sector formal del sistema de salud las mujeres se concentran en las ocupaciones de menor remuneración, prestigio y poder de decisión, y en el ámbito informal de la comunidad y la familia el trabajo de las mujeres es gratuito y no figura en las cuentas nacionales.
- l) Existe una interdependencia entre los ámbitos formal e informal de la atención de la salud. Así, las políticas que afectan la dotación de personal en los servicios, afectan simultáneamente la carga de trabajo informal de cuidado de la salud que recae predominantemente sobre las mujeres.
- m) Las mujeres contribuyen más al financiamiento de la atención en sistemas no solidarios. Esta desigualdad absoluta se agudiza en términos proporcionales, al tomar en cuenta las mayores necesidades y menor capacidad económica que, como grupo, tienen las mujeres.
- n) Las mujeres tienen mayores responsabilidades menor poder en la producción de la salud. Las mujeres representan el 80% de la fuerza laboral en salud y son las principales gestoras y proveedoras de atención dentro de la familia y la comunidad. En efecto, más del 85% del cuidado de la salud ocurre fuera de los servicios y esta atención es provista mayoritariamente por mujeres en el hogar y en la comunidad de manera gratuita. Pese a esta contribución, las mujeres permanecen en una posición de desventaja dentro del sistema de salud, dado que: predominan en los escaños de más baja remuneración y prestigio dentro del sector formal de la salud; sus puestos de trabajo son más inestables, permanecen sub-representadas en las estructuras de poder local y nacional que definen prioridades y asignan recursos para la salud; desempeñan con poco reconocimiento o apoyo social el trabajo informal de promoción y atención de la salud en la familia y la comunidad.

El análisis de las reformas de salud desde la perspectiva de género puede introducir sesgos. El sesgo de género, -al analizar la situación de la salud, el financiamiento, el acceso a servicios, etc.- se produciría: a) al partir de la suposición de que las diferencias para hombres y mujeres no son relevantes; b) al considerar que existen diferencias cuando estas no son relevantes y c) al desconocer que existen diferencias que pueden ser fuente de desigualdad, ya sea por falta de evidencia

o de análisis de la información y d) abordar la diferencia social o cultural sin tener en cuenta la diferencia biológica.

La incorporación de la dimensión de género en la formulación y monitoreo de políticas obedece, por tanto, a mandatos explícitos de la Organización Panamericana de la Salud y de la Organización Mundial de la Salud, con base en las obligaciones emanadas de los compromisos internacionales de carácter vinculante o no vinculante adoptados en el seno de las Naciones Unidas.

La salud sexual y reproductiva es asunto de mujeres y hombres

Al menos en El Salvador y Centroamérica, debido a la influencia de la cultura y las normas sociales tradicionales, mujeres y hombres estamos organizados en la sociedad de tal forma que el trabajo, la expresión de los afectos y el uso del poder, se encuentran asignados de manera diferenciada según se trate de uno u otro sexo.

Así, generalmente las mujeres, aun en aquellos casos en que cuentan con un trabajo asalariado, al regresar a casa, asumen como responsabilidad propia los quehaceres domésticos, incluido el apoyo escolar a hijas e hijos; los hombres, generalmente, asumimos el trabajo asalariado como responsabilidad propia y cuando realizamos labores domésticas, lo hacemos como ayuda a la mujer.

Con relación a la expresión de afectos y emociones, socialmente es aceptado que las mujeres los expresan más abiertamente, por ejemplo a través del llanto o las palabras cariñosas; sin embargo los hombres somos criticados o discriminados si expresamos sentimientos igual que una mujer, de tal forma que hemos aprendido a ser poco expresivos y generalmente poco comunicativos.

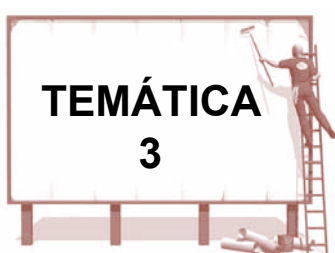
El ejercicio del poder al interior de las diferentes formas de relación que se establecen entre hombres y mujeres y –de manera particular– en las relaciones de pareja, también nos muestra que comúnmente, los hombres ejercemos una posición de dominio, lo cual conlleva a decidir –de forma parcial– sobre diferentes aspectos de la convivencia familiar y social.

De esta misma manera, en materia de sexualidad y reproducción, también es el condicionamiento social y cultural el que divide y diferencia los roles de hombres y mujeres, a partir de su sexo biológico y sus potencialidades reproductivas. Por esa razón, a pesar del reconocimiento de la corresponsabilidad de mujeres y hombres en los eventos sexuales y reproductivos, son las mujeres, quienes por sus cualidades biológicas de embarazarse, parir y lactar, socio culturalmente se les ha asignado numerosos roles, tales como la responsabilidad en el control de la natalidad, todos los cuidados propios del embarazo, los quehaceres relacionados con el cuidado y crianza después del parto, el apoyo afectivo, el cuidado de la salud y el apoyo en las tareas escolares de sus hijas e hijos.

Se encuentran tan «naturalizados» estos roles en las subjetividades de mujeres y hombres, que así como llegan a considerarse responsabilidades exclusivas de las

mujeres, así mismo los hombres son socialmente exonerados e incluso en no pocos casos, sancionados si intentan asumirlos.

En un sentido positivo, la vida sexual y reproductiva representa la oportunidad de que mujeres y hombres desarrollen una serie de potencialidades enriquecedoras para su vida personal y social, si ésta se comprende como una vivencia placentera asociada a otros valores positivos como la autonomía, el conocimiento y la responsabilidad; elementos indispensables para alcanzar un alto nivel de salud y calidad de vida. En el sentido negativo, la vida sexual y reproductiva puede también significar experiencias no placenteras, relacionadas con la ignorancia, el sometimiento, las limitaciones que obstaculizan el desarrollo de las potencialidades y la exposición a riesgos para la salud y para la vida.⁶⁰



INCIDENCIA DEL ENFOQUE DE GÉNERO EN LA SEXUALIDAD DE ADOLESCENTES, PATERNIDAD IRRESPONSABLE, MORTALIDAD MATERNA, USO DE ANTICONCEPTIVOS E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, INCLUIDO EL VIH

INCIDENCIA EN LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

A pesar de las grandes diferencias existentes en la región en cuanto a la conceptualización y acciones referentes a esta temática, deben resaltarse las iniciativas realizadas hasta la fecha. En algunos países se han llegado a implementar servicios y programas a nivel gubernamental. No obstante, este tema aún genera conflictos por los tabúes y mitos existentes, tales como que brindar educación y atención en esta área generará libertinaje y no libertad; que aumentarán las relaciones coitales no protegidas y la precocidad sexual. Este fenómeno puede ocasionar que este tipo de programas pierdan continuidad y respaldo político.

En este sentido, se aprecia la necesidad de crear espacios de discusión sobre este tema, siendo esto una cuestión clave para el diseño de políticas de juventud.

Asimismo, existe consenso en resaltar el deber de respetar la sexualidad del ser humano y la libertad en sus opciones y decisiones. La salud sexual y reproductiva (que involucra aspectos de carácter biológico, psicológico, sociológico y cultural), por tanto, debe basarse en tres principios: individualización (tomar en consideración las diferencias individuales); respeto a la dignidad humana (valores personales y de grupo); libre determinación (frente a las alternativas existentes es la persona quien decide en última instancia).

En relación a las propuestas específicas, en esta materia, pueden consignarse las siguientes:

- a) Hacer un estudio de las disposiciones legales vigentes referidas al tema en los diferentes países, tanto a nivel de jóvenes en general como de áreas específicas.
- b) Lograr la institucionalización de las políticas sociales y de desarrollo en lo que concierne a los jóvenes. Para ello, es preciso fortalecer los programas gubernamentales con apoyo político, técnico, económico desde diferentes sectores sociales.
- c) Enfatizar el concepto de salud integral, coordinar acciones en las diferentes especialidades y propiciar un esfuerzo multisectorial y multidisciplinario para causar impactos significativos. La participación de los jóvenes debe cruzar todos los niveles, incluso en el diseño de políticas, y no ser meramente consultiva.
- d) Favorecer las políticas que se orienten a la incorporación de la educación sexual tanto a nivel formal como no formal.

En esta línea, fomentar la coeducación (educación mixta) como elemento favorecedor de una mejor identificación de roles desde una perspectiva y enfoque de género. Sistematizar las prácticas de diseño, implementación y evaluación de modelos de educación sexual existentes y analizar su adecuación en otros contextos, favoreciendo los sistemas de intercambio y apoyo entre diferentes países.

- e) En el diseño de políticas ha de tenerse en cuenta que los factores de riesgo y de protección varían en función de los ámbitos en donde actúan. Favorecer la formación de recursos humanos en esta área de trabajo con un enfoque multidisciplinario.
- f) Debido a la desigualdad social existente, con anterioridad a la puesta en marcha de programas de capacitación debe realizarse una labor previa de identificación precisa de recursos humanos a capacitar, diseñando un perfil básico de las personas que trabajarán en esta área.
- g) Optimizar el papel de los medios de comunicación, creando instancias o redes de apoyo a los mismos.
- h) Diseñar propuestas específicas para los sectores sociales más desatendidos, tales como jóvenes rurales, desertores del sistema educativo, miembros de hogares con necesidades básicas insatisfechas, jóvenes en situaciones de riesgo, etc...
- i) Revisar materiales docentes, currículo y propuestas en vigor, para determinar apoyos concretos en las diferentes líneas educativas. Incentivar el trabajo en base a investigaciones diagnósticas y no en función de supuestos.
- j) Debido a que la sexualidad se vive de modo distinto en mujeres y hombres, asumir la perspectiva de género en el diseño de políticas y programas resulta fundamental.

- k) A causa de determinados prejuicios existentes sobre el tema de la sexualidad de los jóvenes en las sociedades iberoamericanas, resulta conveniente, desde el punto de vista político institucional, encarar dichos procesos sistemáticamente, buscando el máximo respaldo en todos los actores sociales.
- l) Utilizar el proyecto ADOLEC (Red de información sobre adolescencia en América Latina, organizada por el Centro Latinoamericano y del Caribe en Información Biomédica -BIREME-, San Pablo, Brasil) como punto de convergencia y divulgación de la recolección, selección, clasificación y divulgación de material bibliográfico y de profesionales relacionados con la salud de los jóvenes, evitando con ello la duplicación de esfuerzos e incrementando la utilidad de experiencias y publicaciones sobre la temática.⁶¹

INCIDENCIA DE LA SEXUALIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Recordemos que la sexualidad se encuentra presente durante toda la existencia humana, pero en la adolescencia se vive y manifiesta de manera un poco diferente a como se expresa en otras etapas de la vida. En este período surgen sensaciones e impulsos de tipo sexual que se encuentran relacionados con los cambios biológicos que enfrentan todas y todos las adolescentes. Los cambios hormonales provocan que se tengan deseos y fantasías eróticas, que se quiera sentir placer físico a través del propio cuerpo y del cuerpo de otros, especialmente de quien les gusta.

Estas sensaciones generalmente toman al o la adolescente por sorpresa, por eso la angustia, el temor, la incertidumbre y la confusión revolotean en su cabeza, más aún si no se tiene la información necesaria para comprender mejor lo que le está pasando, o si no se cuenta con personas confiables que le puedan escuchar y orientar seriamente.

La forma de vivir estos cambios y procesos tiene que ver con características personales (como el sexo, la edad o la personalidad) y sociales (la cultura, el nivel educativo, la religión, etc.), así como con las reacciones y demandas del mundo que le rodea. Resulta común que, en los primeros años de la adolescencia, las y los jóvenes se aislen un poco del mundo que les rodea, prefiriendo pasar más tiempo a solas consigo mismas/os. Esto se encuentra relacionado con la sensación de incomodidad con el cuerpo por lo rápidos y fuertes que son los cambios. Es aquí cuando vuelve a aparecer la autoestimulación (ya que de niños o niñas también viven estas experiencias, solo que no tienen por finalidad alcanzar el orgasmo sino explorar el cuerpo) y las fantasías (o “soñar despierto”) que permiten liberar los deseos e impulsos sexuales que se están sintiendo.

61.- OIT. Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional (OIT/Cinterfor)
Avda. Uruguay 1238 - Montevideo - Uruguay - Tel: (5982) 908 6023 - 902 0557 - 908 0545 - Fax: (5982) 902 1305
webmaster@cinterfor.org.uy UN PLAN DE ACCIÓN SOBRE LA SALUD DE LOS JÓVENES Y LOS DOLESCENTES: UN
COMPROMISO PARA LA ACCIÓN.

Sin embargo, la autoestimulación suele ser una actividad muy común durante toda la adolescencia, no solo al inicio. Además, ésta cumple un papel muy importante, ya que permite explorar el cuerpo, conocer más sobre los genitales y su funcionamiento, así como liberar energía sexual. También la autoestimulación posibilita a la persona fantasear y prepararse para las relaciones genitales en pareja. Conforme se va viviendo una mayor adaptación a los cambios del cuerpo, las amistades con personas del mismo sexo ocupan un lugar muy importante. Es frecuente que se tenga un mejor amigo o mejor amiga, con quien se comparten secretos, confidencias, tristezas y alegrías, así como los deseos más profundos. Con esta persona se quiere estar todo el tiempo, así que cuando no pueden verse, las conversaciones telefónicas, cartas o mensajes son interminables.

También se suele tener un grupo de amigos o amigas del mismo sexo. En estos grupos comparten experiencias, angustias y deseos; también se cuentan las cosas que les ha pasado con la persona que les gusta, y eso ayuda a tranquilizar la inseguridad y dudas que estos encuentros generan.

Al final de la adolescencia, y gracias a que se tiene una identidad más estable y mayor seguridad en la forma de relacionarse con los otros, la necesidad de estar en el grupo de amigos o amigas va desapareciendo porque se prefiere tener más tiempo para compartir a solas con la pareja. Esto no quiere decir que no se tienen amistades con personas del mismo sexo, sino que la relación cambia y se valora más la intimidad. Con respecto a las relaciones amorosas, al inicio de la adolescencia las y los jóvenes van descubriendo que sienten interés y atracción hacia otras personas, pero esos sentimientos se esconden y ocultan. Luego se experimentan muchos deseos de resultarle atractivo o atractiva a alguien más, por lo que pasan horas frente al espejo, buscando nuevas formas de peinarse o vestirse, por ejemplo.

Después se vive el enamoramiento. Son muy comunes los “amores imposibles”, al enamorarse de personas mayores o inaccesibles. Esto tiene un propósito muy importante: dar seguridad; lo cual se logra al imaginar o fantasear lo que se quiere, desea y haría, sin tener que enfrentar en la realidad a la persona amada. Con el paso del tiempo, los jóvenes se van sintiendo más a gusto y seguros de sí mismas/os al estar en contacto con personas del otro sexo.

Generalmente en la mitad de la adolescencia se vuelven más comunes las relaciones de noviazgo, que son cortas pero muy románticas e intensas. Más adelante, las relaciones amorosas se vuelven más duraderas y estables, caracterizadas por una mayor preocupación por lo que siente y desea la pareja. En estas épocas también surge la preocupación por decidir si se tienen relaciones sexuales genitales o coitales.

Además, en la adolescencia se consolida la identidad sexual, es decir, la forma en que una persona se siente, en lo más íntimo de su ser, como hombre o como mujer. A pesar de que esta identidad es producto de un largo proceso que inicia desde la niñez, en la adolescencia “se pone a prueba y se ensaya” a través de todas esas conductas hacia personas del mismo sexo y del sexo contrario, a las cuales nos referimos anteriormente.

La identidad sexual permite que las personas puedan sentirse, reconocerse y actuar como hombres o mujeres. También aclara las ideas, sentimientos y significados que se tienen con respecto al propio sexo y al sexo contrario. La identidad sexual nos permite diferenciarnos como hombres o como mujeres.⁶²

INCIDENCIA EN LA PATERNIDAD IRRESPONSABLE

La incidencia de la pobreza en los países centroamericanos es mucho mayor en los hogares con jefatura femenina, y se agrava considerablemente por los esquemas de masculinidad endémicos en la región, que sustentan la paternidad irresponsable, el abandono de la pareja y de los hijos como práctica común, sostiene un informe de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), elaborado por el Centro de Estudios y Acción Social Panameño (CEASPA), que analiza en detalles el tema de la paternidad en Panamá.

Un niño o una niña que sean producto de una familia que no le ofrece el mínimo de nutrición y salud, de posibilidades de estudio y de desarrollo de sus habilidades, no sólo estará en franca desventaja para insertarse social y laboralmente en su entorno, sino que se encontrará a merced de fenómenos como el pandillerismo, la drogadicción y la prostitución que se registran con tasas alarmantes en la región. Tales índices, sin embargo, no responden exclusivamente a aspectos de índole económica, sino también a una serie de factores socioeconómicos, entre los que se incluyen el problema de la paternidad irresponsable, que contribuye muy incisivamente a reproducir los esquemas de pobreza en el país.

Entre este porcentaje de la población marcada por la pobreza se encuentran no sólo mujeres —con menor grado de escolaridad y peor inserción laboral—, sino un número cada vez más creciente de niños de la calle cuya existencia se deriva no sólo de la precariedad de ingresos económicos sino también de la proliferación de hogares incompletos donde prevalece la ausencia del padre.

Se trata de un problema de alarmante magnitud y gran complejidad, que no es reciente y muestra tendencias de crecimiento, a causa del incremento de una pobreza que afecta a amplios sectores de la población y que se manifiesta en múltiples formas, incluidas en éstas elementos histórico culturales que en mucho determinan la paternidad no comprometida que se incrementa en el país, dice el estudio.

Para la CEPAL, la paternidad no comprometida, y la educación sexual no responsable que se deriva de ella, es causante, junto con otros factores, del notable ascenso estadístico de embarazos en adolescentes, abortos, enfermedades como el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida), el abuso sexual a niños y niñas, los delitos sexuales contra las mujeres, los casos de violencia intrafamiliar entre otros temas de carácter social.

Los intentos por lograr transformaciones en el ámbito de los hombres requieren de financiamiento, de programas integrales con objetivos claros y metas bien planteadas, y precisan de la participación decisiva de las instituciones públicas y el Estado, apunta el estudio de la CEPAL.

El documento Diagnóstico sobre educación reproductiva y paternidad responsable en Panamá (LC/MEX/L.481) puede consultarse completo en la página web de la CEPAL.⁶³

MARCO REFERENCIAL DE LA PATERNIDAD EN EL SALVADOR

La familia, la maternidad y la paternidad son elementos que integran el proceso de reproducción biológica y social de los seres humanos, que por su carácter histórico tienden a cambiar al ritmo del desarrollo social, económico, cultural, tecnológico y político.

Como sucede casi en todos los procesos sociales, los conceptos de familia, maternidad y paternidad son heterogéneos y contradictorios, pues varían en función de las distintas creencias y corrientes del pensamiento.

En ese sentido, los modelos de familia tradicionales en El Salvador en la última mitad de siglo, son las formas nucleares y extensas, que suponen una pareja heterosexual, en una convivencia con carácter permanente y algún grado de parentesco entre los que conviven, además de roles claramente diferenciados entre sus miembros. Las familias nucleares, de mayor presencia en las ciudades, están conformadas por el padre que desempeña el papel de proveedor económico de toda la familia y jefe del grupo; la madre, ama de casa, que se ocupa de las necesidades físicas y emocionales de su pareja y sus hijos(as), que casi vivirán con ellos hasta que sean capaces de valerse por sí mismos.

Las familias extensas, en su mayoría en el área rural, conservan los elementos centrales de las nucleares, y se diferencian de éstas por incorporar a su grupo a parientes de otras generaciones y personas que no son familiares consanguíneos.

El nuevo Código de Familia, vigente desde 1994, sigue considerando legales las formas nucleares y extensas de familia, así como los supuestos de sus integrantes; sin embargo, a diferencia del Código Civil anterior, reconoce a las parejas que no se constituyen a través del matrimonio. Cualquier otra estructura de convivencia que cumpla las funciones de una familia pero que no se ciña a estos modelos, generalmente tiende a clasificarse como familia desintegrada cuya validez se desconoce, lo que en la práctica significa su marginación y una mayor vulnerabilidad.

63.- www.cepal.org.mx.

Al respecto, cabe señalar la relatividad del concepto de familia integrada,⁶⁴ como sinónimo de garantía del goce de los derechos de las hijas e hijos. En cambio, el funcionamiento armónico de una familia y el bienestar de sus miembros dependen de la calidad del vínculo que se construya. Así, hay familias “integradas” en las que no prevalecen relaciones positivas entre sus miembros y que llegan a convertirse en verdaderos factores destructivos del bienestar de niñas(os) y adolescentes. Por el contrario, familias que se consideran “desintegradas” logran construir relaciones de confianza, amor y respeto mutuos que son efectivas en la defensa de los derechos de sus niños(as) y adolescentes. Aun así, es oportuno subrayar que la presencia en un hogar de la madre y el padre tiende a crear mayores y mejores oportunidades a sus hijas e hijos, y a proteger en buena medida sus derechos.⁶⁵

En las últimas dos décadas, El Salvador, al igual que varios países de la región, están experimentando una serie de transformaciones profundas en su estructura política, social, cultural y económica que han impactado intensamente la estructura familiar tradicional. Entre dichos cambios son relevantes el conflicto armado, la creciente movilidad social interna, la migración externa, las presiones del movimiento feminista en torno al tema de la familia, la creciente presencia de las mujeres en los sectores productivos y los cada vez mayores índices de desempleo masculino. A consecuencia de estos fenómenos, junto a los modelos tradicionales se han ido estructurando una variedad de formas familiares como los llamados ‘arreglos familiares’,⁶⁶ muy extendidos entre grandes contingentes humanos pertenecientes a los sectores más pobres que encuentran en estas modalidades de convivencia su modo de subsistencia.

El funcionamiento interno de las familias, al igual que su estructura (nuclear), se encuentra estereotipado, de tal forma que desde las políticas públicas se les sigue considerando como espacios en los que prevalece entre los cónyuges unidad, integración y complementariedad, relaciones de afectividad profunda donde se fortalece el sentido de convivencia. A menudo no se reconoce que las relaciones reales se caracterizan por una continua tensión y conflicto que frecuentemente se resuelven con el abuso del poder masculino, más que a través de la búsqueda de soluciones negociadas. Esta situación trae como consecuencia el que no se hagan visibles las desigualdades de género y las diversas formas de maltrato al que se ven sometidas cotidianamente muchas mujeres, así como sus hijas e hijos, por parte del cónyuge o, en su caso, por el padre.

64.- Familia integrada es una acepción muy extendida en nuestras sociedades para denominar aquellas familias compuestas por la madre, el padre y los(as) hijos(as), que, según los autores consultados, más acertadamente debieran llamarse familias completas.

65.- UNICEF (s/f), Situación de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia Salvadoreña, pág.139.

66.- Son nuevas situaciones familiares en Centroamérica consistentes en la incorporación de nuevos elementos y arreglos bajo una variada gama de combinaciones que han salido de la propia práctica de las familias rurales, urbanas, indígenas y negras, más afectadas por la crisis.

A pesar de la variedad de formas de familia existentes, en su funcionamiento interno básicamente se siguen reproduciendo las relaciones de género propias de las familias tradicionales, es decir, los hombres continúan valorándose como los proveedores económicos y jefes de familia con las mismas consideraciones sociales anteriores, independientemente de que los cambios señalados están erosionando el desempeño de los roles con esas características.

En diversos estudios y talleres de reflexión realizados con hombres, la mayoría se identifican como “machistas, pero trabajadores” cuyas principales características giran alrededor de la proveeduría económica de la familia, la práctica sexual erótica con diferentes parejas, la homofobia y la fortaleza física.

En el mismo sentido, también expresan que a lo largo de su vida se ven continuamente en la necesidad de demostrar su hombría porque prácticamente todos los mensajes, mandatos y prohibiciones recibidos de los diferentes agentes socializadores, prohíben parecerse a las mujeres.⁶⁷

El proceso de socialización de las identidades de género, que incluye los aprendizajes de la maternidad y la paternidad, inicia desde la infancia en el seno de las familias, con significados y valoraciones diferenciadas según el sexo de las personas⁶⁸ que asignan distintas acepciones a la maternidad y a la paternidad.

En el marco de las representaciones colectivas y las normas aceptadas socialmente en El Salvador, la maternidad es reconocida como el eje central de la identidad femenina y su destino social y emocional, de tal forma que en las mujeres recae la responsabilidad de asegurar la estabilidad de su grupo familiar. En casos de ruptura de las relaciones de pareja, les corresponde asumir la crianza de sus hijas e hijos, si no quieren exponerse a sanciones sociales.

Por otra parte, la paternidad representa, en términos de la identidad masculina, un elemento marginal, que incluso en ciertas circunstancias puede negarse o incluso desconocerse. Sin embargo, en su significación estrictamente procreadora la paternidad reafirma la masculinidad en el imaginario social porque implica el dominio del cuerpo de una o más mujeres, además de constituir el mecanismo que confirma la virilidad. En este sentido, “el deseo de ser padre existe, en tanto demostración de la dominación (y posesión) de una mujer, pero no está necesariamente relacionado con el ejercicio de la paternidad o paternazgo.”⁶⁹

El deseo de ser padre se estructura alrededor de la relación con una mujer, madre de sus hijos(as), más que alrededor de la relación afectiva que pueda establecerse con las criaturas”. “Es este rasgo particular de la construcción de la identidad masculina lo que explicaría por qué hay hombres que conscientemente embarazan mujeres sin intención de asumir responsabilidad alguna por el nuevo ser, por qué condicionan

67.- Taller sobre Género y Masculinidad, Technoserv/Prochalate, págs. 2, 3, 4 y Comisión Acción SIDA de El Salvador, op. cit., pág. 11.

68.- Hombre: proveedor económico y sujeto de mayor jerarquía en el grupo, y mujer: prestadora de servicios a todos los miembros de la familia, sin estatus ni reconocimiento de su aporte.

69.- Término que se refiere al ejercicio consciente de relaciones responsables y respetuosas en donde prevalezcan el apoyo, el afecto y los cuidados que incidan positivamente en el desarrollo de las hijas e hijos, y de los propios padres.

el apoyo a sus hijos e hijas a los favores sexuales de sus madres, o por qué los abandonan definitivamente una vez que se rompe la relación conyugal”.

Ahora bien, el rol proveedor del hombre en el sostén del grupo familiar es importante, pero si las relaciones de pareja se disuelven no existe la misma sanción social hacia quienes no cumplen esa obligación con sus hijas e hijos.

Todos estos comportamientos masculinos en torno de la relación filial son manifestaciones del ejercicio de una paternidad tradicional bastante extendida, pero no exclusiva, pues coexisten muchas otras formas de ejercerla que varían según el entorno mismo de la relación. Así, se registran distintas modalidades si los hijos(as) son producto de relaciones de pareja legales, de hecho, extramatrimoniales o de un segundo hogar, o si son hijos(as) adoptivos; inclusive un mismo hombre puede mostrar a lo largo de su vida actitudes diferentes en las relaciones que establece con sus hijas(os).

Es obvio que el ejercicio de las relaciones padre/hijas(os) está determinada también por el hecho de si esta paternidad fue deseada o planeada, o si ha sido, como habitualmente sucede, un suceso imprevisto. Según una definición usual, paternidad se refiere a tener la “calidad de padre”, es decir, una calificación que se adquiere o es producto de un aprendizaje; no se es padre, entonces, por el simple hecho de procrear un(a) hijo(a).

La paternidad se entiende como el conjunto de relaciones posibles entre el padre (biológico, adoptivo o simbólico) y sus hijas e hijos. Dichas relaciones pueden ser de afecto, de cuidado y de conducción, así como de sostén económico, de juego y de diversión conjunta.

Un criterio válido en la consideración de la “calidad de padre” es el grado en el que las relaciones padre/hijas(os) aseguran el cumplimiento de los derechos de los(as) niños(as) y adolescentes en sus condiciones fundamentales de vida. Cabe recalcar que el goce efectivo de estos derechos depende de la disponibilidad de ciertas condiciones, que están sujetas, por una parte, a la voluntad y conducta de las personas adultas de la familia, y por la otra, a la voluntad y conducta de la sociedad y del Estado para garantizar que tales derechos se cumplan.⁷⁰

Entre las principales condiciones de vida que inciden en el nivel de goce de los derechos de los niños(as) y adolescentes se cuentan: la estructura del hogar, la disponibilidad de trabajo en el hogar, el ingreso del hogar, y la disponibilidad de otros bienes básicos.

Como parte del ejercicio de esta paternidad tradicional, a menudo se manifiesta una variedad de actitudes que atentan contra los derechos de las niñas y los niños, como: el rechazo a reconocer la responsabilidad en la procreación, la negación a asentarlos legalmente, el incumplimiento del papel proveedor cuando convive con

ellos, la falta de cuidados y atención emocional, la reducción o negación del aporte económico cuando la pareja se ha separado y abandono de las hijas/hijos reconocidos legalmente.⁷¹ En los trámites requeridos para establecer las cuotas alimenticias ante la Procuraduría General de la República (PGR), también es usual la inasistencia a las citas, la negación a establecer la cuota, el incumplimiento de ésta una vez establecida, el abandono afectivo de niñas(os) y los condicionamientos sexuales a las mujeres a cambio de asumir mínimamente las responsabilidades proveedoras.

En términos de las alternativas de construcción de otras formas de paternidad, más comprometidas, es importante recalcar que los cambios culturales no podrán realizarse de manera aislada, al margen por ejemplo, de los patrones de la maternidad y las relaciones de pareja.

En El Salvador son producto de una construcción cultural y reproducción social e individual de las identidades de género (femenino y masculino), de las relaciones de pareja que estas identidades condicionan en términos sexuales y reproductivos, de sus expresiones en torno a la procreación y crianza de hijas e hijos, y de los tipos de familia que a estas prácticas se asocian.

Luego, la construcción de nuevas paternidades basadas en el respeto y goce de los derechos individuales, y en particular de los derechos de las niñas(os) y adolescentes, requerirá de transformaciones importantes en las dimensiones cultural, social y subjetiva de cada uno de estos elementos constitutivos.⁷²

INCIDENCIA MORTALIDAD MATERNA

En la actualidad, muchos de los aspectos denominados como “problemas de salud pública” son considerados cada vez con mayor fuerza como temas de derechos humanos de responsabilidad estatal; así, la mortalidad materna es un potente indicador del compromiso de los Estados con la salud de las mujeres, y no sólo es vista como un problema de índole social sino como una vulneración a los derechos humanos de la población. Las cifras de mortalidad materna en la región son altas, situación grave si nos detenemos a pensar que la mayoría de estos casos son evitables.

71.- Mujeres por la Dignidad y la Vida (Las Dignas) (1997), ¿Quién es mi papí? Un estudio preliminar sobre la identidad masculina y el problema del reconocimiento paterno de las hijas e hijos en El Salvador, 1ª edición, Algier's impresores, San Salvador. Las Dignas (1997), págs. 8 y 9.

72.- González Portillo, Ricardo, en el marco del Proyecto “Educación Reproductiva y Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano” DIAGNÓSTICO SOBRE PATERNIDAD RESPONSABLE Y PROPUESTAS PARA UN PROGRAMA NACIONAL EN EL SALVADOR. NACIONES UNIDAS COMISIÓN ECONÓMICA PARA AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE – CEPAL. Distr. LIMITADA LC/MEX/L.477 6 de julio de 2001 ORIGINAL: ESPAÑOL

En relación a los derechos humanos afectados por la mortalidad materna, Marcela Huaita siguiendo a Cook menciona los siguientes⁷³:

- ☼ El derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad personal. Estos derechos son violados cuando se produce la muerte evitable, pero también cuando el riesgo de morir se incrementa y se convierte en un hecho constante.
- ☼ El derecho a fundar una familia y a tener vida de familia. La mortalidad materna impide que la vida familiar se desarrolle y pone en riesgo a otros miembros de la familia.
- ☼ El derecho al cuidado de la salud y a beneficiarse del progreso científico. La evolución técnica muestra que existen los medios para salvar las vidas maternas, pero la negligencia institucional, la del personal especializado y la desinformación de las mujeres son los principales factores de riesgo.
- ☼ Los derechos relacionados a la igualdad y a la no discriminación. El estatus social disminuido de las mujeres impulsa la mortalidad materna porque no acceden a educación, porque los servicios y las propias comunidades no les dan la importancia que merecen, porque coexisten varias discriminaciones, como la racial-étnica y la de la pobreza, las mismas que se expresan con mayor fuerza cuando se trata de mujeres muy jóvenes.

Apoyo conjunto de la OMS, el UNFPA, la UNICEF y el Banco Mundial a los países para acelerar la aplicación del proceso continuo de atención materna y del recién nacido. ⁷⁴

El Objetivo número 5 de Desarrollo del Milenio que visualiza la necesidad de mejorar la salud materna, es uno de los objetivos en que menos se ha avanzado. En ese objetivo se registra la mayor inequidad sanitaria, una inequidad que afecta a las mujeres: en algunas partes del África subsahariana y Asia, el riesgo de muerte a lo largo de la vida es mil veces mayor, que el riesgo en algunos países industrializados.

Cada año las complicaciones del embarazo y el parto provocan discapacidades físicas y mentales entre 10 y 20 millones de mujeres.

Las causas de la mortalidad materna tienen sus raíces en la inequidad de género, incluyendo la falta de acceso a la educación de las mujeres, especialmente en el caso de las niñas, los matrimonios prematuros, el embarazo de adolescentes y en muchos casos por el difícil acceso a los servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

73.- HUAITA, Marcela. El derecho a la salud de las mujeres. Lima 2000. Ponencia presentada en VI Curso Internacional de Derechos Humanos de las Mujeres

74 Maternal Mortality in 2005: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and The World Bank. October 2007. Ginebra. OMS. África and the Millennium Development Goals. Naciones Unidad. Actualización de 2007.



Propuesta conjunta de estos organismos internacionales

- Formular políticas y normas.
- Elaborar herramientas de Monitoreo y Evaluación que aseguren la calidad de los productos de Salud Sexual y Reproductiva, incluida la salud materna y del recién nacido.
- Apoyo financiero.
- Apoyo en la planificación estratégica.
- Inversión en insumos para el sistema de salud.

INCIDENCIA EN LA CONCEPCIÓN

Una pareja sexualmente activa, pero no desean el embarazo, necesitan una anticoncepción eficaz. Si las parejas sexuales, no ponen en práctica ningún método anticonceptivo, un 80 % aproximadamente de las mujeres quedarán embarazadas en el plazo de 1 año.

Las mujeres jóvenes que no desean el embarazo deberán emplear métodos anticonceptivos si mantienen una vida sexual activa, con independencia de su edad. Se sabe que muchas mujeres ovulan antes de su primer periodo menstrual.

Entre los métodos anticonceptivos de variable eficacia más corrientemente usados, figuran:

- 1) Los anticonceptivos esteroides orales.
- 2) Los anticonceptivos esteroides inyectables.
- 3) Los dispositivos intrauterinos.
- 4) Las técnicas físicas o químicas de barrera local (preservativos).
- 5) La retirada del miembro viril antes de la eyaculación.
- 6) La abstinencia sexual durante el período de ovulación.
- 7) La lactancia.
- 8) La esterilización permanente.



Anticonceptivos orales combinados.

Método efectivo y reversible sin demora.

- » La mujer ingiere una píldora diaria y de acuerdo con las indicaciones para obtener la máxima eficacia.
- » Puede ocurrir sangrado entre períodos o goteo, especialmente al principio. No es dañino. El sangrado mensual se volverá más leve y más regular después de unos meses.
- » Especialmente al principio, algunas mujeres tienen dolores de cabeza leves, cambios de peso o malestar estomacal. Éstos a menudo desaparecen.
- » Son seguros para casi todas las mujeres. Las complicaciones graves son muy raras.
- » Pueden ser usados a cualquier edad, ya sea que la mujer haya o no haya tenido hijos.
- » Ayudan a prevenir los cólicos menstruales, el sangrado abundante, la anemia (nivel bajo de hierro en la sangre) y otras condiciones médicas.
- » Son altamente eficaces, casi 99%.





Anticonceptivos inyectables.

Método muy efectivo y seguro.



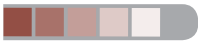
- » Requiere una inyección cada 3 meses (13 semanas) si es Depro-provera, o cada 2 meses si es Noristerat.
- » Con frecuencia, ocurre goteo y sangrado entre períodos en los primeros meses, luego a menudo el sangrado mensual se suspende. Pueden ocasionar aumento de peso gradual o dolores de cabeza leves. No es dañino.
- » Es privado. Otras personas no se dan cuenta que la mujer lo está usando.
- » Pueden ser usados a cualquier edad, ya sea que la mujer haya o no haya tenido hijos.
- » Cuando deja de recibir las inyecciones, la mujer puede volver a embarazarse. Después de usar el anticonceptivo de depósito, es posible que esto tome algunos meses más.
- » Es un método seguro durante la lactancia, comenzando a las 6 semanas después del parto.
- » Tal vez haya disponibles inyectables mensuales. Con éstos, el sangrado mensual generalmente se vuelve más leve y más corto o menos frecuente. Puede ocurrir goteo y sangrado entre períodos.
- » Altamente eficaz, casi 99%.



Condomes.

- » Ayudan a prevenir el embarazo y algunas infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH/sida, cuando se usan correctamente cada vez.
- » Para protegerse contra las ITS/el VIH, algunas parejas usan los condones junto con otro métodos.
- » Son fáciles de usar con muy poca práctica.
- » Algunas personas objetan que los condones interrumpen las relaciones sexuales, reducen la sensación o les dan vergüenza. Hablar con su pareja puede ayudar, pues es un beneficio de salud que hasta puede evitar enfermedades que pueden conducir a la muerte o son incurables.
- » Con el uso correcto y sistemático del condón la tasa de embarazo accidental es del 3%.





DIU portador de cobre (Dispositivo Intrauterino)

- » Dispositivo pequeño y flexible que se coloca dentro del útero (la matriz). Muy poco que hacer una vez que el DIU está en su lugar.
- » Método muy eficaz, reversible y de larga duración. El DIU TCU-380A (T de cobre) es eficaz durante al menos 12 años.
- » El sangrado mensual puede ser más abundante y prolongado, especialmente al principio. Hay un poco de dolor durante la inserción.
- » Ocasionalmente puede ocurrir una infección pélvica si la mujer tiene ciertas infecciones de transmisión sexual cuando se inserta el DIU. Las complicaciones graves son raras.
- » Puede salirse por sí solo, en raras ocasiones, especialmente al principio.
- » Una mujer puede embarazarse sin demora después de que se extrae el DIU.
- » Altamente efectivos, presenta un índice de falla del 0.6% al 0.8%.



Esterilización femenina.

- » Tiene la intención de ser permanente. Es para mujeres que están seguras de que ya no desean tener más hijos. Se piensa con cuidado antes de tomar esta decisión.
- » Método muy eficaz (casi 100% de eficaz). Falla por falta de experiencia del profesional.
- » Implica un examen físico y una operación simple y segura. Habitualmente la mujer permanece despierta. Se toman medidas para bloquear el dolor.
- » El dolor y la hinchazón pueden durar algunos días después del procedimiento. Las complicaciones graves son muy raras.
- » No tiene efectos secundarios a largo plazo. Ningún efecto en la habilidad ni en la sensación sexual.



Vasectomía (esterilización masculina).

- » Tiene la intención de ser permanente. Es para hombres que están seguros de que ya no desean tener más hijos. Se piensa con cuidado antes de tomar esta decisión.
- » La operación es simple, segura y conveniente. Se realiza en pocos minutos. Se bloquea el dolor.
- » El dolor, la hinchazón o los moretones pueden durar unos pocos días. Algunos hombres tienen dolor prolongado.
- » La efectividad de la vasectomía inicia 3 meses después del procedimiento o antes de transcurridas 20 eyaculaciones, por los que se recomienda usar condones u otros métodos de respaldo para evitar embarazos no deseados.

- » No tiene ningún efecto en la habilidad ni en la sensación sexual.



MELA (Método de la amenorrea de la lactancia).

- » Un método de planificación familiar basado en la lactancia materna, por hasta 6 meses después del parto.
- » Una mujer que amamanta usa el MELA cuando: - su bebé recibe poco o ningún otro alimento o bebida excepto la leche materna, y ella amamanta en forma frecuente, tanto de día como de noche, y - su período mensual no ha regresado, y - su bebé es menor de 6 meses de edad.
- » La mujer debe planear usar otro método antes del momento en que ya no pueda usar el MELA.
- » Sumamente efectivo, la tasa de embarazo accidental es del 2%.



Implantes anticonceptivos.

- » Una o varias varillas o cápsulas pequeñas colocadas debajo de la piel del brazo de la mujer. Muy poco que hacer una vez que los implantes están en su lugar.
- » Muy efectivos por hasta 3, 5 ó 7 años, dependiendo del implante.
- » Pueden ser usados a cualquier edad, ya sea que la mujer haya o no haya tenido hijos.
- » La mujer puede pedir que un proveedor capacitado le retire los implantes en cualquier momento. Luego, puede embarazarse sin demora.
- » Puede ocurrir sangrado leve entre períodos o goteo, o puede suspenderse el sangrado mensual. No son dañinos.
- » Seguro durante la lactancia materna, comenzando a las 6 semanas después del parto.
- » Su protección anticonceptiva es superior al 99% durante el primer año de uso, disminuyendo gradualmente hasta un 96.5% al quinto año de uso.



Anticonceptivos orales sólo de progestágeno.

- » Una buena alternativa para madres que amamantan que desean usar píldoras, comenzando a las 6 semanas después del parto.
- » Muy eficaz durante la lactancia y reversible sin demora.
- » La mujer toma una píldora diaria para obtener la máxima eficacia.
- » Si la mujer no está amamantando, el goteo y el sangrado leve entre períodos son comunes. No son dañinos.
- » Usado correctamente y sistemáticamente la tasa de embarazo después del primer año de uso es menor al 1%.



Diafragma con espermicida.

- » Se colocan profundamente en la vagina antes de cada relación sexual. Esto puede hacerse con anticipación. Método eficaz si se usa correctamente cada vez.
- » Se debe hacer un examen interno a la mujer para determinar el tamaño correcto de diafragma.
- » Tienen un porcentaje de efectividad de casi del 80% el cual disminuye al 60% de efectividad en mujeres con hijos/as.



Diafragma



Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad femenina.

- » La mujer aprende a determinar el período fértil de su ciclo mensual.
- » Durante el período fértil, la pareja evita el sexo vaginal, o usa otro método como los condones.
- » Aplicado de manera correcta y consistente tienen una efectividad aproximadamente del 5 al 25%.
- » Generalmente requiere de la estrecha colaboración de la pareja.
- » No tiene efectos secundarios físicos.
- » Estos métodos pueden ser difíciles de usar cuando hay fiebre o infección vaginal, con períodos menstruales irregulares y después del parto o durante la lactancia.⁷⁵



INCIDENCIAS EN LA INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL / VIH-sida

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), son un grupo de infecciones adquiridas fundamentalmente por contacto sexual. Cerca de un millón corresponden a infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), el agente causal del sida. Su importancia y la necesidad de su control está no sólo en las infecciones agudas que causan, sino también, en las complicaciones que las caracterizan (como la enfermedad pélvica inflamatoria, el embarazo ectópico (embarazo fuera del útero) o la infertilidad (incapacidad de tener un embarazo).

Se conocen más de 20 microorganismos transmisibles por contacto sexual, pero se puede afirmar que las infecciones más comunes son seis: tres consideradas las ITS clásicas:

- ☼ Sífilis.
- ☼ Gonorrea.
- ☼ Chancro blando o chancroide.
- ☼ Clamidia.
- ☼ Herpes genital.
- ☼ Infección por VIH.
- ☼ Virus de Papiloma Humano.
- ☼ Hepatitis B.

Los principales “factores de riesgo” para adquirir una ITS es exponerse a ella:

- ☼ Tener una pareja sexual infectada.
- ☼ El comportamiento sexual de la persona, ya que se relaciona con la probabilidad de exposición y transmisión de las mismas.
- ☼ Tener relaciones coitales sin protección.
- ☼ Tener prácticas sexuales de riesgo como anal, vaginal, oral sin condón.
- ☼ Uso de alcohol y drogas que promuevan conductas sexuales de alto riesgo.
- ☼ Existen infecciones como el VIH y la infección por hepatitis B que se pueden adquirir con material punzocortante mediante tatuajes y perforaciones y no son precisamente por contacto sexual.
- ☼ Relaciones sexuales sin protección con personas desconocidas.
- ☼ Ser víctima de abuso sexual o violación por uno o varios agresores.

Para descartar la presencia de ITS, deben examinarse los siguientes casos:

- ☼ La presencia de salida de flujo por la vagina (líquido que puede ser blanco, amarillo/verdoso), dolor pélvico (dolor en abdomen bajo).
- ☼ Y en el hombre puede haber salida de líquido transparente o amarillo a través del pene (llamada secreción).
- ☼ Dolor y ardor al orinar, tanto en hombres como en mujeres.
- ☼ Todo (a) adolescente sexualmente activo(a).
- ☼ Todo (a) adolescente que se sospecha haya sido víctima de violación, abuso sexual o incesto.
- ☼ Adolescentes embarazadas.
- ☼ Adolescentes con antecedentes de varias parejas sexuales.

- ☼ Adolescentes que han tenido (o se sospecha que han tenido) contacto sexual con una persona que tiene ITS o que hayan usado drogas aplicadas en las venas.
- ☼ Que hayan practicado el coito anal sin protección.
- ☼ Inicio de relaciones sexuales a temprana edad sin protección.
- ☼ Falta de uso de condón.
- ☼ Adolescentes con infecciones sexuales recurrentes.
- ☼ Adolescentes drogadictos o que han compartido agujas.

No es raro que una o más ITS se presenten y se repitan durante el periodo de la adolescencia y la reinfección es la causa más frecuente. La existencia de dos o más infecciones de transmisión sexual al mismo tiempo es común.

Se debe hacer seguimiento y estar alerta para detectar las secuelas (consecuencias) **a largo plazo, tales como:**

- ☼ Enfermedad inflamatoria pélvica (dolor abdominal bajo).
- ☼ Esterilidad.
- ☼ Embarazo ectópico (embarazo fuera del útero).
- ☼ Orquitis, epididimitis y deferentitis (Inflamación de los testículos).
- ☼ Infecciones en el recién nacido de una madre infectada.
- ☼ Cáncer cervicouterino (del cuello uterino).

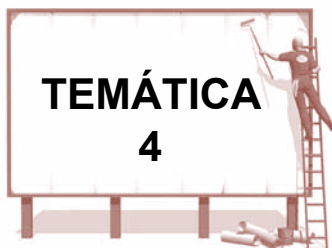
Factores Socioculturales

- ☼ El comienzo de las relaciones sexuales a edades más tempranas, que implica una mayor posibilidad de contactos con distintas parejas sexuales.
- ☼ Uso inconstante del condón.
- ☼ El aumento de la actividad sexual, sólo con la protección de métodos anticonceptivos.
- ☼ La modificación de las costumbres (valores morales y familiares). Múltiples parejas casuales.
- ☼ No tener una educación sexual formal.
- ☼ El consumo de drogas y alcohol asociados a conducta de riesgo sexual irresponsable.

Factores Médicos

- ☼ Resistencias de los gérmenes causales, es decir las bacterias, virus, hongos y otros crean resistencia a los medicamentos debido a la automedicación y al uso incorrecto de los antibióticos.

- ☀ Lo que contribuye a un aumento constante y continuo de las infecciones de transmisión sexual.⁷⁶



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE HOMBRES Y MUJERES EN EL SALVADOR CON ENFOQUE DE GÉNERO Y DERECHOS

En el Salvador existen factores de vulnerabilidad, que se incrementan con conocimientos actitudes y prácticas no saludables relacionadas con la salud sexual y reproductiva, como: inicio temprano de relaciones sexuales, embarazos precoces en la adolescencia, los altos índices de morbi – mortalidad materno – infantil, alta mortalidad por cáncer cérvico – uterino y de mama, alta incidencia de ITS/VIH-sida, violencia intrafamiliar, de género y sexual, entre otras.

Adolescentes

La adolescencia definida como el grupo etáreo entre los 10 y 19 años, se considera la etapa de cambios biológicos, psicológicos y sociales bruscos y acentuados que tienen características diferentes según las estructuras sociales. Generalmente sus estilos de vida pueden ponerlos a riesgo considerable de contraer una ITS, incluido el VIH/sida, cáncer de cuello uterino, embarazos no planeados, complicaciones obstétricas y violencia sexual y de género, entre otros.

Según el Censo 2007, los adolescentes constituyen el 22.8%, del total de la población, de los cuales el 49.7% son mujeres y el 50.3% hombres.

Con relación al acceso a la educación de niños, niñas y adolescentes de 7 a 14 años de edad, FESAL 2003⁷⁷, reporta que el 88% estaba estudiando durante el año escolar de 2002; el abandono escolar es más crítico a partir de los 12 años de edad, subiendo rápidamente del 9% a partir de esa edad al 20% en adolescentes de 14 años.

El 45% de los adolescentes de 10 a 14 años abandonó los estudios por razones económicas; hubo deserción escolar entre las niñas de 10 y 14 años (5%) y de 15 a 19 años (19.9%) a causa de unión marital o un embarazo en el año escolar 2002⁷⁸.

76.- WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995. comenzando a las 6 semanas después del parto.

77.- IBID 35

Con relación a la fecundidad en la población adolescente, FESAL 2003 reporta que la tasa específica de fecundidad por 1,000 en mujeres de 15 a 19 años es de 104. Es considerar que el embarazo en la adolescencia constituye un problema social, económico y de salud pública de considerable magnitud, que se ha expandido considerablemente en nuestro país.

Así mismo las jóvenes con bajos niveles educacionales y económicos tienen menos oportunidades a su favor, padecen con frecuencia de una capacidad limitada y escasa motivación para regular su fecundidad, lo que redundo en elevadas tasas de embarazo precoz, se considera un círculo vicioso que se refuerza porque una vez embarazadas las adolescentes se ven obligadas a abandonar la enseñanza, lo que, a su vez, limita mucho sus oportunidades económicas y del cumplimiento de su proyecto de vida.

La edad promedio de inicio de relaciones sexuales para hombres es de 15 años y para mujeres 16.4 años, siendo ésta más temprana en hombres que en mujeres.

No obstante lo anterior, sólo el 61% de las adolescentes reporta haber recibido información sobre el embarazo y el 54% información sobre los métodos anticonceptivos en los centros educativos.

Del total de adolescentes con vida sexual activa, el 18% de las mujeres y el 28% de los hombres reportó haber usado algún método de anticoncepción en su primera relación sexual.

El porcentaje de adolescentes con experiencia de embarazo asciende rápidamente del 7% en las mujeres de 15 años al 41% en las de 19 años, llegando a ser en el grupo de mujeres de 15 a 19 años, una proporción de 19% con al menos un(a) hijo(a) actualmente vivo(a).

En relación con la edad de la pareja, los datos indican que las mujeres adolescentes quedan embarazadas de hombres mayores que ellas, siendo un 34.6% en las menores de 15 años y un 59.5% en las de 15 a 19 años.

Al indagar sobre el uso del condón en su última relación, el 86% de las mujeres de 15 a 19 años manifiestan que no usaron condón en su última relación sexual; y en el grupo de hombres, el 38% de 15 a 24 años no usó ningún método anticonceptivo.

Del total de casos con VIH + desde 1984 hasta abril de 2008, el 20% corresponde a la población de 15 a 19 años y el 61% están reportados como caso VIH y un 39% con sida.⁷⁹

Con relación a la mortalidad, según estadísticas del MSPAS, para el grupo de mujeres 10 a 14 años, la intoxicación por plaguicidas se encuentra en primer lugar, siguiendo los traumatismos y los tumores malignos en diferentes regiones del cuerpo. En los hombres en primer lugar se encuentran los traumatismos, seguido por la neumonía no especificada y las enfermedades de la sangre.

78. - IBID 35

79.- Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. ABRIL 2008.

En el grupo de 15 a 19 años, para las mujeres, en primer lugar se encuentra las intoxicaciones por plaguicidas, le siguen los traumatismos en diferentes partes del cuerpo, en tercer lugar, los tumores malignos, en cuarto lugar las complicaciones del embarazo, parto y puerperio y en sexto lugar la enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana.

Para los adolescentes hombres en este grupo etáreo se observa que los traumatismos en diferentes regiones del cuerpo se encuentran en primer lugar; la intoxicación por plaguicidas en segundo lugar; en tercer lugar las heridas en diferentes regiones del cuerpo y en décimo lugar la enfermedad por VIH.

Con respecto a la violencia de género en la adolescencia, FESAL 2003 reporta, que el 2.1% en el grupo de 15 a 19 años fueron violadas con penetración, el 7.9% informan haber sufrido abuso sexual y un 1.0% manifiestan que han sufrido ambos tipos de violación.

Hombres y Mujeres de 20 a 59 años

Según el Censo de 2007 la población de hombres y mujeres de 20 a 59 años es de, 2,654,390 lo que representa el 46.2% de la población. La proporción de hombres y mujeres es de 43.73% y 52.7% respectivamente. La población en edad fértil corresponde al 49.7% de la población total, siendo el 48.2% masculina, y el 51.8% femenina.

Este grupo poblacional se caracteriza por constituir la mayor parte de la población económicamente activa y de desarrollo de su vida sexual y reproductiva.

Con respecto a la Salud Materna, de acuerdo a los datos de FESAL 2003, la cobertura de Atención del Control Prenatal en las instituciones públicas y privadas, es de 86%, el 66% fue inscripción precoz, que varía de un 73.6% en el área urbana a un 59.5% en la rural. El 75% fue proporcionado por el MSPAS, un 17.2% en el ISSS y 6.4% en lo privado, según norma del MSPAS fue de 79.1%.

Sobre la Atención de partos, el 69.4% es atendido en un centro hospitalario por personal capacitado (médico 98.6%), lo que varía según procedencia, siendo de 87.3% en el área urbana y 54.5% en el área rural. El 23% son atendidos por partera capacitada; independiente del área de residencia.

El porcentaje de nacidos vivos es de 94.3% del total de partos atendidos, con un 4.6% que finalizó en pérdida o aborto y un 0.8% en mortinato.

El control posparto en las diferentes instituciones fue de 54.6%, variando del 60.4% en el área urbana al 49% en la rural. Del total el 47.8% lo recibió en las 6 primeras semanas después del parto.

El MSPAS es la institución que tiene mayor cobertura de la atención posparto (73.4%), le sigue el ISSS con el 19.2% y el sector privado con un 6.3%.

La cobertura del MSPAS se incrementa en el área rural con el 87.4%, comparándolo con el 60.1% en el área urbana. El aborto es el responsable del 13% de mortalidad materna al nivel mundial según la OMS.

En El Salvador, la incidencia de aborto es del 10.7%. En el Hospital Nacional de Maternidad la incidencia observada para el año 2004, ha sido del 9%.⁸⁰

Uno de los problemas relacionados con la incidencia de aborto es el subregistro, ya que se desconoce la incidencia de aborto provocado en condiciones inseguras, debido a que a partir del año 1998 esta situación es penada por la ley.

Con relación a la planificación familiar El uso actual de al menos un método de Planificación familiar para mujeres es del 67.3% y en hombres en unión es del 68.1% lo que varía según sea de área urbana o rural.

FESAL 2003 refleja que un 70.1% de las mujeres y un 72.6% de los hombres manifiestan que la decisión de usar algún método de planificación familiar fue de ambos, un 16.4% de los hombres y un 23.7% de las mujeres refieren que la decisión ha sido solo de ella, un 8.7% de hombres y un 3.2% de las mujeres la decisión fue tomada por la pareja y un 2.4% de hombres y 3.0% de mujeres no hubo una decisión al respecto.

El porcentaje de no uso de anticonceptivos es relativamente elevado siendo en promedio 1 de cada tres hombres y mujeres.

Las diferenciales de uso de los métodos anticonceptivos según FESAL 2003, evidencian que la esterilización femenina es el método más usado en el país (32.7%), la segunda posición corresponde a los Inyectables (18.3%), seguido por los orales (5.8%), condones y ritmo/Billings 2.9 %, retiro 2.6% y el menos usado es el DIU con 1.3%.

Otro aspecto importante es la participación o no de la pareja, ya que en algunos métodos como el condón, ritmo/Billings (métodos basados en el conocimiento de la fertilidad femenina) o el retiro (retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación) se requiere una mayor participación del hombre por lo que toman la decisión ambos en más del 75%. En los métodos como la esterilización femenina y el DIU se observa que la decisión por ambos es de 60.8% y 79% respectivamente.

En la toma de decisión sólo de la mujer el mayor porcentaje es para la esterilización (31.6%), solo la pareja el retiro y condón con 14.5% y 6.4% respectivamente y para las esterilizaciones existe un 2.6% que decide solo la pareja.

Las fuentes más utilizadas para la obtención de estos métodos son: el MSPAS en un 55.9%, el ISSS 19.3%, la ADS con 10.1% y el 4% es para los servicios privados.

Con relación a la infección por VIH/sida, según datos de ONUSIDA, se estima que el 0.7%⁸¹ del total de la población adulta de El Salvador está infectada con el VIH y que la epidemia se clasifica como de baja prevalencia (prevalencia de VIH en mujeres embarazadas menor de 1%).

El 75% de los casos proceden del área urbana, el 22% del área rural y en el 3% de los casos no está documentado el área geográfica de donde proceden.

En el país el VIH se transmite en su mayoría por relaciones sexuales. Según datos de Vigilancia epidemiológica del MSPAS (2007), es por relaciones heterosexuales “desprotegidas” con el 77%. Le siguen las relaciones homosexuales con 4.2% y las relaciones bisexuales con 3%. Por otra parte, la transmisión vertical (TV) de madre a hijo es de un 7.4%.⁸²

Con relación a los conocimientos de acuerdo a FESAL 2002/03, sobre las tres formas de prevención de la transmisión sexual del VIH (abstinencia, fidelidad y uso de condón) alcanza el 60.2% en mujeres de 15-49 años y 46.3% en hombres de 15-59 años.

Con respecto al uso del condón como una medida preventiva, FESAL 2003 reporta que sólo el 5.6% de las mujeres y el 20.3% de los hombres lo utilizó en la última relación sexual. El 56.4% de las mujeres y el 57.6% de los hombres lo usaron con la finalidad de doble protección.

Con relación al Cáncer Cérvico Uterino la detección precoz se hace a través del tamizaje de Papanicolau (citología). FESAL 2003 reporta que en el nivel nacional el 84.7% de mujeres de 15 a 49 años, se han realizado al menos una vez la prueba de Papanicolau, un 66.7% en los últimos 2 años y un 46.8% en el último año.

Entre las mujeres de 15 a 59 años, las que hacen uso de la citología o Papanicolau, son las de mayor nivel educativo y socio económico, ya que asciende del 56.7% en el grupo sin educación formal, al 71.9% en el grupo con 10 ó más años de escolaridad.

Con respecto a la efectividad en la obtención del resultado de la citología, el 80% de las mujeres lo obtuvo para su última citología, dato que varía según la institución en que se le practicó el mismo, siendo 97.2% para las que se lo hicieron en el Instituto del Cáncer y de 74.7% para las que se la hicieron en el MSPAS. Estos datos varían, siendo mayor en el área urbana y en las que tienen mayor nivel educativo y socioeconómico.

Con relación al Cáncer de Mama, no existen datos oficiales al nivel del país; sin embargo la estrategia que más efectividad ha demostrado, es la mamografía, seguida por el examen clínico de mamas por parte del médico, siendo estas las intervenciones hacia las cuales se está centrando la atención en materia de prevención. Además, se promueve el auto examen de mamas, a fin de detectar posibles signos precoces.

81.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH-SIDA-ONUSIDA. 2008. “Informe Sobre la Epidemia Mundial de SIDA. Ginebra, Suiza. 2008

82.- Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA.2007

FESAL 2003, del total de mujeres a quienes se les enseñó en la consulta médica, la técnica del auto examen, el 83.5% se lo ha practicado alguna vez.

Con relación al Cáncer de próstata. El 80% de los casos ocurre en hombres que tienen 65 o más años y es más frecuente en los que tienen antecedentes familiares, con un mayor riesgo de adquirirla antes de los 50 años de edad.

En lo referente al examen para evaluar el estado prostático, el 71.2% de hombres de 40 a 59 años de edad ha oído hablar de dicho examen, sin embargo, solo el 2.9% del total, reportaron que se han realizado dicho examen. Esto se relaciona con el hecho de que en un 35% de los hombres, no lo considera necesario.

En cuanto a la equidad de género que significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres, es importante analizar varios indicadores como son el acceso al empleo e ingresos, educación, salud, participación ciudadana y política de mujeres y hombres.

Por otra parte las principales causas de enfermedad y muerte de las mujeres están asociadas a las condiciones diferenciales de género y a la calidad de vida; ya que en la etapa reproductiva, se relacionan con enfermedades prevenibles, como el embarazo, parto, postparto y post aborto, ITS/VIH/sida, las derivadas de los distintos tipos de violencia física, psíquica y sexual y cáncer cérvico – uterino y mamario.

En la etapa de adulta mayor, se incrementan las enfermedades crónicas degenerativas y tumores en diferentes partes del cuerpo, lo que incide en la esperanza de vida de las mujeres.

Por otra parte, se ha documentado que la dinámica de la salud en la especificidad masculina es reflejo de los patrones vitales de los hombres, de sus procesos de socialización, de la forma estereotipada del “ser hombre”.

Al analizar la morbilidad y la mortalidad masculina se descubren tendencias muy diferentes a las de las mujeres, que no se explican por aspectos meramente biológicos. Así se habla de una imprudencia personal derivada de la violencia física y psicológica de los hombres, por lo que hay un uso y percepción social del cuerpo masculino para la resistencia y el enfrentamiento a los otros. A partir de ello, se constata el incremento en la mortalidad masculina, en especial, desde los quince años de edad.

Por ello se considera al “hombre como un factor de riesgo” de su salud, de la de las mujeres, de la de otros hombres y de la de sus hijos/as, tanto por la forma de vincularse con ellos, como por la de violentar las interacciones.

Además, existen problemas comunes a ambos sexos y por otro lado se distinguen problemas especialmente masculinos (próstata y los relacionados con la sexualidad).

De acuerdo a FESAL 2003 con relación a la participación de los hombres en los procesos relacionados con la SSR. FESAL 2003 reporta, una participación indirecta (estar pendiente) de la atención del parto con un 70.3%; seguido por el control del crecimiento y desarrollo del menor de 5 años con un 59.0%, siendo un poco menor el control prenatal con un 57.1%.

La razón principal según la fuente mencionada para no participar o acompañar en el uso de los tres servicios fue que “tenía que trabajar” con un 83%, La segunda razón más mencionada para no participar en la atención del parto, fue que “no admiten la presencia de hombres” en un 33.7%.

Con relación a la Violencia Intrafamiliar. Según FESAL 2003, del total de mujeres de 20 a 59 años el 23.5% reportó haber observado maltratos en su hogar, cuando eran menores de 18 años. Con mayores porcentajes de historia de violencia intrafamiliar en el área urbana.

Por otra parte, el 31.9% de los hombres casados y unidos reportan haber recibido al menos un acto de violencia verbal o psicológica de pareja y el 8.7% manifiesta haber sido víctima de violencia física por parte de su pareja.

El 6.5% de los hombres casados y unidos reportan haber ejercido violencia verbal o psicológica sobre su pareja y el 2.3% manifiesta haber ejercido violencia física sobre su pareja.

Según el ISDEMU⁸³ del total de denuncias (6,625) el 57.03 corresponden a Violencia Intrafamiliar; de este total el 94.82% fue en mujeres y el 5.18% en hombres.

Para las mujeres las edades que muestran mayor ocurrencia con el 62.48% para el rango de 24 a 41 años de edad.

Para los hombres como víctimas, la mayor ocurrencia se presenta en el rango entre los 18 y 29 años con un 49.5%.

Se reporta que el 11.83% los agresores son parientes por consanguinidad (hijos/as, hermano/a, padre/madre) y en el 88.16 %corresponde a parientes por afinidad (compañero/a de vida, el ó la cónyuge y ex - compañero de vida).⁸⁴

En cuanto a la Violencia y Abuso Sexual Según FESAL 2003, el 6% de las mujeres de 20 a 59 años, había sido víctima de Violación (con penetración), el 8.5% mencionó haber sufrido algún tipo de abuso sexual (sin penetración) y el 2% reportó haber sufrido ambos tipos de violación.

Las mujeres que más reportaron ambos tipos de violación, son las que actualmente tienen entre 40 y 44 años, viven en el área urbana, son separadas, divorciadas o viudas, tienen nivel socioeconómico medio y nivel educativo bajo. El abuso sexual fue más reportado en las mujeres con mayor nivel educativo.

Según FESAL 2003, el 76.1% de los responsables de la violación y el abuso sexual con un 85% fueron personas conocidas. EL 22.7% de las víctimas de violaciones y el 28.8% de las de abuso sexual refieren que el vecino/amigo sin parentesco, es el culpable y el 18% responsabilizan a su esposo o compañero.

Con respecto al Climaterio femenino y Menopausia, en el MSPAS no existen datos precisos, no obstante los trastornos relacionados con la disminución de la función

83.- IBID 34

84.- IBID 34

ovárica se encuentran entre las causas principales de consulta general en el grupo de mujeres de 40 a 59 años.

No existen registros clínicos en la atención de la población masculina durante el climaterio masculino para este grupo de edad. Cabe aclarar que la atención en este grupo de edad se ha centrado en la mujer, descuidando a los hombres.

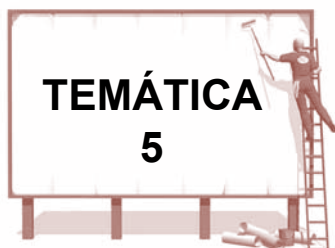
Adultos mayores de 60 años

La salud del adulto(a) mayor se ve afectada principalmente por situaciones asociadas a los procesos de cambio del organismo, las cuales se manifiestan en modificaciones en las funciones motoras y sensoriales, estos cambios hacen que las personas mayores sean más vulnerables al medio.

Con relación a las causas de mortalidad para ambos sexos, se evidencia en primer lugar las enfermedades crónica degenerativas (Accidentes cerebro vasculares, enfermedades cardíacas y otras) y en tercer lugar los tumores malignos en cualquier parte del cuerpo (que incluyen toda localización en útero, órganos digestivos, respiratorios, mama, próstata, vejiga urinaria y otros).

Con respecto a los trastornos Post Menopáusicos en la mujer, en el MSPAS no existen datos precisos, no obstante los trastornos relacionados con la pérdida de la función gonadal de mujeres se encuentran entre las causas principales de consulta general en el grupo de mujeres mayores de 60 años.

De igual manera no existen datos relacionados con el climaterio masculino, sin embargo entre las causas de consulta para este grupo etáreo se refleja en alguna medida la pérdida de la función gonadal masculina.⁸⁵



ANÁLISIS DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA FUERZA ARMADA

La introducción del modelo de equidad de género y salud sexual y reproductiva, enfatizando las implicaciones de la masculinidad y las responsabilidades de los hombres, en el trabajo realizado por las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional constituye sin duda uno de los más destacados e innovadores ejemplos de la estrategia del UNFPA en la región.

Las Fuerzas Armadas representan instituciones nacionales permanentes que forman profesionales militares, que instruyen a los ciudadanos que llegan a la edad de su servicio militar obligatorio y que proveen servicios de salud a una determinada parte de la población. En Paraguay, por ejemplo, anualmente alrededor de 10.000 jóvenes hombres acceden a los cuarteles.

Para estos muchachos, se trata de un momento muy importante en sus vidas y en el desarrollo de sus identidades masculinas; por otra parte, una vez finalizado su servicio, regresan a sus comunidades, muchas veces en zonas rurales, con expectativas propias de su edad.

En general, el conocimiento de estos muchachos en cuestiones de salud sexual y reproductiva suele ser insuficiente, no existiendo en las instituciones militares sistemas de información y educación sobre equidad de género y sexualidad segura, sana y responsable. Dadas estas características, el UNFPA ha entendido que un abordaje sistemático de los temas de género, masculinidad, derechos sexuales y reproductivos y salud tiene una importancia clave en los planes de estudios militares, la instrucción de los reclutas y los servicios de salud ofrecidos por las instituciones castrenses.

En Paraguay, en septiembre de 1997, el UNFPA puso en marcha el proyecto de Educación en población y desarrollo y salud reproductiva en las Fuerzas Armadas del Paraguay, cuyo objetivo principal era la capacitación en temas de salud reproductiva, género y vida familiar de los hombres, adolescentes, jóvenes y adultos pertenecientes a las Fuerzas Armadas, ya fueran oficiales superiores o cuadros intermedios, cadetes o componentes de la tropa, sus familiares y población civil que recibiera servicios de salud en instituciones militares. Un año después, en 1998, el UNFPA inició el proyecto de Educación y servicios en salud reproductiva en la Policía Nacional, que pretendía incorporar contenidos educativos sobre, entre otros temas, género, violencia doméstica y prevención de la violencia contra la mujer en la práctica del personal y en la currícula de la Policía Nacional.

En 1998, la Oficina del UNFPA en Nicaragua inició el proyecto de Apoyo a los servicios y acciones de información, educación y comunicación del Ejército de Nicaragua en derechos y salud sexual y reproductiva. Teniendo como órgano ejecutor al Ejército nicaragüense, el objetivo principal era contribuir a que los miembros del Ejército y sus familiares mejoraran sus capacidades de autocuidado mediante información, consejería y servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. Hasta la fecha, el proyecto ha posibilitado la sensibilización de los mandos, oficiales y soldados en salud sexual y reproductiva y planificación familiar, consiguiéndose también la capacitación de brigadistas y facilitadores del Ejército en temas de género, masculinidad, violencia doméstica, adolescencia y salud sexual y reproductiva.

Así mismo, se han desarrollado talleres para la actualización de los equipos docentes de todas las unidades del Ejército y un taller de sensibilización sobre ofensores sexuales y masculinidad dirigido a oficiales superiores del Ejército y del Ministerio de Gobernación, la Policía Nacional y el Sistema Penitenciario.

Destaca igualmente la elaboración de una maleta pedagógica que abordó, entre otros, los temas de autoestima, equidad de género y responsabilidad masculina. Se ha conseguido la inclusión de los programas de salud sexual y reproductiva y planificación familiar en los servicios de salud de las unidades médicas militares y

un hecho importante es que el Ejército de Nicaragua ha aprovechado espacios para la difusión de sus logros y experiencias en este proyecto con los Ejércitos del área centroamericana y algunos países del Caribe y América del Sur.

En Ecuador, en 1999 el UNFPA puso en marcha el proyecto de Salud Sexual y Reproductiva para las Fuerzas Armadas y la Policía, cuyo objetivo era mejorar la cobertura y la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva para las mujeres, hombres y adolescentes que incluya sexualidad y paternidad responsable, así como sensibilizar e informar al personal de la Policía y de las Fuerzas Armadas sobre derechos sexuales y reproductivos, prevención de la violencia doméstica e intrafamiliar y equidad de género.

Así mismo, se debía incorporar la prevención y atención integral de la violencia doméstica y de género, en coordinación con la Oficina de Defensa de los Derechos de la Mujer de la Policía Nacional (ODMU). En la actualidad, se ha introducido el tema de salud sexual y reproductiva en el pènsum de estudios de todos los liceos militares, se han realizado actividades de sensibilización e información para los alumnos de los colegios militares (4.500 personas) y los conscriptos de algunos repartos militares y se ha iniciado la entrega de información y educación en salud sexual y reproductiva a los conscriptos de 24 unidades militares de todo el país. En lo que se refiere a los beneficiarios fundamentales de los servicios de salud sexual y reproductiva, han sido sobre todo las mujeres derechohabientes (esposas, madres e hijas mayores de 15 años) del personal militar efectivo, alcanzando un número de 56.000 beneficiarias.

En el 2001, la Oficina del UNFPA en Perú inició un proyecto de características similares a los anteriores con las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional sobre salud sexual y reproductiva, derechos y equidad de género, que busca incorporar estos temas en la currícula de formación del personal militar y policial así como brindar información, comunicación y educación al respeto y en prevención de ITS y VIH/sida a todo el personal de las Fuerzas Armadas y la Policía, incluyendo los empleados civiles.⁸⁶

También se cuenta con otras experiencias en Honduras, Guatemala, Colombia y otros países, que además de la incorporación de aspectos como los mencionados, han incursionado de forma sistemática en la formación militar en sus diferentes niveles.



APLICACIÓN DEL ENFOQUE DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA EN LA FUERZA ARMADA SALVADOREÑA EN EL ÁMBITO EXTERNO E INTERNO

A nivel mundial, por la experiencia adquirida en los últimos 20 años, se ha considerado que la epidemia de VIH-sida es una situación que supera el ámbito del sector salud, que afecta a los países en las esferas del desarrollo humano, socioeconómico y tecnológico y que actualmente es un motivo de preocupación para la seguridad mundial.

La Fuerza Armada, está constituida principalmente por hombres y mujeres jóvenes, provenientes de la población civil, que por la edad, factores económicos, poca información que han recibido, estilos no saludables adquiridos socialmente y que al llegar a formar parte de la institución armada, la cual les determina condiciones de alejamiento familiar y de movilización, los expone a un mayor riesgo.

En consideración de esta situación en la Fuerzas Armada, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas adoptó en julio de 2000, la Resolución 1308, en la que se expresa la preocupación por el impacto potencialmente perjudicial del VIH-sida para la salud y el desarrollo del personal internacional de mantenimiento de la paz. Este acuerdo adquirió mayor importancia al adoptarse la Declaración de Compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNGASS) en junio de 2001, en donde la comunidad internacional y los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a atender la problemática del VIH-sida en el personal de los servicios uniformados.

En respuesta a estos acuerdos la Secretaría del ONUSIDA, a través de su Oficina de sida, Seguridad y Respuesta Humanitaria (ONUSIDA/SRH), fue facultada para adoptar un rol protagónico en el desarrollo de un enfoque coordinado e integrado para abordar el VIH-sida en los servicios uniformados, prestando especial atención a las poblaciones jóvenes.

En El Salvador, el impacto de la epidemia puede verse incrementado en la Fuerza Armada por la renovación continua del personal que presta servicio militar voluntario por mandato constitucional, lo que a corto, mediano o largo plazo redundaría en la disminución de la capacidad de respuesta institucional para proveer la atención en relación al VIH-sida.

Siguiendo la tendencia mundial, en El Salvador la problemática del VIH-sida ha experimentado gravedad y crecimiento importantes en los últimos años y la población militar no ha estado exenta de los efectos de esta epidemia, por lo que se ha planteado como prioritaria la ejecución de acciones dirigidas a la prevención, control y atención del VIH-sida e ITS, dirigido al personal de alta de la Fuerza Armada, principalmente a cadetes, tropas y administrativos.

Son notorias las diferencias socioeconómicas que afectan a la población salvadoreña, en la que se incluyen factores culturales como la construcción de las masculinidades y las diferencias intergeneracionales, que derivan en violencia intrafamiliar y social, factores que afectan a la sociedad salvadoreña, en donde persisten comportamientos violentos que perpetúan estas inequidades. De igual manera el acceso limitado a los servicios de salud y educación, dificultan la superación de los índices de pobreza, lo que genera vulnerabilidad en el acceso de la población a la Salud Sexual y Reproductiva [SSR], facilitando la infección por el VIH e ITS.

La transmisión del VIH no es un fenómeno que se produce al azar, ya que está fuertemente influida por el entorno social, económico, cultural y político. Cuando las personas viven en condiciones de adversidad como pobreza, discriminación y analfabetismo, son especialmente vulnerables a infectarse por el VIH.

Respuesta Nacional y de la Fuerza Armada al VIH/sida y SSR

Desde el inicio de la epidemia, la Respuesta Nacional al VIH-sida en El Salvador ha sido liderada por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a través del Programa Nacional de ITS/VIH-sida. Esta respuesta se ha desarrollado bajo criterios de participación y coordinación interinstitucional e intersectorial, donde los esfuerzos de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, Instituto Salvadoreño del Seguro Social y sociedad civil, fueron aglutinados en la Comisión Nacional contra el VIH- sida, bajo el Decreto Ministerial No. 53, y cuya gestión se realizó en el periodo 1994 - 2001.

Posteriormente, la complejidad inherente a la epidemia, el accionar de las Personas Viviendo con VIH-sida (PVS) y de diversas instituciones miembros de la Alianza de Legislación y del Comité Técnico Asesor Nacional de VIH- sida, proporcionaron asistencia técnica (médica y jurídica) para la formulación del Anteproyecto de Ley, presentado por el Ministerio de Salud a la Asamblea Legislativa, que fue aprobado en 2001, como Decreto Legislativo 588 “Ley de Prevención y Control de la Infección Provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana”. Esta Ley oficializó a la actual Comisión Nacional contra el sida (CONASIDA), como la entidad asesora del Ministerio de Salud, para la formulación, ejecución, monitoreo y evaluación de la política nacional de atención integral contra el VIH-sida, así como para proponer estrategias que faciliten la coordinación interinstitucional y multisectorial, entre otras atribuciones. Con la referida Ley y la conformación del CONASIDA, integrada por los diferentes sectores y actores activos de la sociedad salvadoreña, se eleva al más alto nivel político la respuesta nacional al VIH-sida.

Por su parte, la Fuerza Armada, a través de Sanidad Militar con el Programa Militar de VIH-sida, participa en la respuesta nacional al VIH-sida como miembro de CONASIDA y de otros comités vinculados, así como por las acciones que realizan con su personal y sus beneficiarios, las que responden a los objetivos estratégicos del Plan Nacional VIH- sida e ITS 2005-2009.

En 1987 se detectó el primer caso de VIH en la Fuerza Armada, y según el estudio epidemiológico realizado se comprobó que el caso de VIH era autóctono. Desde este primer caso hasta la fecha, en la Fuerza Armada se han reportado más de 400 casos de VIH-sida. Ante esta problemática el Comando de Sanidad Militar realizó acciones para el manejo oportuno de casos, autorizando en 1994, la Directiva de Plan de Políticas, Normas y Procedimientos para regular la investigación, control y vigilancia del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) causada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana en el Personal de la Fuerza Armada, donde se plantea el abordaje de las PVS de manera integral, por un equipo multi e interdisciplinario, y la conformación del Programa Militar VIH-sida, que es el encargado del manejo integral de los casos de VIH- sida en la Fuerza Armada y que tiene su base en el Hospital Militar Central.

El Programa Militar VIH/sida desarrolla las acciones de respuesta en los siguientes componentes:

- » Promoción y prevención del VIH-sida e ITS, con enfoque de atención primaria en salud, dirigida al personal de las unidades militares, a través del personal destacado (médicos, técnicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales) del Batallón de Sanidad Militar.
- » Curación y rehabilitación, proporcionada al personal de la Fuerza Armada y sus beneficiarios, por el personal multidisciplinario de los hospitales militares (médicos, técnicos y enfermeros/as, psicólogos, trabajadores sociales, etc)
- » Capacitación técnica sobre VIH-sida e ITS en los egresados de la Escuela de Sanidad Militar a través del equipo multidisciplinario del programa militar de VIH- sida.
- » Suministros médicos. Estos son proporcionados al Programa, con base en orientaciones técnicas y necesidades para la prestación de atención integral. Esta responsabilidad es asumida por el equipo multidisciplinario del programa.

La prestación de servicios del programa militar VIH-sida se desarrolla a través de los siguientes niveles de atención:

- » Primer nivel: En las enfermerías de las unidades militares distribuidas geográficamente a nivel nacional.
- » Segundo nivel: Hospital Militar Regional de San Miguel.
- » Tercer nivel: Hospital Militar Central en San Salvador.

Fundamentado en el modelo de prestación de servicios y los componentes de Sanidad Militar, el Programa Militar de VIH-sida ejecuta las siguientes actividades:

- » Capacitación sobre VIH-sida e ITS al personal médico, de enfermería y técnico para la atención integral de PVS.
- » Capacitación Continuada a Técnicos en Medicina Preventiva y Enfermeros Jefes de Clínica para el manejo integral de las PVS en las unidades militares (en coordinación con el equipo multidisciplinario)
- » Sesiones educativas con oficiales, tropa y personal administrativo.
- » Actividades de acción cívica sanitaria.
- » Actividades de sensibilización, dirigidas a todo el personal de la Fuerza Armada, para reducir y eliminar la discriminación y el estigma hacia las PVS dentro de las filas.
- » Entrega de material educativo relacionado con el VIH-sida.
- » Provisión de condones.
- » Consejería complementaria a la consulta médica.
- » Prueba voluntaria de VIH y consejería.
- » Actividades de fortalecimiento espiritual.
- » Tamizaje en donantes de sangre.
- » Atención integral⁸⁷ a las PVS beneficiarias y derechohabientes de la Fuerza Armada.
- » Vigilancia epidemiológica en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- » Referencia de casos VIH-sida a instituciones públicas para tratamiento Antirretroviral y pruebas de laboratorio de seguimiento.
- » Conformación y seguimiento de Grupos de Apoyo.

El Programa Militar de VIH- sida, se vincula con otras acciones dentro del enfoque de Sanidad Militar, con el propósito de preservar la salud de su población y mantener la fuerza de combate. La prestación que se ofrece en los niveles de atención central y regional son las siguientes:

- ⚙ Atenciónes en Salud Sexual y Reproductiva, en lo relacionado a la atención materna, en la que se proporciona atención prenatal, del parto y post-parto. Además se dan servicios de planificación familiar, toma de citología y otras atenciónes de salud reproductiva.

- ☀ Atenciones de medicina interna, cirugía, ortopedia, pediatría y odontológica.

Todas estas atenciones se realizan de acuerdo a las leyes nacionales, normativas y protocolos de atención emitidos por los programas nacionales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de los cuales ha sido partícipe en su formulación Sanidad Militar; y los cuales están organizados de acuerdo al ciclo vital, teniendo como ejes transversales la promoción de la salud, la salud sexual y reproductiva, la atención de la morbilidad y rehabilitación, el crecimiento desarrollo y nutrición y la salud ambiental.⁸⁸

Con apoyo de ONUSIDA y el UNFPA, se ha realizado el proyecto “Fortalecimiento de la Respuesta al VIH-sida e ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador” para 2007-2008.

En este proyecto consideró el siguiente objetivo:

Fortalecer la respuesta de la Fuerza Armada de El Salvador con énfasis en la prevención VIH e ITS y mejorar la salud sexual y reproductiva [SSR], aplicando el enfoque de género y derechos humanos, con énfasis en su personal de 18 a 24 años.

Y para lograrlo se propuso los siguientes resultados alcanzando los siguientes logros:

En febrero de 2007, se partió de la realización de una consultoría internacional para la aplicación de una encuesta sobre Conocimientos Actitudes Prácticas para el personal de la Fuerza Armada.

Resultado 1:

La Fuerza Armada ha implementado una política institucional sobre VIH-sida.

Logros:

En noviembre 2008 El Ministerio de la Defensa Nacional ha lanzado la “Política Integral sobre VIH, sida, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 - 2012”

Resultado 2:

La Currícula Educativa en la formación de Recursos Humanos en: el Comando de Doctrina y Educación Militar, Escuela Militar” Capitán General Gerardo Barrios”, Centro de Instrucción Militar Aeronáutica (CIMA), Centro de Educación e instrucción Naval (CEIN) y en el Plan de Adiestramiento de Reclutas de la Fuerza Armada de El Salvador ha incorporado los temas de VIH- sida, ITS y SSR con un enfoque de Género y Derechos Humanos.

⁸⁸.- DOCUMENTO DE PROYECTO “Fortalecimiento de la Respuesta al VIH-SIDA e ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador”. ACORDADO ENTRE EL GOBIERNO DE EL SALVADOR Y EL FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (UNFPA).2007

Logros:

Incorporación Curricular.

Para la obtención de este resultado, se partió de un proceso de conformación y sensibilización de un comité ADHOC de alto nivel de las autoridades de las diferentes escuelas de formación militar.

Luego se desarrollaron talleres de sensibilización con los jefes de estudio y otros profesionales de las diferentes escuelas (30 personas). Estos eventos permitieron a los participantes analizar a profundidad la problemática de SSR incluyendo ITS, VIH y sida, reflexionar sobre el papel que juegan los hombres en esta problemática y tomar conciencia de la urgente necesidad de incluir en la currícula militar estos temas.

Luego, en forma conjunta con cada escuela se elaboró la propuesta curricular sobre SSR/VIH, obteniendo como producto la incorporación curricular en cada una de ellas. Se cuenta con un documento sobre las 6 incorporaciones curriculares en la formación de: Soldados, 2 Bachilleratos, Cadetes de la Escuela Militar, Suboficiales y oficiales. Además se ha incorporado la propuesta curricular de la Escuela de Operaciones de Paz de la Fuerza Armada.

En varias de las escuelas, la temática formará una unidad didáctica de diferentes asignaturas, como: Primeros Auxilios, Psicología del adolescente, Psicología, Derechos Humanos, En otra de las escuelas se convertirá en el contenido de un seminario especializado y solamente en una de las escuelas, se convertirá en una asignatura.

Capacitación de docentes.

Se realizó la primera etapa de capacitación de docentes de las diferentes escuelas de formación militar, incluyendo la capacitación de docentes de Operaciones de Paz (120 docentes en total).

En estas acciones se desarrollaron talleres de capacitación, tomando en cuenta la temática de las propuestas curriculares. En el desarrollo de estos talleres se contó con profesionales especializados en los temas y se puso en práctica metodologías innovadoras que fomentan la problematización, reflexión, recreación, participación activa y el cambio de comportamiento de cada uno de los participantes. Los resultados son satisfactorios y de esa forma lo expresaron los participantes, pero también queda claro que aun se requerirá de otros espacios de capacitación dada la complejidad de la temática.

Elaboración de materiales educativos.

Simultáneamente a la capacitación de docentes se procedió a la elaboración de materiales educativos para cada una de las escuelas de formación militar.

Resultado 3:

El personal de la Fuerza Armada de El Salvador ha incrementado sus conocimientos y ha mejorado sus actitudes y prácticas sobre la SSR y la prevención del VIH-sida e ITS.



Logros:

En este resultado se ha avanzado con un estudio sobre conocimientos, creencias, actitudes y prácticas (CCAP) relacionados con equidad de género, salud sexual y reproductiva, y VIH Y sida, dirigida a población de la Fuerza Armada de El Salvador, que se mencionó.

Este estudio ha servido de base para el trabajo desarrollado en el resultado 2 y fue difundido con la realización de reuniones entre diferentes representantes de las diferentes escuelas de formación militar.

Se ha capacitado en VIH con enfoque de SSR a la mayoría de los efectivos de las 33 Unidades Militares, haciendo un total de 1600 personas.

Resultado 4:

Se ha fortalecido la capacidad de los prestadores de servicios de salud, a fin de que puedan proporcionar atenciones integrales de VIH-sida, ITS y SSR.

Logros

Se han capacitado en SSR/VIH al personal médico, personal de enfermería y personal de apoyo logístico de sanidad militar, cubriendo alrededor de 300 personas.

También se capacitó en consejería VIH a personal de enfermería, de trabajo social y psicología de Sanidad Militar, que correspondió a un total de 180 personas.

Resultado 5:

Se ha conformado el Comité de Prevención y Control del VIH-sida (COPRECOS) de El Salvador Para contribuir a la respuesta nacional al VIH-sida en el ámbito de los uniformados.

Logros:

Se cuenta con la Conformación del COPRECOS El Salvador.

Se cuenta con un Plan Estratégico sobre VIH, sida, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 - 2012”, que permitirá la operacionalización de la “Política Integral sobre VIH, sida, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 - 2012”.

Resultado 6:

El Programa Militar de VIH-sida ha fortalecido su capacidad de sistematización, monitoreo y evaluación de sus acciones.

La Fuerza Armada, conformó un equipo técnico del proyecto, que ha llevado a cabo la planificación, ejecución y control de las actividades previstas. Con asistencia técnica de UNFPA, el equipo realiza sistematización, monitoreo y evaluación de las acciones, a fin de asegurar la buena marcha y la obtención de los productos.

Es importante reconocer que:

- 1.- Las actividades programadas y desarrolladas hasta la fecha, han tenido el apoyo decidido de las altas autoridades del COSAM.
- 2.- Es importante que se continúe con el apoyo técnico y administrativo oportuno del UNFPA.
- 3.- Es conveniente iniciar las gestiones para que las Fuerzas Armadas sigan recibiendo apoyo técnico para la continuidad del proyecto en el 2008.⁸⁹

Política Integral sobre VIH, sida, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 – 2012

Extracto del documento

De acuerdo con ONUSIDA, cada día, más de 6,800 personas contraen infección por el VIH y más de 5,700 fallecen a causa del sida, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública del planeta.⁹⁰

Transcurridos veintiséis años desde el inicio de la pandemia, más de 20 millones de personas han muerto de VIH y sida y, por otro lado, entre 32 y 46 millones de personas están infectadas por el virus⁹¹.

En América Latina, durante 2007, se han registrado 1.6 millones de adultos y niños viviendo con VIH y 100,000 nuevas infecciones⁹².

El impacto del VIH, Sida se da en diferentes esferas de la sociedad: se ven afectados los indicadores poblacionales; las mujeres, porque se está dando una feminización de la epidemia; un aumento de la demanda en los sistemas de salud, la seguridad alimentaria; la fuerza de trabajo, la productividad y los índices de desarrollo; altas tasas de abandono escolar y, además, *es una amenaza para la seguridad de los países*.

Con relación al último aspecto, se da el hecho de que en las fuerzas armadas de los diferentes países, hay una tendencia a presentar una tasa de infectados por el virus del sida superior al resto de la población⁹³.

89.- Lemús, Lidya Hortensia .Informe de Progreso del Proyecto “Fortalecimiento de la Respuesta al VIH-SIDA e ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador” .2008.

90.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007. Situación de la epidemia de sida: informe especial sobre la prevención del VIH: Diciembre de 2007. Ginebra. Suiza.

91.- Organización Mundial de la Salud, World Health Report 2004 (Informe sobre la salud en el mundo 2004).

92.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007. Situación de la epidemia de sida: informe especial sobre la prevención del VIH: Diciembre de 2007. Ginebra. Suiza.

93.- Abot, Chris; Rogers, Paul; Sloboda, Jonh. Respuestas globales a amenazas globales. Seguridad sostenible para el siglo XXI. Documento de trabajo. Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE), Oxford Research Group. Junio 2006.

Además, el VIH y otras ITS influyen en el grado de preparación de las fuerzas armadas y representan una amenaza para el desempeño de funciones secundarias vitales como responder a desastres naturales y la colaboración con otros países en las misiones de paz. En muchos países la alta tasa de infección en los nuevos reclutas del ejército constituye un problema. Este hecho tiene una repercusión estratégica grave en la voluntad de movilización de los ejércitos y en el hecho de que los soldados desplegados en el extranjero pudieran seguir extendiendo el virus o llevarlo de vuelta a sus comunidades locales una vez desmovilizados⁹⁴.

Lo anterior hace del VIH y sida no sólo una simple preocupación humanitaria, sino también una cuestión militar y de seguridad. Esto ha sido reconocido por el Consejo de Seguridad de la ONU que en la resolución 1,308 (año 2000) en la cual se manifiesta que:

“Teniendo presente la responsabilidad primordial que tiene el Consejo de mantener la paz y la seguridad internacionales, 1) Expresa su preocupación por las consecuencias adversas que podría tener el VIH/sida en la salud del personal internacional de mantenimiento de la paz, incluido el personal de apoyo;...3). Pide al Secretario General que adopte medidas adicionales para impartir formación al personal de mantenimiento de la paz en cuestiones relativas a la prevención de la propagación del VIH/sida y, a este respecto, que siga avanzando en la elaboración de normas de orientación antes del despliegue y la capacitación permanente sobre estas cuestiones para todo el personal de mantenimiento de la paz; 4). Alienta a los Estados Miembros interesados a que incrementen la cooperación internacional entre sus órganos nacionales competentes para prestar asistencia en la elaboración y ejecución de políticas de prevención, examen y asesoramientos voluntarios y confidenciales, y tratamiento en relación con el VIH, sida para el personal que vaya a ser desplegado en operaciones internacionales de mantenimiento de la paz”.⁹⁵

En busca de una respuesta regional estructurada, las Fuerzas Armadas de 19 países de América Latina, han unido sus esfuerzos para formar el Comité de Prevención y Control del sida a nivel latinoamericano, COPRECOS-LAC. A nivel centroamericano, en forma simultánea, las Fuerzas Armadas de cuatro países (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua) han conformado, el COPRECOS-CFAC.

El Salvador, al igual que muchos otros países del mundo, ha experimentado los efectos sociales y económicos de la pandemia del VIH y sida. Un esfuerzo importante en el sentido de mejorar la respuesta y en contra de la expansión de la pandemia fue la elaboración e implementación del Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/SIDA 2001-2004⁹⁶.

94.- Andrew Koch, “Briefing: The US in Africa” (“Informe: Estados Unidos en África”), Jane’s Defence Weekly (12 de enero de 2005).

95.- Resolución 1308 (2000) del Consejo de Seguridad sobre la responsabilidad del Consejo de Seguridad en el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales: el VIH/SIDA y las operaciones internacionales de pacificación”, Naciones Unidas (17 de julio de 2000).

96.- MSPAS. Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del VIH, SIDA e ITS. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. San Salvador, El Salvador, 2005.

Los hombres y las mujeres que participan en operaciones militares realizan un trabajo admirable e importante. Es indispensable que aprendan estrategias eficaces de prevención de la infección por el VIH a fin de que puedan proteger su salud y la salud de la población civil donde se desempeñan y mantener la integridad de su misión.

En la actualidad no es posible aspirar a un desarrollo sostenible, sin atender permanentemente las amenazas a la seguridad nacional. Para estos fines, en el plano nacional, en El Salvador, se requiere la participación social amplia y el liderazgo de la Fuerza Armada de El Salvador (FA).

La presente Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida de la FA, es el resultado de un proceso participativo interno, con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de ONUSIDA. Este documento aborda, la evolución del problema en El Salvador y en las Fuerzas Armadas. Por otro lado, se hace un recuento de los compromisos tanto a nivel nacional, como internacional, asumidos por el Gobierno de El Salvador: UNGASS 2001, 2006 y los compromisos de la Declaración del Milenio.

Posteriormente, se enfoca al propósito, alcance y objetivos propios de la institución armada del país con respecto al VIH, sida e ITS, los principios rectores y las principales estrategias y líneas de acción. Todo lo anterior, es base para la formulación de un plan estratégico del COPRECOS de la FA.

ESTRATEGIAS

La Fuerza Armada de El Salvador, garantizará la implementación, financiamiento, monitoreo y evaluación de esta política. El COSAM será responsable de la implementación de las estrategias siguientes:

- 1) Prevención de las infecciones por VIH, sida e ITS en el marco de la SSR en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
- 2) Promoción, Información, educación y comunicación (IEC) para el cambio de actitudes y comportamiento en VIH, sida, ITS y SSR en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
- 3) Atención Integral con calidad a las personas con VIH, sida e ITS, en el marco de la SSR en Sanidad Militar de la Fuerza Armada de El Salvador.
- 4) Atención a poblaciones vulnerables y más expuestas al riesgo en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
- 5) Actualización de la información de la situación institucional en SSR, VIH, sida e ITS, de la Vigilancia Epidemiológica, el monitoreo y la evaluación.

- 6) Reducción, contención y mitigación del impacto del VIH, sida y las ITS en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
- 7) Reducción del estigma y discriminación a las PVS en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes
- 8) Coordinación interinstitucional e intersectorial, nacional e internacional de la respuesta de la Fuerza Armada de El Salvador al VIH y sida
- 9) Proyección Social, nacional e Internacional, de la Fuerza Armada de El Salvador en la prevención VIH, sida e ITS y en la promoción de la SSR.
- 10) Movilización de recursos en apoyo a la política integral sobre VIH, sida, ITS y Promoción de la Salud Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 – 2012.

Abdomen agudo

Dolencias de la cavidad abdominal de presentación aguda y que requieren en la mayor parte de los casos un tratamiento quirúrgico. Las causas pueden ser ginecológicas (quiste torsionado, roto, embarazo ectópico etc.), o no (apendicitis etc.).

Ablación

Extirpación del endometrio: Extirpación de la mucosa del útero, generalmente por histeroscopia, para reducir el sangrado menstrual.

Aborto

Expulsión o extracción de un embrión o feto de menos de 500g. de peso o menos de 22 semanas de gestación. Aborto: es la interrupción voluntaria y/o involuntaria del producto del embarazo. En México el aborto es legal sólo en algunos Estados y por causas como la pobreza, violación, problemas de salud materna y/o malformaciones del producto. En El Salvador es ilegal. No contempla excepciones como riesgo de muerte de la madre, enfermedades que dañan al embrión y violación de la madre.

Abruptio placentae

Separación de la placenta de su lugar de inserción antes del nacimiento del feto.

Absceso de bartolino

Inflamación de la glándula de bartolino con acumulación de pus por obstrucción del conducto excretor.

Absceso

Acomulación de pus en los tejidos orgánicos internos o externos.

Abuso sexual

Por abuso sexual se entiende toda actividad realizada sin consentimiento, con o sin violencia, de una persona (generalmente mayor) hacia otra de cualquier edad, con el propósito de obtener placer.

Acto sexual

También es conocido como coito o relación sexual. Se tiene con otra persona y generalmente empieza con besos y caricias para lograr la excitación. Puede darse la penetración del pene o algún otro objeto en el cuerpo de una de las personas y comúnmente finaliza cuando se presenta el orgasmo, considerado como la máxima expresión del placer sexual. En los hombres puede darse un orgasmo sin eyacular necesariamente. En las mujeres puede o no presentarse el orgasmo.

Adenocarcinoma

Tumor maligno de tipo glandular.

Adenoma mamario

Fibroadenoma. Tumor benigno de la mama.

Adenoma ovárico

Cistoadenoma. Tumor benigno quístico del ovario

Adenomiosis

Endometriosis. Focos de endometrio (mucosa uterina) en el espesor del miometrio (pared muscular del útero).

Agenesia

Falta de un órgano o parte de él por ausencia de su desarrollo.

Alumbramiento

Desprendimiento y expulsión de la placenta una vez finalizado el parto.

Amenorrea primaria

Ausencia de periodo menstrual a los 18 años (o a los 14 si existe falta de crecimiento o de desarrollo de los caracteres sexuales secundarios).

Amenorrea secundaria

Ausencia de menstruación durante 6 meses en una mujer que previamente ha reglado.

Amenorrea

Falta o desaparición de la hemorragia periódica mensual (menstruación).

Amniocentesis

Perforación con una aguja del saco amniótico para la obtención de líquido amniótico.

Amnionitis

Infección del amnios.

Amnios

Capa celular que rodea al embrión-feto y que forma las membranas ovulares.

Amniotomía

Rotura artificial de las membranas.

Analgésico

Medicamento que mitiga el dolor.

Andrógenos

Denominación genérica para las hormonas sexuales masculinas.

Anemia ferropénica

Anemia cuya causa es la carencia de hierro.

Anemia hemolítica

Anemia causada por la aparición de anticuerpos contra los eritrocitos.

Anemia

Disminución de los eritrocitos, de la concentración de hemoglobina y/o del hematocrito por debajo de los valores normales correspondientes a la edad y al sexo.

Anencefalia

Malformación mortal con ausencia de partes del tejido cerebral por ausencia del cierre del tubo neural.

Anexitis

Infeción-inflamación de los anexos (trompas de Falopio y ovarios).

Anorexia nerviosa

Grave trastorno psicógeno de la alimentación con una actitud distorsionada frente a la ingesta de alimentos, esquema corporal alterado y negación de la enfermedad.

Anorexia

Falta de apetito.

Anorgasmia

Trastorno sexual funcional con falta de orgasmo en la relación sexual o en la masturbación.

Anovulación

Falta de ovulación.

Anovulatorio

Sustancias que produce una falta de ovulación.

Antiandrógenos

Sustancias que inhiben el efecto de los andrógenos (hormonas masculinas).

Anticonceptivos

Son objetos, sustancias y/o procedimientos cuyo fin es impedir de forma temporal y reversible la fecundación. Se dividen en naturales, mecánicos, químicos y hormonales. Existen también métodos anticonceptivos quirúrgicos que impiden de forma definitiva el embarazo y se conocen como oclusión tubaria bilateral (mujeres) y vasectomía (hombres).

Anti-D

Profilaxis. Inmunoglobulina que se administra a la madre Rh negativa para prevenir la sensibilización contra el factor Rh positivo.

Anuria

Ausencia de excreción de orina.

Apgar

Índice o esquema de puntos para el diagnóstico del estado del recién nacido.

Aplasia

Desarrollo incompleto de un tejido o un órgano.

Areola Mamaria

Zona arrugada y pigmentada que rodea al pezón.

Arteria

Vaso sanguíneo que lleva sangre oxigenada a los órganos o tejidos.

Asherman

Síndrome que se caracteriza por la fusión o sinequia de la cavidad uterina.

Asinclitismo

Flexión lateral de la cabeza del feto que en ocasiones impide el parto vaginal.

Aspiración

Inhalación de líquidos o sustancias sólidas con penetración de éstas en las vías respiratorias.

Anteflexión

Inclinación del útero en la pelvis hacia adelante.

Atonía

Uterina: contracción defectuosa del útero.

Atresia

Cierre o falta de apertura de órganos vacíos o de orificios naturales del cuerpo.

Atrofia

Retraso o involución.

Ayuda manual

Maniobras de extracción del feto en el parto de nalgas.

Bacilo de Döderlein

Bacteria normal de la vagina que transforman el glucógeno en ácido láctico cuya función es la de desinfectante vaginal.

Bacterias

Gérmenes.

Bartholinitis

Inflamación y absceso de la glándula de bartholino muy dolorosa que habitualmente requiere drenaje.

Bartholino

Glándula de: glándulas de secreción mucoide situadas en el tercio inferior de los labios mayores que desembocan en los labios menores. Cuando se obstruyen pueden dar lugar a un quiste o un absceso.

Billings

Método de autoobservación del moco cervical para determinar los días fértiles e infértiles del ciclo.

Biopsia

Toma de una muestra de tejido para su estudio.

Biparietal

Diámetro: distancia entre ambos huesos parietales, se determina por ecografía para estudiar el crecimiento fetal.

Bisexual

Corresponde a las personas que sienten el mismo nivel de atracción, tanto erótica como afectiva, por personas de ambos sexos, es decir, los hombres y las mujeres que sienten atracción, tienen relaciones sexuales y se enamoran tanto de hombres como de mujeres.

Bisexualidad

Ambisexualidad, orientación sexual hacia hombres y mujeres.

Blastocisto

Producto de la concepción que comienza al 4º día de la fertilización y dura aproximadamente dos semanas.

Bochdalek

Hernia de grave defecto congénita del diafragma por el que penetra contenido abdominal a la cavidad torácica.

Bracht

Nombre de maniobra de extracción fetal en las presentaciones de nalgas.

Braxton-Hicks

Contracciones indoloras, normales, presentes durante todo el embarazo.

Brenner

Tumor ovárico prácticamente siempre benigno, generalmente unilateral y que puede adquirir gran tamaño.

Bromocriptina

Antagonista de la dopamina que inhibe la producción de prolactina. Se utiliza fundamentalmente para inhibir la lactancia y en casos de hiperprolactinemia.

Bulimia

Trastorno psicógeno similar a la anorexia nerviosa en que se ingieren cantidades excesivas de alimentos y se alternan con períodos de ayuno o vómitos autoinducidos o abuso de laxantes o diuréticos.

Caduca

Decidua. Endometrio transformado por acción del embarazo.

Calostro

Secreción mamaria anterior a la leche que puede producirse durante todo el embarazo y con más abundancia los primeros días postparto.

Cándida

Albicans. Hongo patógeno existente en la piel, cavidad bucal, vagina e intestino.

Caput

Tumefacción de la cabeza fetal que se produce durante el parto y desaparece a los pocos días.

Caquexia

Desaparición del tejido adiposo con peso muy por debajo de lo normal.

Carcinoma in situ

Cáncer preinvasivo, superficial, que no transpasa la membrana basal.

Carcinoma

Tumor maligno. Cáncer.

Cardiotocografía

Monitorización en la que se registra en forma continua la frecuencia cardíaca fetal y las contracciones uterinas.

Cariotipo

Recuento e identificación de los cromosomas de una célula definidos por el número, forma y tamaño de los mismos.

Castración

Anulación de las glándulas germinativas (ovarios, testículos) por extirpación, irradiación o tratamiento farmacológico.

Catgut

Hilo empleado en cirugía.

Cerclaje

Sutura circular del cuello uterino empleado para cerrar e impedir su apertura en fases tempranas del embarazo.

Cervicitis

Inflamación-infección del cuello del útero.

Cérvix

Cuello del útero o matriz. Cilindro de unos 3 cm. de longitud que comunica la cavidad uterina con la vagina.

Cesárea

Terminación quirúrgica del embarazo o parto mediante la apertura operatoria del útero. Operación quirúrgica que consiste en extraer al niño del útero después de haber practicado una incisión en la pared abdominal y en la pared uterina.

Ciclo menstrual

Su duración promedio es de 28 días, aunque también puede durar de 25 a 45 días. Este ciclo se subdivide en tres fases: preovulatoria, ovulatoria y postovulatoria. Para tener claro cuando empieza un ciclo menstrual se cuenta como el día uno el primer día de sangrado y el último día del ciclo es un día antes del primer sangrado siguiente.

Ciclo

Ovárico: proceso que conlleva a la ovulación. Menstrual: proceso que conlleva a la menstruación.

Cigoto

Germen, óvulo fecundado.

Cistitis

Inflamación-infección de la vejiga de la orina.

Cistocele

Descenso del suelo de la vejiga con prolapso de la pared vaginal.

Citología

Papanicolau. Preparación de un frotis celular para su estudio al microscopio.

Citostáticos

Sustancias farmacológicas que impiden o retardan la división celular. Se utilizan en el tratamiento contra el cáncer.

Clamidia

Chlamydia. Germen patógeno de transmisión por contacto causante de uretritis, cervicitis, enfermedad inflamatoria pélvica, salpingitis, perihepatitis, conjuntivitis y linfogranuloma inguinal.

Clements

Test de prueba para la determinación de la madurez pulmonar fetal en una muestra de líquido amniótico.

Climaterio

Fase de transición entre la madurez a la vejez en hombres y mujeres, que puede abarcar un periodo entre 25 y 35 años; incluye la menopausia en las mujeres.

Clímax

Momento culminante de un proceso. El del coito o acto sexual es el Orgasmo.

Clítoris

Órgano eréctil femenino situado en el extremo superior de los labios menores. Pequeño órgano femenino situado por arriba del meato urinario, en el ángulo superior de la vulva, que tiene la característica de ponerse erecto durante la fase de excitación en la relación sexual y causa placer.

Cloasma

Manchas de la cara, casi siempre simétricas, pardo-amarillentas y localizadas en la frente, mejillas y mentón. En relación con medicamentos, hormonas y el embarazo.

Clomifeno

Sustancia que estimula la ovulación.

Coito interrumpido

Extracción del pene de la vagina antes de la eyaculación, se conoce también como retiro.

Coito

Relación heterosexual con introducción del pene en la vagina.

Colpitis

Vaginitis. Inflamación-infección de la vagina.

Colpocele

Protrusión y descenso de la vagina.

Colposcopia

Observación con una óptica de aumento del cérvix y vagina.

Colposuspensión

Procedimiento quirúrgico que eleva la vagina.

Colpotomía

Sección de la vagina.

Condiloma

Acuminado. Verrugas de diferentes tamaños y localizaciones genitales causadas por un tipo del virus del papiloma.

Conductos deferentes

Son dos tubos delgados que salen de los epidídimos hacia la próstata. Son dos conductos, uno para cada testículo y miden aproximadamente 45 cm cada uno. Por estos conductos circulan los espermatozoides hacia la próstata. Cuando se realiza la vasectomía son los conductos que se cortan.

Conductos galactóforos

Conductos lácteos en número de 15 a 20 excretorios de la glándulas mamarias.

Congénito

Heredado, desde el nacimiento.

Conización

Cervical: Extirpación de parte del cuello uterino en forma de cono para proceder a su estudio histológico. Puede ser un método diagnóstico y también terapéutico.

Contracciones

Uterinas: Actividad contráctil del útero durante el embarazo, parto y puerperio.

Contracepción

Anticoncepción, prevención de la concepción, planificación familiar.

Coombs

Test de: prueba de laboratorio para determinar la existencia de anticuerpos anti Rh.

Cordón umbilical

Unión entre el feto y la placenta que contiene 2 arterias y una vena rodeadas de la gelatina de Wharton.

Corioamnionitis

Infección amniótica, de la placenta y de las membranas.

Coriocarcinoma

Corioepitelioma. Tumor maligno derivado de la placenta.

Corion

Membrana exterior del huevo que sirve de envoltura protectora y nutricia.

Cotiledón

Partes o unidades de que consta la placenta.

Coxis

Parte terminal de la columna vertebral formada por 3 a 5 rudimentos vertebrales casi siempre soldados entre sí.

Cromosoma

Unidades portadoras de la información genética en el núcleo celular.

Cuerpo lúteo

Cuerpo amarillo. Se origina en el ovario después de la ovulación y produce progesterona.

Curetaje

Legrado. Obtención o extirpación de tejidos de la cavidad uterina mediante una cureta o legra.

Chancro

Ulceración de las enfermedades venéreas (sífilis).

Decidua

Capa del endometrio que se desarrolla desde el comienzo del embarazo.

Dermoide

Teratoma quístico maduro. Quiste de ovario que deriva de estructuras germinales y se caracteriza por la presencia de pelos, dientes, grasa, nervios etc. Generalmente benigno siendo muy poco frecuente su malignidad.

Deseo

Es la primera fase de la respuesta sexual humana, es cuando se tienen ganas de experimentar y compartir placer sexual. Generalmente se inicia en la búsqueda y acercamiento a una pareja sexualmente atractiva o se decide encontrar satisfacción por medio de la masturbación. El deseo sexual puede ser estimulado por la vista, el olfato, el oído, el tacto, el gusto e incluso la imaginación y el recuerdo.

Desprendimiento manual

Alumbramiento manual, extracción manual de la placenta.

Desprendimiento prematuro de placenta

Separación de la placenta de su lugar de inserción antes del nacimiento del feto.

Desproporción

Estrechez de la pelvis en relación con el diámetro de la cabeza del niño que va a nacer.

Destete

Transición entre la lactancia materna y la artificial.

Diafragma pélvico

Suelo de la pelvis formado por el músculo elevador del ano y las fascias pélvicas.

Diafragma vaginal

Capuchón de goma con anillo externo de muelle que introducido en la vagina cubre el cérvix y se usa como método contraceptivo.

Diagnóstico prenatal

Diferentes métodos y exploraciones durante el embarazo para el estudio del feto.

Diámetro biparietal

Distancia entre ambos huesos parietales de la cabeza fetal. Se utiliza como parámetro de crecimiento del niño.

Dilatación

Período de: fase del parto en la que el cuello del útero alcanza la dilatación completa (10cm).

Disfunción

Alteración en el funcionamiento de un órgano o sistema.

Disgenesia gonadal

Falta de células germinales. Diferentes síndromes por trastorno cromosómico o alteración durante el período embrionario.

Disgerminoma

Tumor de ovario maligno más frecuente en la juventud.

Dismelia

Trastorno del desarrollo de las extremidades.

Dismenorrea

Dolor con la menstruación.

Dismenorrea membranácea

Forma especial de dismenorrea en la que se expulsa la mucosa endometrial en forma de molde o membrana.



Disnea

Dificultad respiratoria.

Dispareunia

Dolor con las relaciones sexuales.

Displasia

Alteración precancerosa, en diferentes grados de gravedad, que puede regresar o evolucionar. También se utiliza éste término para describir una malformación congénita

Distocia

Trastorno del transcurso del parto.

Distress

Del recién nacido: dificultad respiratoria neonatal generalmente por aspiración o prematuridad (síndrome de membrana hialina).

DIU

Dispositivo intrauterino.

Döderlein

Bacilo de Lactobacilo acidófilo, flora protectora, normal de la vagina.

Down

Síndrome de mongolismo; alteración cromosómica casi siempre trisomía del cromosoma 21 o translocación.

Eclampsia

Aparición de convulsiones en el transcurso de una preeclampsia grave (enfermedad de aparición durante el embarazo que se caracteriza por edemas, hipertensión y proteinuria).

Ecografía

Estudio mediante ultrasonidos formando imágenes de la zona explorada.

Ectopia

Cervical: eversión de la mucosa del endocérvix hacia fuera del canal del cuello uterino.

Edema

Hinchazón, tumefacción de los tejidos como consecuencia del acúmulo de líquido seroso en los intersticios tisulares.

Educación sexual

Es el proceso formal e informal, por el cual recibimos información acerca de la sexualidad desde que nacemos hasta que morimos.

Embarazo ectópico

Extrauterino: embarazo que se localiza fuera del útero (generalmente en la trompa de Falopio: embarazo tubárico).

Embolia pulmonar

Muy grave complicación tras operaciones y partos o en tromboflebitis de las piernas, en la que se produce una oclusión de la corriente arterial pulmonar por arrastre de un trombo.

Embrión

Producto de la concepción durante el tiempo del desarrollo de los órganos (embriogénesis), o sea, durante los tres primeros meses. Organismo en desarrollo desde el momento de la concepción hasta que se han desarrollado todos sus órganos, hacia la décima semana de gestación.

Embriopatía

Enfermedad congénita como consecuencia de un trastorno del desarrollo del embrión.

Emesis gravídica

Vómitos del embarazo durante los 3-4 primeros meses. Cuando el cuadro se agrava se llama hiperemesis gravídica.

Endocérvix

Canal del cuello uterino.

Endometrio

Mucosa que tapiza la cavidad uterina que se modifica durante las fases del ciclo, expulsándose su capa superficial durante la menstruación. Capa interna del útero. Se considera como "el nido que prepara la mujer cada mes por si se desarrolla un bebé", ya que esta capa sirve como "nutriente" al embrión cuando está en desarrollo.

Endometriosis

Enfermedad que se caracteriza por la presencia de endometrio fuera de su localización normal.

Endometritis

Inflamación-infección del endometrio.

Enfermedad genética

Enfermedad producida por una alteración de un gen, un grupo de genes o un cromosoma.

Enfermedad hemolítica fetal

Eritroblastosis, anemia hemolítica del feto que se presenta en caso de incompatibilidad Rh.

Entuertos

Contracciones dolorosas uterinas en los 2-3 primeros días postparto percibidas sobre todo por las múltiparas y que se acentúan con la lactancia.

Episiotomía

Corte o sección del periné y vagina para facilitar la salida del feto y evitar desgarros durante el parto.

Esmegma

Secreción del glande y del prepucio en el hombre; secreción similar en la región del clítoris y labios menores. Puede producir infecciones en caso de higiene deficiente.



Espéculo vaginal

Instrumento en forma de embudo que se introduce en la vagina para su exploración y la del cérvix.

Esperma

Semen. Todos los componentes del eyaculado del hombre (espermatozoides, secreciones de las vesículas seminales, próstata y epidídimo).

Espermatozoides

Células germinales masculinas maduras originadas en los testículos.

Espermicida

Sustancia que destruye los espermatozoides y se utiliza como método contraceptivo.

Espina bífida

Defecto congénito producido por la ausencia de cierre del tubo neural que se manifiesta en diferentes niveles y gravedad.

Estenosis

Estrechez congénita o adquirida de alguna cavidad, conducto u orificio natural.

Esterilidad

Incapacidad de un hombre para fecundar.
Incapacidad de una mujer para concebir.

Esterilización

Provocación de la esterilidad en una persona manteniendo la libido y la capacidad de relación sexual.

Estrógenos

Hormonas sexuales producidas fundamentalmente en los ovarios, también en la placenta, en la corteza suprarrenal y en los testículos. Los más importantes son el estradiol, la estrona y el estriol.

Estroma ovárico

Estructura básica conectiva del ovario, especialmente rica en células en las zonas de la corteza.

Estupro

Delito sexual. Y se dice que incurre en estupro la persona adulta que tenga cópula (coito) con alguien mayor de 12 años y menor de 18 obteniendo su consentimiento por medio del engaño. También se penaliza con prisión.

Etiología

Causa de las enfermedades.

Exanguinotransfusión

Sustitución de la sangre del neonato en caso de enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh.

Excitación

Segunda fase de la respuesta sexual humana durante la cual se da una aceleración del corazón y la respiración, se pueden enrojecer algunas partes del cuerpo y sentir calor. Los órganos sexuales crecen de tamaño por una acumulación de sangre (vaso congestión). En las mujeres se presenta crecimiento del clítoris, engrosamiento de la vagina, se humedece la vulva y los pezones se erectan o se “paran”. En los hombres lo más notorio es la erección del pene, es decir, “se le para”.

Exhibicionismo

Este término se usa con dos connotaciones: por un lado describe la actitud de una persona que todo el tiempo está llamando la atención y mostrando sus habilidades espectacularmente; por otro, es la persona que siente satisfacción al mostrar a los demás sus genitales. Se considera exhibicionista una persona que goza, sobre todo, por saberse observado.

Fascia

Aponeurosis. Vaina de los músculos constituida por fibras de colágeno.

Fase lútea

Fase postovulatoria, hipertérmica, segunda mitad del ciclo.

Fecundación in vitro FIV

Técnica de reproducción asistida en la que la unión de los gametos y la división celular se consigue en el laboratorio, procediéndose a la posterior introducción de los embriones así obtenidos en el aparato genital de la mujer.

Fecundación

Unión de los gametos, penetración del espermatozoide en el óvulo.

Feminidad

Son las características positivas que la cultura androcéntrica y patriarcal atribuye como ideales de las mujeres. Sin embargo, la feminidad no es exclusiva de las mujeres. Algunos hombres pueden ser femeninos, sin ser homosexuales. Las características que conforman la feminidad son, entre otras, pasividad, ternura, sumisión, bondad, virginidad antes del matrimonio y maternidad después de él, falta de deseo y erotismo, aunque sí objeto sexual. De manera simbólica la feminidad está relacionada con la oscuridad, la noche, la luna, etc.

Feminismo

Es una lucha social, política y teórica emprendida primero por las mujeres para lograr visibilidad histórica y respeto humano. Es una corriente humanista que pretende, además de conseguir derechos legales y simbólicos para las mujeres, apoyar otras causas.

Fenotipo

Conjunto de todas las características externas de un individuo.

Fertilidad

Capacidad de reproducción sexual.

Feto

Producto de la concepción desde el final del tercer mes de embarazo hasta el parto.

Fetopatía

Enfermedad prenatal adquirida durante el período fetal.

Fibroadenoma

Tumor benigno nodular frecuente en la mama, también en ovario, endometrio y endocérvix.

Fibroma

Tumor benigno de tejido conectivo. Mioma: tumor benigno de músculo uterino (miometrio).

Fibromatosis

Fibromas múltiples. Miomatosis: miomas múltiples.

Fimbrias

Porción distal de las trompas de Falopio a modo de flecos o franjas.

Fimbriectomía

Operación de esterilización en la que se extirpan (casi siempre por vía vaginal) las fimbrias.

Fístula

Trayectos, adquiridos o congénitos, que comunican órganos huecos o zonas del cuerpo.

Flora bacteriana

Colonización normal de la superficie corporal (piel), así como de las cavidades y órganos.

Fobofilia

El individuo disfruta de las situaciones de peligro o temor.

Frotismo

Placer por el hecho de tocar a otra persona o ser tocado.

Género

Conjunto de creencias, valores, comportamientos y actitudes atribuidas de manera diferenciada a mujeres y hombres, a través de un proceso de asimilación social. Es decir, lo que se espera de una persona en tanto sea hombre o mujer, con las sanciones sociales respectivas si estas condiciones no son cumplidas.

Gerontofilia

Esta expresión la manifiestan aquellos individuos que se sienten atraídos sexualmente por ancianos/as o por personas mayores (15 años o más que el sujeto).

Heterosexual

Corresponde a personas que se relacionan tanto erótica como afectivamente con personas del otro sexo, es decir, los hombres que sienten atracción, tienen relaciones sexuales y se enamoran de mujeres, así como las mujeres que sienten atracción, tienen relaciones sexuales y se enamoran de hombres.

Himen

Es una membrana delgada, muy flexible y varía en forma y elasticidad, que rodea la abertura vaginal. La mujer puede o no tener esta membrana. La falta de ésta no es señal de haber tenido relaciones sexuales. No tiene ninguna función biológica en el cuerpo de la mujer.

Homofobia

Es la actitud de rechazo activo o pasivo respecto de las personas que tienen una orientación sexual no heterosexual. Es una forma de descalificación moral y política que limita el círculo social de las personas de la diversidad sexual. Es una práctica muy común en nuestros países que pone en evidencia la falta de respeto que prevalece en la sociedad respecto al respeto de las diferencias. Cuando es activa se expresa de manera violenta e incluso puede llegar a cometer homicidio. Cuando es menos evidente, se manifiesta en forma de ridiculizaciones, chistes y burlas.

Homosexual

Corresponde a personas que se relacionan eróticamente como afectivamente con personas de su mismo sexo, es decir, mujeres que sienten atracción, tienen relaciones sexuales y se enamoran de mujeres, así como hombres que sienten atracción, tienen relaciones sexuales y se enamoran de hombres. Comúnmente se llaman relaciones homosexuales a las relaciones sexuales entre hombres, y lesbianas, a las relaciones entre mujeres.

Hostigamiento sexual

Delito sexual. Se dice que comete hostigamiento sexual al que asedie, acose o solicite favores de naturaleza sexual para sí o para un tercero con la amenaza de causar a la víctima un mal relacionado con las expectativas que puede tener en el ámbito de una relación, bien sea entre superior e inferior jerárquico, entre iguales o en cualquier circunstancia que los relacione en el campo laboral, docente, doméstico o cualquier otro. Se castiga con prisión.

Identidad sexual

Es la convicción íntima, sexual, que tiene un individuo de ser hombre o ser mujer.

Incesto: *Delito sexual.*

Incorre en este delito el que tenga relaciones sexuales con sus descendientes, se castiga con prisión y se aplicará esta misma sanción en caso de incesto entre hermanos.

Labios mayores

Forman parte de los órganos sexuales de la mujer, son dos grandes y suaves rollos de piel que por debajo contienen grasa. Estos pliegues son de color oscuro, están cubiertos de vellos en su parte externa y se encuentran a ambos lados de la vulva. Su función es proteger a las estructuras más suaves de los órganos externos de la mujer.

Labios menores

Son dos pliegues de color rosado que tiene la mujer en sus órganos sexuales externos. A estos dos pliegues delgados los cubren los labios mayores, estos pliegues siempre están húmedos. Con la excitación estos dos pliegues cambian su color a rojo fuerte. Son dos pliegues que cubren al meato urinario y al orificio vaginal.

Lenocinio

En su mayoría son menores de edad, mujeres y hombres, que han sido seducidos y contratados casi siempre con engaños para trabajar en casas o empresas que finalmente resultan organizaciones de prostitución; cuando se dan cuenta del engaño ya no les es fácil negarse porque viven generalmente bajo amenazas de sus captores.

Machismo

Está basado en la supremacía social de los hombres e implica no sólo la competencia con otros hombres, sino también la discriminación y la agresión (unas veces brutal, otras sutil) contra las mujeres. No es exclusivo de los hombres, ya que muchas mujeres lo practican y lo reproducen.

Masculinidad

La masculinidad es la forma aprobada de ser hombre en una determinada sociedad; en nuestras sociedades el concepto de masculinidad dicta que el hombre adquiera ciertas características para “ser hombre”, por ejemplo: competencia, desconfianza, alejamiento, rudeza, individualismo, egoísmo y dominio.

Masoquismo

Lo característico de esta expresión humana es que el individuo disfruta cuando alguien le infringe cierto grado de humillación, vejación, dolor e incluso le genera dependencia notoria de la persona que lo maltrata.

Masturbación

Manipulación de genitales con el fin de obtener placer e inclusive un orgasmo. Puede ser femenina y masculina y no provoca daños físico ni mentales en la persona que la práctica.

Orgasmo

Es el momento de mayor intensidad en las relaciones sexuales porque se presenta una sensación muy placentera en los órganos sexuales, acompañada de otros fenómenos físicos, por ejemplo: en la mujer se cierra y se abre la vagina y en el hombre generalmente se produce la eyaculación o expulsión de semen. Pero además de las sensaciones físicas, suele haber una satisfacción psicológica durante el orgasmo. Para cada persona el orgasmo es diferente y no se puede decir que todo ser humano siente igual. Cuando se produce el orgasmo algunas personas dicen que se “vinieron”.

Orientación sexual

Es la preferencia-atracción que tienen las personas para satisfacer sus necesidades afectivas, amorosas y eróticas, independientemente del sexo al que pertenezcan las personas. Existen tres tipos de orientación sexual: heterosexual, homosexual y bisexual.

Ovario

Glándula sexual femenina encargada de la producción de hormonas (estrógenos y progesterona) que en su interior contiene los óvulos.

Perspectiva de género

Es una manera de ver el mundo y las relaciones entre las personas, además de ser una opción que sirve para generar un cambio en la sociedad, buscando relaciones más armónicas entre hombres y mujeres. Adoptar la perspectiva de género implica visualizar, analizar y actuar sobre situaciones de inequidad, discriminación e intolerancia, generadas a partir de la diferencia sexual de los seres humanos.

Sadismo

Es la expresión donde los individuos gustan de causar dolor físico, someter, vejar, o hacer que otros dependan de ellos.

Salud sexual

Capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos que no incluye como elemento indispensable la procreación, porque, en esencia, la sexualidad es una oportunidad para desarrollar los valores de amor, comunicación responsabilidad y equidad de género.

Sexo

Características biológicas que diferencian a la mujer del hombre, con fines sexuales y de reproducción.

Sexología

Ciencia que aborda el estudio de la sexualidad. En ésta participan gran número de disciplinas y especialidades médicas y humanísticas.

Síndrome

Conjunto de síntomas que caracterizan a una enfermedad.

Transexual

La transexualidad es la convicción absoluta de pertenecer al otro sexo, de estar atrapado en un cuerpo que no le pertenece. Las personas transexuales, en su mayoría, desean modificar su cuerpo de manera radical, desean tener otra apariencia física.

Transgénero

Persona que incorpora cambios físicos, estéticos y hormonales, así como de arreglo, conductas y estilo, sin cambiar su sexo biológico.

Trasvestismo

Consiste en un comportamiento en donde el rol es cruzado, es decir, hombres que tiene conductas, arreglos, atuendos y estilos femeninos, contrarios a su propio género. De igual manera sucede con mujeres que gustan, disfrutan y se erotizan con conductas, arreglos, atuendos y estilos masculinos. El travesti tiene una convicción de pertenencia a su género, es decir, no desea cambiar de sexo, como tampoco implica homosexualidad necesariamente.

Uretra

Conducto que se inicia en la vejiga y termina en el meato urinario de hombres y mujeres. Es un tubo estrecho por donde pasa la orina, en la mujer es más corto que en el hombre. Por este conducto sale la orina. En el caso del hombre también sale el líquido preeyaculatorio y el semen.

Urofilia

La persona disfruta el acto de la micción (orinar) o la observación del mismo.

Útero o matriz

Órgano hueco, en forma de pera, dentro del cual se desarrolla el bebé.

Vasectomía

Intervención quirúrgica cuya finalidad es desviar o impedir el paso de los espermatozoides desde el testículo hasta la próstata; esto se logra cortando el conducto deferente; es un método anticonceptivo definitivo.

Vía sexual

Intercambio de líquidos corporales, como semen y flujo vaginal, en las relaciones sexuales.

Violación: *Delito sexual*

Ocurre cuando un hombre o mujer obliga, mediante la fuerza, a una mujer o a un hombre a tener relaciones sexuales con penetración por vía vaginal, anal u oral, independientemente del sexo. Se castiga con prisión.

Virginidad

Es una situación social que se representa en la pretendida posesión del himen. Es un valor simbólico que se requiere físicamente de las mujeres e implica en algunas culturas ritos dolorosos. Aunque el saber común señala que la virginidad puede ser comprobada, los estudios médicos afirman la relatividad de esta afirmación.

Virus

Microorganismo más pequeño que puede causar infecciones y para sobrevivir necesita estar dentro de una célula viva. Algunas de las enfermedades producidas por virus son el sarampión, hepatitis, gripe, sida, etc.

Zoofilia

Gusto o atracción por animales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Abot, Chris; Rogers, Paul; Sloboda, Jonh. “Respuestas globales a amenazas globales. Seguridad sostenible para el siglo XXI”. Documento de trabajo. Fundación para las Relaciones Internacionales y el Diálogo Exterior (FRIDE), Oxford Research Group. Junio 2006.
- 2.- AMNISTÍA INTERNACIONAL. “Los tratados de derechos humanos son instrumentos vivientes, que van evolucionando y desarrollándose a lo largo del tiempo...” en Cuerpos rotos, mentes destrozadas. Tortura y malos tratos a mujeres, Madrid, 2001.
- 3.- Andrew Koch, “Briefing: “The US in Africa (Informe: Estados Unidos en África)”, Jane’s Defence Weekly (12 de enero de 2005).
- 4.- Braveman, Paula. (1998) “Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and middle-Income Countries”. Geneva. WHO-Organización Mundial de la Salud.
- 5.- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo, 1994. Párrafo 7.3 del Programa de Acción de la CIPD, Cairo, 1994.
- 6.- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, Cairo, 1994. Párrafo 96 de la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijín, 1995.
- 7.- Conferencia Internacional de Derechos Humanos en Teherán, “Proclama de Teherán”. mayo 1968.
- 8.- Consejo de Seguridad de Naciones Unidas sobre la responsabilidad en el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales: el VIH/SIDA y las operaciones internacionales de pacificación, “Resolución 1308I”, julio de 2000.

- 9.- Convención para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y, a los artículos 12 y 14. 1994.
- 10.- Fondo de Población de las Naciones Unidas. “Documento de Diplomado de Salud Sexual y Reproductiva”. Ciudad de San Miguel El Salvador, 2006.
- 11.- Gómez, Elsa “Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América”. 2000.
- 12.- Gómez, Elsa “Equidad, Género y Reforma de las Políticas de Salud en América. Latina y El Caribe”. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS. 2000.
- 13.- Gómez, Elsa “Equidad, Género y Salud. Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS., 2001).
- 14.- González Portillo, Ricardo, “Revista Mujer”. El Salvador, Centroamérica. 2004.
- 15.- González Portillo, Ricardo, “Diagnóstico sobre paternidad responsable y propuestas para un programa nacional en El Salvador” en el marco del Proyecto “Educación Reproductiva y Paternidad Responsable en el Istmo Centroamericano”. Naciones Unidas, Comisión Económica para América Latina y el Caribe – CEPAL. julio 2001.
- 16.- HUAITA, Marcela. “El derecho a la salud de las mujeres”. Ponencia presentada en VI Curso Internacional de Derechos Humanos de las Mujeres. Lima 2000.
- 17.- Lemus, Lydia Hortensia, “Informe de Progreso del Proyecto Fortalecimiento de la Respuesta al VIH-SIDA e ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador” .2008.

- 18.- Mestanza Chávez, María Mamerita. "Informe Solución Amistosa". No. 71/03, Petición 12.91 , Perú, 2003.
- 19.- Mora, Luis. "Masculinidades en America Latina y el Caribe: el aporte del UNFPA". Working Papers Series CST/ LAC NO. 25.
- 20.- MSPAS. "Plan Estratégico Nacional de Salud Sexual y Reproductivo 2005 -2010".
- 21.- MSPAS, "Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del VIH, SIDA e ITS". San Salvador, El Salvador, 2005.
- 22.- MSPAS. "Sistema de Información Perinatal", El Salvador, 2007.
- 23.- MSPAS, "Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA". El Salvador, 2007.
24. MSPAS, "Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA". El Salvador, abril 2008.
- 25.- Mujeres por la Dignidad y la Vida (Las Dignas) (1997), "¿Quién es mi papi?" Un estudio preliminar sobre la identidad masculina y el problema del reconocimiento paterno de las hijas e hijos en El Salvador, 1ª edición, Algier's impresores, San Salvador. Las Dignas (1997), págs. 8 y 9.
- 26.- Organización Mundial de la Salud, "World Health Report 2004" (Informe sobre la salud en el mundo 2004).
- 27.- Organización Panamericana de la Salud. División de Salud y Desarrollo Humano. Washington, DC: OPS.
- 28.- Ortega, Octavio. OIT. Centro Interamericano para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación Profesional. "Plan de Acción sobre la Salud de los Jóvenes y los Adolescentes: Un Compromiso para la acción,

- Sexualidad en la Adolescencia. Educación Sexua”. Mayo de 2007.
- 29.- Population Reports. “Lo esencial de la Tecnología Anticonceptiva”. 2007.
- 30.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS). “Situación de la epidemia de sida: informe especial sobre la prevención del VIH. Diciembre de 2007”. Ginebra. Suiza. 2007
- 31.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH-SIDA-ONUSIDA. 2008. “Informe Sobre la Epidemia Mundial de SIDA”, Ginebra, Suiza. 2008.
- 32.- Rojas Hernández, Elsa. “Informe sobre la Salud Sexual y Reproductiva en las Américas”. Diputada de la Asamblea Nacional del Poder Popular de Cuba, Quito, Ecuador, junio de 2006.
- 33.- TAMAYO GULIA, “Bajo la Piel: Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos”, Lima, 2001, págs. 104 y 105.
- 34.- TAMAYO GULIA, “Bajo la Piel: Derechos Sexuales, Derechos Reproductivos”, Lima, 2001, pág. 9.
- 35.- UNICEF (s/f), “Situación de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia Salvadoreña”, pág.139, El Salvador.
36. WHOQOL GROUP. “*The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization*”. Soc Sci Med 1995.
- 37.- www.bebesymas.com/2008/09/22-unicef-alerta-sobre-la-alta-mortalidad-materna.

38.- www.cepal.org.mx.

39.- www.cidh.oas.org/women.

40.- www.cladem.org.

41.- www.feim.org.ar/noticias.htm.

UNIDAD

3

“Prevención de ITS-VIH-sida”

INTRODUCCIÓN

Casi un millón de personas al día contraen alguna infección de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). De ellas pueden derivarse síntomas agudos, infecciones crónicas y secuelas graves diferidas, entre ellas infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cervicouterino y muerte prematura de niños y adultos. La presencia de otras ITS, como sífilis, chancroide o infección genital por virus del herpes simple, aumenta enormemente el riesgo de que la persona infectada adquiera o transmita VIH. Las investigaciones más recientes sugieren que existe una interacción especialmente intensa entre las fases muy tempranas de la infección por VIH y otras ITS. Esa interacción podría ser causa de al menos el 40% de los casos de transmisión de VIH. A pesar de ello, los esfuerzos encaminados a controlar la propagación de las ITS han ido perdiendo impulso durante los últimos cinco años, al dirigirse la atención hacia los tratamientos contra el VIH.

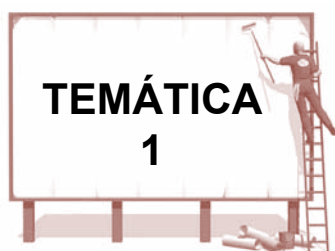
“La prevención y el control de las ITS forman parte integral de los servicios amplios de salud sexual y reproductiva, con miras a contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y responder al llamamiento para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva, enunciado en el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo” (El Cairo, 1994).

En El Salvador, estas infecciones han causado un gran impacto en el área de salud, pues el sistema nacional de salud representado por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), ha tenido un incremento en el número de consultas y ha destinado bastantes recursos humanos y financieros en el control y tratamiento de estas infecciones. Así mismo, la educación y prevención de estas infecciones se ha convertido en un punto medular en el control de ellas, motivo por el cual el MSPAS invierte gran cantidad de recursos en estas áreas así como también en la adquisición de medicamentos y equipos modernos que nos permitan ofrecer una alternativa viable de solución a este problema de salud pública.

OBJETIVOS

- » Reconocer la importancia de adoptar hábitos y comportamientos adecuados para la prevención de las ITS, VIH y sida.
- » Identificar los signos, síntomas y consecuencias más frecuentes de las ITS, VIH y sida.
- » Conocer el comportamiento epidemiológico de las infecciones de transmisión sexual, VIH y sida en el país.
- » Identificar información, actitudes y prácticas que contribuyan a que las personas con VIH y sida mejoren su autocuidado y calidad de vida.

DESARROLLO DE TEMÁTICAS



ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA DE HáBITOS Y COMPORTAMIENTOS PERSONALES EN LA SALUD PERSONAL Y EN LA SOLIDARIDAD CON LA SALUD DE LAS PERSONAS

Actualmente, no todos los salvadoreños tienen acceso a servicios de salud equiparables. De hecho, el sistema está conformado de tal manera, que la población puede ser clasificada en cuatro segmentos. Los dos primeros los conforman, por una parte, aquellos que tienen acceso a los servicios que ofrece el Ministerio de Salud, y por la otra, los que son cubiertos por servicios de salud que otorgan las instituciones de seguridad social. A los extremos de estos dos segmentos se ubican otros dos: el de quienes no tienen acceso a servicios regulares de salud y el de los que acuden a los servicios privados.

Casi la cuarta parte de los salvadoreños que se enferman no buscan ninguna atención porque la ayuda está muy lejos o por falta de recursos. Esta proporción aumenta a 35% entre las personas pobres. La mayor parte de esta población se encuentra dispersa en las zonas rurales y en zonas urbanas marginales. No ha existido una estrategia efectiva para hacerle llegar servicios a esta población, ya que los criterios y los instrumentos han sido aislados, dispersos y mal coordinados.

Paradójicamente, se han venido asignando recursos crecientes a intervenciones de alto costo y baja efectividad, sobre todo en aspectos curativos al ampliar servicios a los que tiene acceso un limitado conjunto de la población, mientras aún no se garantiza que otro segmento de la misma tenga acceso a las intervenciones más elementales.

La insuficiente y deficiente situación nacional de los determinantes de la salud: vivienda, empleo, educación, servicios básicos, seguridad ciudadana y otros condicionantes como salud ambiental, agua segura, desechos sólidos, excreta y aguas servidas, contaminación y sustancias tóxicas, manejo de alimentos y zoonosis, inciden determinadamente en la presencia de las enfermedades que ocupan los primeros lugares de muerte y enfermedad en el país.

Todos los factores arriba expuestos son similares para todos los países que no gozan de servicios de salud equitativos y estos sirven de base para que casi un millón de personas al día contraigan alguna infección de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). De ellas pueden derivarse síntomas agudos, infecciones crónicas y secuelas graves diferidas, entre ellas infertilidad, embarazo ectópico, cáncer cérvicouterino y muerte prematura de niños y adultos. La presencia de otras ITS, como sífilis, chancroide o infección genital por virus del herpes simple, aumenta enormemente el riesgo de que la persona infectada adquiera o transmita VIH. Las investigaciones más recientes sugieren que existe una interacción especialmente intensa entre las fases muy tempranas de la infección por VIH y otras ITS.

Esa interacción podría ser causa de al menos el 40% de los casos de transmisión de VIH. A pesar de ello, los esfuerzos encaminados a controlar la propagación de las ITS han ido perdiendo impulso durante los últimos cinco años, al dirigirse la atención hacia los tratamientos contra el VIH.

La prevención y el control de las ITS deben formar parte integral de los servicios amplios de salud sexual y reproductiva, con miras a contribuir a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y responder al llamamiento para mejorar la Salud Sexual y Reproductiva, enunciado en el programa de acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994). Las ITS aparecen con particular frecuencia entre las poblaciones marginadas que tienen dificultades especiales para acceder a los servicios de salud. Garantizar el nivel de apoyo con el fin de realizar intervenciones eficaces en favor de esos grupos es especialmente difícil, aunque los beneficios para la salud pública son considerables.

A nivel mundial, la modalidad predominante de transmisión de VIH es por vía sexual, razón por la cual se trata de una infección de transmisión sexual, aunque haya otras modalidades de transmisión posible del virus. Con el transcurso de los años, numerosos estudios epidemiológicos y biológicos han aportado datos probatorios de que otras ITS, si se encuentran presentes en una persona, actúan como cofactores para la adquisición o la transmisión de VIH; de ahí que se sostenga comúnmente que «las ITS facilitan la transmisión de VIH». Esto puede inducir a creer que la infección por VIH no sea por sí misma una ITS.

Se calcula que todos los años se producen más de 340 millones de casos nuevos de infecciones de transmisión sexual curables, como la infección por *Treponema pallidum* (sífilis), e infecciones por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* y *Trichomonas vaginalis*, entre hombres y mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 49 años; la mayor proporción se observa en Asia meridional y sudoriental, seguida por el África subsahariana y por América Latina y el Caribe⁹⁷. También se producen todos los años millones de ITS atribuibles principalmente a VIH, herpes virus humanos, papilomavirus humanos y virus de la hepatitis B. A escala mundial, las ITS suponen una inmensa carga sanitaria y económica, especialmente para los países en desarrollo, en los que representan el 17% de las pérdidas económicas provocadas por la falta de salud.⁹⁸

Si se mantienen las tendencias sociales, demográficas y migratorias, la población expuesta a ITS seguirá aumentando espectacularmente. La carga de morbilidad por ITS es particularmente pesada en el mundo en desarrollo, pero también en los países industrializados cabe prever un aumento de la carga de morbilidad debido a la prevalencia de ITS víricas incurables, a las tendencias en el comportamiento sexual y al incremento de los viajes. Los costos socioeconómicos de las ITS y de sus complicaciones son considerables, puesto que figuran entre las 10 razones principales de las visitas a centros de atención de salud en la mayoría de los países en desarrollo y consumen importantes recursos tanto de los presupuestos sanitarios nacionales como de los ingresos familiares.

La atención de las secuelas de las ITS supone una parte importante de los costos de atención terciaria, en servicios de detección y tratamiento del cáncer cérvicouterino, gestión de las hepatopatías, investigación de la infertilidad, atención de la morbilidad perinatal, ceguera infantil, enfermedades pulmonares en niños y dolor pélvico crónico en mujeres. Los costos sociales de las ITS incluyen conflictos entre parejas sexuales, y violencia doméstica. Los costos se disparan cuando se toma en consideración el efecto de otras ITS como cofactores en la transmisión de VIH.

Las ITS distintas de VIH imponen a los países, tanto a los de recursos limitados como a los desarrollados, una carga enorme de morbilidad y mortalidad, ya sea de forma directa, por la repercusión que tienen en la calidad de vida, la salud reproductiva y la salud del niño, o indirecta, por su función facilitadora de la transmisión sexual de VIH y su impacto en las economías nacionales e individuales. El espectro de consecuencias sanitarias abarca desde enfermedades agudas leves hasta lesiones desfigurantes dolorosas y trastornos psicológicos. Por ejemplo, la infección por *N. gonorrhoeae* causa en los hombres micción dolorosa y en las mujeres dolores agudos o crónicos en la parte baja del abdomen.

97.- Global prevalence and incidence of curable STIs. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (WHO/CDS/CDR/EDC/2001.10).

98.- Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:174–182.

La infección sifilítica no tratada es indolora en las primeras fases, pero puede provocar enfermedades neurológicas, cardiovasculares y óseas en etapas posteriores de la vida y muerte fetal en embarazadas con infección aguda. El chancroide causa úlceras dolorosas con efectos discapacitantes que pueden entrañar una importante destrucción del tejido si el tratamiento no se inicia en el plazo de unos pocos días, sobre todo cuando el sujeto es una persona inmunodeprimida. La infección por herpes genital provoca considerable sufrimiento psicosexual, debido a su naturaleza dolorosa y recurrente, particularmente en los jóvenes.

Las ITS imponen además a las personas y a las naciones en su conjunto una pesada carga económica y una considerable pérdida de productividad. Los costos - médicos o de otra índole - asociados a ellas pueden ser directos, imputables al pago de servicios y de material, o indirectos, achacables al tiempo que una persona enferma pasa sin poder desempeñar una actividad productiva (desplazándose a otro lugar para recibir tratamiento, esperando atención en el centro de salud o sometándose a diversos procedimientos como la recogida de muestras. La magnitud de la carga mundial de morbilidad atribuible a las ITS distintas de la infección por VIH es tal que éstas deberían considerarse por sí mismas un problema de salud pública y ser sometidas al control pertinente.

Por eso es importante y de gran significado el retomar el tema de ESTILOS DE VIDA, reconociéndolos desde una perspectiva integral. Es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau y col 1985).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida.

Desde esta perspectiva integral, los estilos de vida no pueden ser aislados del contexto social, económico, político y cultural al cual pertenecen y deben ser acordes a los objetivos del proceso de desarrollo para que dignifiquen a la persona humana en la sociedad a través de mejores condiciones de vida y de bienestar.

Los estilos de vida se han identificado principalmente con la salud en un plano biológico pero no la salud como bienestar biopsicosocial y espiritual y como componente de la calidad de vida. En este sentido se conocen como Estilos de Vida Saludables.⁹⁹

ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.

Los estilos de vida son determinados por la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.

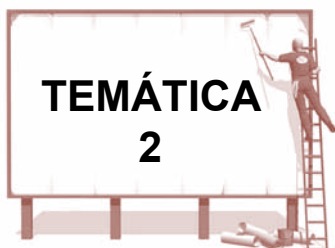
En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como se prefiere llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes biopsicosociales-espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.

Algunos de estos factores protectores o estilos

de vida saludables podrían ser:

- » Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción.
- » Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad.
- » Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender.
- » Brindar afecto y mantener la integración social y familiar.
- » Tener satisfacciones con la vida.
- » Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación.
- » Capacidad de autocuidado y cuidado mutuo.
- » Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como: obesidad, vida sedentaria, tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes.
- » Ocupación de tiempo libre y disfrute del ocio.
- » Comunicación y participación a nivel familiar y social.
- » Accesibilidad a programas de bienestar, salud, educación, culturales, recreativos, entre otros.
- » Seguridad económica.

La estrategia para desarrollar estos estilos de vida saludables es en un solo término el compromiso individual y social, cada uno convencido de que sólo así se satisfacen necesidades fundamentales, se mejora la calidad de vida y se alcanza el desarrollo humano en términos de la dignidad de la persona.¹⁰⁰



SÍNTOMAS, CONSECUENCIAS Y PREVENCIÓN DE LAS ITS MÁS COMUNES

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), antes conocidas con los nombres de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y enfermedades venéreas, son un conjunto de enfermedades infecciosas agrupadas por tener en común la misma vía de transmisión: de persona a persona a través de las relaciones sexuales. Los agentes productores de las infecciones de transmisión sexual incluyen bacterias, virus (como el del herpes), hongos e incluso parásitos, como el «ácaro de la sarna» (*Sarcoptes scabiei*) o las ladillas (*Pedículus pubis*).

Aunque casi todas tienen tratamiento, algunas de ellas, como las producidas por virus, nunca se curan de manera definitiva, sino que el agente causal permanece en estado latente, sin manifestarse, dentro del organismo al que ha infectado, reapareciendo cíclicamente. Este tipo de relación entre el organismo y el agente infeccioso facilita la transmisión de éste, es decir, su infectividad.

Actualmente existen 30 tipos de ITS. Aunque la eficiencia del uso del preservativo o condón ha sido puesta en duda en diversas ocasiones (dado que muchas de las ITS se infectan por vía cutánea o por medio de fluidos no directamente vinculados al coito), el condón no deja de ser una importante línea de defensa como barrera.

Las armas más importantes contra las ITS son la prevención, tomando las medidas oportunas por medio del uso del condón y la higiene adecuada, elementos imprescindibles para una sexualidad responsable y que reducen considerablemente el riesgo de transmisión de estas infecciones.

1.- GONORREA

La gonorrea, también denominada blenorragia, blenorrea y uretritis gonocócica, es una infección de transmisión sexual provocada por la bacteria *Neisseria gonorrhoeae* o gonococo.

Transmisión

Ocurre durante el acto sexual cuando el/la compañero/a está infectado/a, no siendo necesario llegar a eyacular; en el parto si la madre estuviese contaminada; o por contaminación indirecta si, por ejemplo, una mujer usará artículos de higiene íntima de otra persona enferma. La gonorrea está entre las ITS más comunes en el mundo y es causada por una bacteria Gram-negativa *Neisseria gonorrhoeae*. El término proviene del griego *gonorrhoeia* (gonórrhoia), que significa literalmente «flujo de semilla»; en tiempos antiguos era incorrectamente pensado que la descarga de pus asociada con la enfermedad contenía semen.

El primer lugar que esta bacteria infecta es el epitelio columnar de la uretra y endocérvix. Lugares no genitales que también son atacados son el recto, la faringe y la conjuntiva de los ojos. La vulva y la vagina en las mujeres también son usualmente afectadas puesto que están ligadas con las células epiteliales, en las mujeres la cérviz es el primer sitio usual de infección.

Gonorrea en el hombre

Los síntomas aparecen entre los 2 y 21 días después de haber adquirido la enfermedad. El síntoma más frecuente es una excreción uretral mucosa blanquecina o clara o purulenta (gruesa, amarillenta) ubicada en la punta del pene. Otros síntomas son dolor al orinar, sensación de quemazón en la uretra, dolor o inflamación de los testículos. En el hombre este germen provoca uretritis y prostatitis (inflamación de la uretra y próstata respectivamente).

Gonorrea en la mujer

Síntomas En las mujeres la enfermedad suele cursar de forma asintomática (no presenta problemas por las cuales la mujer consulte). Sin embargo, pueden presentarse signos y síntomas tales como una secreción vaginal, aumento de ganas de orinar y molestias urinarias (disuria). La expansión del germen hacia las trompas de falopio puede producir dolor en la zona baja del abdomen, encogimiento, fiebre y los síntomas generalizados de cuando se tiene una infección bacteriana.

También produce enfermedades como vaginitis y cervicitis, pero también endometritis, salpingitis y enfermedad inflamatoria pélvica aguda. Caracterizada por enrojecimientos en el área genital. El sistema inmune tiene serios problemas para acabar con *Neisseria gonorrhoeae*, dado que posee fimbrias con una alta tasa de variación antigénica.

Consecuencias

Puede causar consecuencias más serias.

También puede causar daño a los órganos reproductores.

Tanto hombres como mujeres pueden quedar estériles.

Una madre que tiene gonorrea puede contaminar a su bebé durante el parto.

Puede causar daños al pene, enfermedades de la piel, artritis o ceguera.

Tratamiento

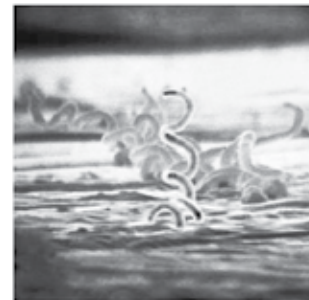
Neisseria gonorrhoeae es sensible a una gama variada de antibióticos, pero es capaz de desarrollar resistencia frente a algunos de ellos. Muchas cepas son resistentes a la penicilina. No obstante, antes de la aparición de las cepas resistentes era muy sensible a este antibiótico, cosa sorprendente dado que son bacterias gram negativas. Actualmente es efectivo en el tratamiento de la Gonorrea el uso de cefalosporinas de tercera generación como Ceftriaxona, cuya administración debe ser efectuada por médicos especialistas.

También se suele asociar la cefalosporina con algún macrólido, como Azitromicina, por la frecuente co-infección con *Chlamydia trachomatis*, que causa un cuadro similar a la infección por gonococo, generalmente dos semanas de iniciado el cuadro, cuya excreción uretral no suele ser hedionda, y con test de Gram negativo.

Las fluoroquinolonas (ciprofloxacina, ofloxacina, y levofloxacina) no se recomienda entre el grupo de pacientes que incluyen a hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y en caso de resistencia a estos medicamentos, el Centro de Control de las Enfermedades y Prevención de los Estados Unidos recomienda el uso de cefalosporinas en conjunto con tetraciclinas. Hasta el 2007, no han habido nuevas opciones de tratamiento para las especies resistentes a antibióticos más allá de las cefalosporinas.

2.- SIFILIS

La sífilis es una Infección de Transmisión Sexual crónica producida por la bacteria Espiroqueta *Treponema Pallidum*, subespecie pallidum (pronunciado pál lidum). Este microorganismo es una bacteria móvil espiroforme (con forma de hilo en espiral), perteneciente al orden Spirochetales, familia Treponemataceae. Su diámetro es de 0,1 a 0,2 micrones y su longitud entre 5 y 15 micrones. Puestas una detrás de otra, entre 70 y 200 espiroquetas medirían pues alrededor de un milímetro.



La sífilis se contagia principalmente por contacto sexual en contacto de la piel con la ligera secreción que generan los chancros o por contacto con los clavos sífilíticos de la persona enferma: al realizar sexo oral sin preservativo (ya sea que

los chancros estén en la boca, en el pene o en la vulva), al besar una boca con chancros (que son indoloros), por inoculación accidental (por compartir jeringas), o puede ser transmitida de la madre al hijo a través de la placenta (sífilis congénita) o a través del canal de parto (sífilis connatal).

En este caso, el bebé puede morir pronto o desarrollar sordera, ceguera, disturbios mentales, parálisis o deformidades.



Chancre (primera etapa de la sífilis) desarrollado en el sitio de contagio

Es prácticamente imposible que se transmita por una transfusión de sangre, porque la sangre se analiza antes de transfundirse, y porque el treponema no se puede mantener vivo más de 24 a 48 en la sangre conservada en hemoteca.

En comunidades que viven bajo pobres condiciones higiénicas, la sífilis endémica puede transmitirse por contacto no sexual. Pero no se transmite por el asiento en sanitarios, actividades cotidianas, tinas de baño, o compartir utensilios o ropa.

Es importante notar que el sujeto en la fase precoz de la enfermedad resulta altamente contagiante (la úlcera venérea pulula de treponemas), pero se sostiene que luego de cuatro años el individuo infectado no puede difundir más el microorganismo mediante relaciones sexuales. En las relaciones entre hombre y mujer es más fácil que se contagie el hombre. El período donde más personas se contagian es entre los 20 y los 25 años de edad. El recontagio es muy común en hombres homosexuales.

En los años ochenta y noventa en Europa hubo una relativa disminución de los casos de sífilis, relacionados con el temor al contagio por VIH, que conllevó al uso generalizado del preservativo (que representa una eficiente barrera contra el contagio, tanto del VIH como del *T. pálido*). Pero a fines de los años noventa y principios del 2000, al generalizarse la información de que el contagio de VIH es casi nulo en casos de sexo oral en el pene no protegido, ha habido un recrudescimiento de casos de sífilis.

Síntomas

En vez de provocar una intensa respuesta inmune celular y humoral, el *T. pálido* puede sobrevivir en un huésped humano durante varias décadas.

Los síntomas de la sífilis son numerosos y ligeramente variados. Antes de la aparición de las pruebas serológicas, el diagnóstico preciso era imposible. De hecho, se la llamaba «la gran imitadora» ya que —en la fase primaria y secundaria— sus síntomas pueden confundirse fácilmente con los de otras enfermedades, haciendo que el sujeto le reste importancia y no acuda al médico.

El 90% de las mujeres que la padecen no saben que la tienen porque, en la mayoría de los casos, el chancre aparece en el cuello uterino. Cuando la bacteria entra al organismo, se disemina rápidamente y poco a poco invade todos los órganos y tejidos.

Primera etapa

Chancros (primera etapa de la sífilis) en el pene

Después de un período de incubación de 10 días a 6 semanas (3 semanas promedio), en el sitio de inoculación la boca, el pene, la vagina o el ano se presenta una ampolla no dolorosa que rápidamente se ulcera, convirtiéndose en una llaga circular u ovalada de borde rojizo, parecida a una herida abierta, llamada chancro.



Es característica su consistencia cartilaginosa, con base y bordes duros.

En el hombre los chancros suelen localizarse en el pene o dentro de los testículos, aunque también en el recto, dentro de la boca o en los genitales externos, mientras que en la mujer, las áreas más frecuentes son: cuello uterino y los labios genitales mayores o menores. Durante esta etapa es fácil contagiarse con la secreción que generan los chancros. El chancro desaparece al mes o mes y medio, pero no porque el enfermo se esté curando, sino porque la siguiente fase está por comenzar.

Segunda etapa

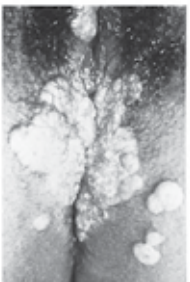
Puede presentarse medio año después de la desaparición del chancro y dura de tres a seis meses, provocando ronchas rosáceas indoloras llamadas «clavos sifilíticos» en las palmas de las manos y plantas de los pies (que a veces pueden aparecer en otros sitios como pecho, cara o espalda), fiebre, dolor de garganta y de articulaciones, pérdida de peso, caída de cabello, cefaleas y falta de apetito.

Los enfermos no siempre llegan a la última fase; entre el 50 y 70% pasan a la etapa de latencia, en la que los síntomas se van y vuelven. Los clavos sifilíticos pueden ser muy contagiosos si existen heridas, pudiendo incluso contagiar a alguien por el hecho de darle la mano. Cuando la segunda fase termina, la sífilis permanece en el organismo durante mucho tiempo, hasta que vuelve a despertar en la fase primera.



Lesiones (en la espalda) de la segunda etapa de la sífilis.

Clavos sifilíticos en la espalda (segunda etapa de la sífilis).



No es común que las lesiones en la mujer sean tan visibles. A veces, unas erupciones planas llamadas condiloma latum brotan alrededor de los genitales y ano.



Manifestaciones (en las manos) de la segunda etapa de la sífilis

Tercera etapa

En la tercera fase (llamada también fase final), la sífilis se vuelve a despertar para atacar directamente al sistema nervioso o algún órgano. En esta fase se producen los problemas más serios y puede llegar a provocar la muerte. Algunos de los problemas son: trastornos oculares, cardiopatías, lesiones cerebrales, lesiones en la médula espinal, pérdida de coordinación de las extremidades aneurisma sífilítico o luético, etc.

Aunque un tratamiento con penicilina puede matar la bacteria, el daño que haya hecho en el cuerpo podría ser irreversible. La locura causada por la sífilis en su última etapa fue alguna vez el tipo de demencia más común.

Tratamiento

Antiguamente se trataba con mercurio, lo cual hizo famosa la frase “Una noche con Venus y una vida con Mercurio”, pero este tratamiento era más tóxico que beneficioso y en la actualidad se utiliza la penicilina y los antibióticos. Se puede curar fácilmente con antibióticos durante la fase primaria y secundaria.

La penicilina también actúa en la última etapa aunque en ese caso debe ser penicilina g-sódica, ya que es la única forma de que se difunda el antibiótico por el LCR (líquido ceforraquídeo), que es donde se encuentra la bacteria durante esta última fase. Quienes la padecen deben llevar una vida saludable con una dieta equilibrada y un sueño adecuado.

La bacteria Espiroqueta *Treponema pallidum*, espiroqueta puede ser tratada con penicilina benzatina. El tratamiento con penicilina puede provocar en algunos pacientes la denominada Reacción de Jarisch-Herxheimer.

Secuelas

Tratada a tiempo, la enfermedad tiene cura sencilla sin dejar secuelas. El padecer la sífilis aumenta el riesgo de contraer otras Infecciones de Transmisión Sexual (como el VIH), ya que los chancros (ver más adelante) son una vía fácil de entrada en el organismo. Si no se trata a tiempo, puede ocasionar ulceraciones en la piel, problemas circulatorios, ceguera, parálisis, demencia, trastornos neurológicos, la muerte.

En algunos casos, las personas que supuestamente ya han obtenido la cura todavía pueden infectar a los demás. El haber padecido sífilis y haberse curado no implica inmunidad, ya que rápidamente se puede volver a contraer.

Esto se debe a que la bacteria que produce la sífilis (*treponema pallidum*) cuenta con tan sólo nueve proteínas en su cubierta, lo cual no es suficiente para que el sistema inmunológico humano la reconozca y pueda producir anticuerpos para combatirla o inmunizarse.

3.- CANDIDIASIS

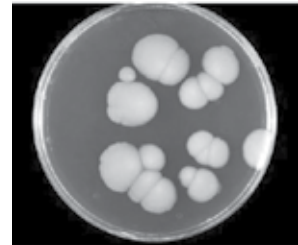
Las candidiasis constituyen un grupo de infecciones causada por un hongo oportunista que puede tener expresión cutánea, gastrointestinal, sistema respiratorio y genitales del género *Candida*, de los cuales *Candida albicans* es la más frecuente. Se puede transmitir por ropas, objetos y también por contacto sexual. Estos hongos están siempre presentes en la piel y en la mucosa del tracto digestivo, genitourinario y respiratorio de la mayoría de las personas, pero se encuentran controlados por otros microorganismos no patógenos. Cuando se produce un desequilibrio, el aumento desmedido de la población de hongos produce esta u otras micosis.

Epidemiología

La candidiasis afecta normalmente las zonas húmedas y cálidas de la piel y las mucosas, como las axilas, la boca, uñas, el glande y la vagina; las erupciones cutáneas asociadas con el uso de pañales suelen ser de este tipo. Representa un 25% de las micosis cutáneas.

La candidiasis es la más frecuente causa de vaginitis; se estima que tres de cada cuatro mujeres experimentan al menos un episodio de candidiasis durante su vida.

Candida albicans es parte de la flora normal de la vagina; las condiciones patógenas pueden producirse por el uso de duchas que eliminen parte de los microorganismos que lo controlan (como los lactobacilos). Las probabilidades de contraer candidiasis aumentan en pacientes obesos y diabéticos; el consumo de antibióticos y anticonceptivos también incrementa el riesgo, así como alteraciones hormonales debidas al embarazo. En pacientes con deficiencia inmunológica, neoplasias, diabetes, lupus eritematoso, y linfomas, la infección puede extenderse, con consecuencias bastante graves.¹⁰¹



Etiología.

Los hongos están siempre presentes en el cuerpo humano, pero la presencia natural de otros microorganismos previene su crecimiento descontrolado.

Sin embargo, perturbaciones externas, como el uso de ciertos detergentes, variaciones del pH, o internas, como cambios hormonales o fisiológicos, pueden causar alteraciones de la biota y resultar en un crecimiento anormal de los hongos.

Embarazo, uso de anticonceptivos, sexo vaginal después de sexo anal, uso de lubricantes que contienen glicerina, son factores relacionados con infección por hongos. La diabetes y el uso de antibióticos también parecen tener incidencia en la micosis. Además, la candida puede transmitirse sexualmente.

Síntomas.

Los síntomas se caracterizan por lesiones cutáneas (enrojecimiento o inflamación de la piel) acompañadas de prurito y sarpullido. En las infecciones vaginales, puede presentarse flujo blanquecino, con un característico olor a levadura. Su periodo de incubación es de 8 a 15 días.

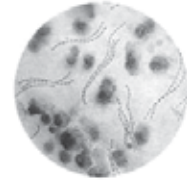
Tratamiento

Los casos ligeros de candidiasis pueden no requerir intervención médica; remedios de uso doméstico incluyen el consumo o aplicación tópica de yogur, en que los lactobacilos presentes en el medio combaten el hongo, y otros fungicidas, como la alicina obtenida de los dientes de ajo. Los antimicóticos de laboratorio para el tratamiento de la candidiasis incluyen por lo general nistatina, fluconazol, ketoconazol o anfotericina. El cuidado con la higiene ayuda a mantener a raya las infecciones de Candida. Se debe mantener limpia, seca y expuesta al aire la parte afectada. En el caso de infecciones vaginales, se debe seguir los consejos de un ginecólogo.

Complicaciones y Expectativas

La candidiasis en general tiene un buen pronóstico, sin embargo a veces es difícil de tratar y puede reaparecer con el tiempo. En individuos con compromiso del sistema inmunológico una infección cutánea, vaginal u oral puede complicarse derivando en una candidiasis generalizada o en una infección que afecte al sistema digestivo (candidiasis esofágica).¹⁰²

4.- CHANCROIDE



El chancroide o chancro blando es una enfermedad de transmisión sexual causada por una bacteria gram negativa llamada *Haemophilus ducreyi*.

Se manifiesta frecuentemente a modo de úlcera genital simulando un chancro de carácter sifilítico. Se diferencia de éste por ser doloroso y de aspecto sucio. La enfermedad se encuentra principalmente en las naciones en vías de desarrollo y países del tercer mundo. Los hombres no circuncidados tienen un riesgo mayor de contraer el chancroide de una pareja infectada. Por otra parte, el chancroide es un factor de riesgo para contraer el VIH.

Cuadro clínico

Después de un período de incubación de un día a dos semanas, el chancroide comienza con una pequeña hinchazón que se torna en una úlcera después de un día de aparición. La úlcera característicamente: Tienen un rango dramático de tamaño entre 3 y 50 mm (1/8 a 2 pulgadas), es dolorosa, tiene bordes irregulares y bordes mellados, tiene una base cubierta con material gris amarillento, sangra ocasionalmente en la base si es traumatizada o raspada.

Diagnóstico

La definición clínica estandar de un probable chancroide, incluye todas las siguientes:

Paciente que tienen una o más úlceras genitales. La combinación de una úlcera dolorosa con una adenopatía sensible es sugestiva de chancroide, la presencia de adenopatía supurativa es casi patognomónico.

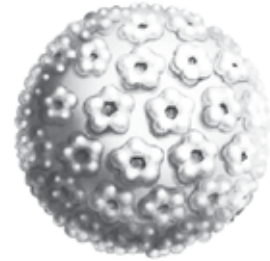
Ausencia de evidencias de *Treponema pallidum*, indicado por examinación de campo-oscuro de la úlcera o por examen serológico para el Sífilis, realizada al menos 7 días después de la aparición de la úlcera.

La presentación clínica no es típica de la enfermedad herpes genital (Virus del herpes simple). Aproximadamente la mitad de los hombres infectados presentan una sola úlcera.

La mujeres infectadas, por lo general tienen cuatro o más úlceras con menos sintomatología. Las úlceras aparecen en lugares específicos, con especial frecuencia en hombres no circuncidados o en los labios menores femeninos. Su tratamiento es con antibiótico.

5.- VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Los virus del papiloma humano (VPH) son un grupo diverso de virus ADN que infectan la piel y membranas mucosas de humanos así como de variedad de animales. Se han identificado más de 100 diferentes tipos de VPH. Algunos tipos de VPH pueden causar condilomas mientras otros, infecciones subclínicas, resultando en lesiones precancerosas. Todos los VPH se transmiten por contacto piel a piel.



Características

Entre 30 y 40 VPH se transmiten típicamente por contacto sexual, infectando la región anogenital. Algunos tipos de transmisión sexual de VPH (tipos 6 y 11), pueden causar verrugas genitales. Sin embargo, otros tipos de VPH que pueden infectar los genitales no causan ningunos signos apreciables de infección. Una persistente infección con un subgrupo de cerca de 13 VPH sexualmente transmitidos, llamados “de alto riesgo”, incluyendo a los tipos 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68 -que son diferentes de los que causan verrugas- pueden favorecer el desarrollo de:

CIN (neoplasia cervical intraepitelial),

VIN (neoplasia vulvar intraepitelial),

PIN (neoplasia peneana intraepitelial), o

AIN (neoplasia anal intraepitelial).

Esas son lesiones precancerosas y pueden progresar a cáncer invasivo. Una infección de VPH es un factor necesario en el desarrollo de casi todos los casos de cáncer cervical. []Un papanicolaou (Pap) cervical con pruebas de ADN de VPH, se usa para detectar anomalías celulares y la presencia de VPH. Esto permite la remoción localizada quirúrgica de condilomas y/o lesiones precancerosas antes del desarrollo de cáncer cervical invasivo. Aunque el amplísimo uso del Pap ha reducido la incidencia y letalidad del cáncer cervical en países en desarrollo, aún la enfermedad mata varios centenares de mujeres por año mundialmente. Gardasil, una vacuna VPH recientemente aprobada, bloquea la infección inicial contra varios de los tipos más comunes de VPH sexualmente transmitidos, lo que puede hacer decrecer la incidencia del VPH en generar cáncer.

Ciclo de vida del VPH

El ciclo de vida del VPH sigue estrictamente el programa de diferenciación de la célula huésped queratinocito. Se piensa que el virión VPH infecta tejidos epiteliales por microabrasiones, donde, el virión se asocia con receptores putativos como son las alfa integrinas y las lamininas, entrando los viriones dentro de células epiteliales

basales a través de endocitosis mediada por clatrina y/o con endocitosis mediada por caveolina, dependiendo del tipo de VPH. En ese punto, el genoma viral es transportado al núcleo por mecanismos desconocidos y se establece con un número de copias entre 10-200 genomas virales por célula.

Esta enfermedad, actualmente, NO TIENE CURA; pero en general el cuerpo lo elimina con el paso del tiempo. Se considera que saber si se tiene o se ha tenido VPH en algún momento de la vida, es más importante para la salud de una mujer que para el hombre, pues las posibilidades de desarrollar un cáncer en la mujer son más altas.

Enfermedad	Tipo VPH
Verruga común	2, 7
Verruga plantar	1, 2, 4
Verruga cutánea chata	3, 10
Verruga genital anal	6, 11, 42, 43, 44, 55 y otras
Malignidades genitales	16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51
Epidermodisplasia verruciforme	más de 15 tipos
Hiperplasia focal epitelial (oral)	13, 32
Papilomas orales	6, 7, 11, 16, 32

Verrugas cutáneas:

Verrugas comunes: algunos tipos “cutáneos” de VPH, como las HPV-1 y HPV-2, causan verrugas comunes; encontradas con frecuencia en manos y pies, pero pueden aparecer en otras áreas, como rodilla y codo. Estas verrugas tienen una superficie característica de coliflor, y típicamente elevada ligeramente por encima de la piel circundante. Los tipos cutáneos de VPH no suele causar usualmente verrugas genitales y no se asocian con el desarrollo de cáncer.

Verrugas plantares se encuentran en la base del pie; y crecen hacia adentro, generalmente causando dolor al caminar.

Verrugas subunguales o periunguales se forman debajo de la uña (subungual), alrededor de la uña o en la cutícula (periungual). Pueden ser más difícil de tratar que otras verrugas de diferentes lugares.

Verrugas planas: se ubican comúnmente en los brazos, cara o nuca. Como las verrugas comunes, estas planas se presentan más en niños y adolescentes. En personas con la función inmune normal, estas verrugas planas no se asocian con el desarrollo de cáncer.

Verrugas genitales: Las Verrugas genitales o anales (condilomata acuminata o verrugas venéreas) son el más fácil signo reconocido de infección de VPH genital. Aunque hay una amplia variedad de tipos de VPH que pueden causar verrugas genitales, los tipos 6 y 11 dan cerca del 90% de todos los casos.

Mucha gente que adquiere verrugas genitales asociadas con tipos de VPH, resuelve la infección rápidamente sin siquiera desarrollar verrugas u otros síntomas. Se puede transmitir el virus a otros aún si no se han desplegado ningunos de los síntomas de infección. Sin embargo, en la vasta mayoría de casos, esta no es causa de no hacerse adecuados tests rutinariamente administrados.

Los tipos de VPH que tienden a causar verrugas genitales no son los mismos que causan cáncer cervical. Sin embargo, desde que un individuo puede infectarse con múltiples tipos de HPV, la presencia de verrugas no es regla de que esté ausente la posibilidad de la presencia de tipos de alto riesgo del virus.

Cáncer

Cerca de una docena de tipos de VPH (incluyendo los tipos 16, 18, 31, 45) se llaman tipos de “alto riesgo” debido a que pueden disparar un cáncer cervical o también cáncer anal, cáncer vulvar, cáncer de pene. Varios tipos de VPH, particularmente el tipo 16, han sido hallados asociados con carcinoma orofaríngeo de células escamosas, una forma de cáncer de cabeza y cuello. Los cánceres inducidos por VPH con frecuencia tienen secuencias virales integradas en el ADN celular. Algunos de los genes “tempranos” de VPH, como E6 y E7, se conocen por actuar como oncógenos promoviendo el crecimiento tumoral y la transformación a maligno.

VPH genitales

Un gran incremento en la incidencia de infección genital por HPV ocurre a la edad donde los individuos comienzan su actividad sexual. La gran mayoría de las infecciones genitales por VPH nunca causan síntomas patentes, y son aclaradas por el sistema inmune en materia de meses.

Como con los VPH cutáneos, se cree que la inmunidad al VPH es de tipo específica. Un subgrupo de individuos infectados pueden fallar en producir infección genital de VPH bajo control inmunológico. Uniendo la infección con los tipos de VPH de alto riesgo, como los VPH 16, 18, 31 y 45, puede arrancar el desarrollo de cáncer cervical u otros tipos de cáncer.

Los tipos HPV de alto riesgo 16 & 18 son responsables juntos, del 65% de los casos de cáncer cervical.

El tipo 16 causa 41 a 54% de los cánceres cervicales y agrega aún mayor cantidad de cánceres vaginales/ vulvares inducidos por VPH,[31] cánceres de pene, anales y de cabeza y cuello.

Salud pública y HPV genital

De acuerdo al Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, a los 50 o más años el 80% de las mujeres estadounidenses contraerán al menos una raza de HPV genital. Se les encomienda a las mujeres hacerse anualmente un pap para detectar anomalías celulares causadas por VPH. La vacuna VPH, Gardasil, protege contra las dos razas de VPH que causan el 70% de los casos de cáncer cervical, y las dos razas de VPH causantes del 90% de las verrugas genitales. El CDC recomienda que niñas y niños de entre 11 y 26 años sean vacunados.

Transmisión perinatal

Aunque los tipos genitales de VPH son a veces transmitidos de madre a hijo durante el nacimiento, la aparición del VPH genital relacionado con enfermedades en recién nacidos es rara. La transmisión perinatal de tipos de VPH 6 y 11 pueden resultar en el desarrollo de papilomatosis respiratoria recurrente juvenil (JORRP). La JORRP es muy rara, con tasas de cerca de 2 casos por 100.000 niños en EE. UU. Aunque esa tasa de JORRP es sustancialmente mayor si la mujer presenta verrugas genitales al tiempo de dar a luz, el riesgo de JORRP en tales casos es menor al 1%.

Síntomas

Algunos de los síntomas más importantes que sugieren la presencia de virus del papiloma humano son:

Irritaciones constantes en la entrada de la vagina con ardor y sensación de quemadura durante las relaciones sexuales (se denomina vulvodinia).

Pequeñas verrugas en el área ano-genital: cérvix, vagina, vulva y uretra (en mujeres) y pene, uretra y escroto (en varones).

Pueden variar en apariencia (verrugas planas no visibles o acuminadas si visibles), número y tamaño por lo que se necesita de la asistencia de un especialista para su diagnóstico. Alteraciones del Papanicolaou que nos habla de que en el cuello del útero hay lesiones escamosas intraepiteliales (zonas infectadas por VPH, que pueden provocar cáncer).

Tratamiento

Muchas víctimas de verrugas VPH relatan el éxito que usa el vinagre de manzana de origen orgánico (con acidez de 5%). Se aplica a las áreas infectadas una toalla de papel humedecido en vinagre, y se asegura con cinta adhesiva. Las personas que registraron los mejores resultados dejaron la toalla de papel empapada durante horas, o incluso durante toda la noche.

El resultado es que la verruga se torna brillante blanca en colores, y después de varios tratamientos, comienza a tornarse negra y morir, tarde o temprano descamarse. Muchos usuarios relatan el éxito que mezcla el ACV con las pequeñas cantidades de ajo y el aceite de árbol de té también preparando la solución en aceite, que humedece la piel ayudando en el retiro de verrugas VPH.

6.- HEPATITIS

La hepatitis es una afección o enfermedad inflamatoria que afecta al hígado. Su causa puede ser infecciosa (viral, bacteriana, etc.), inmunológica (por auto-anticuerpos) o tóxica (por ejemplo por alcohol, venenos o fármacos). También es considerada, dependiendo de su etiología, una enfermedad de transmisión sexual.

Son aquellos específicos para la hepatitis, es decir, aquellos que sólo provocan hepatitis. Existen muchos: virus A, virus B, C, D, E, F, G. Los más importantes son los virus A, B, C y, en menor medida, el D y el E, siendo los últimos, F y G los últimos descritos y los menos estudiados.

Otros virus no específicos son:

- » Virus de Epstein-Barr (EBV): causante de la mononucleosis infecciosa y de amigdalitis.
- » Citomegalovirus (CMV): tiene tropismo hepático aunque puede dar encefalitis.

Vías de transmisión

Virus A (HAV) y E (HEV): fecal-oral. La forma de transmisión más frecuente es por el agua contaminada: verduras lavadas con esta agua, mariscos de aguas pantanosas... por lo que la higiene es fundamental para una buena prevención. También se puede contagiar de un familiar infectado por el virus.

Virus B (HBV), D (HDV): Por vía parenteral: por transfusiones, heridas, jeringuillas contaminadas; por contacto sexual al estar presente los virus en los distintos fluidos corporales como esperma, saliva, o por relaciones sexuales traumáticas con heridas.

Virus C (HCV): Por vía parenteral, contaminación con sangre infectada, se ha encontrado presencia del virus en algunos fluidos aunque no puede considerarse en cantidad como para producir la transmisión del virus. El contagio por vía sexual es muy poco frecuente, estaría vinculado a la transmisión por vía parenteral en relaciones sexuales de riesgo donde exista sangrado.

Hepatitis A: es una enfermedad del hígado causada por el virus de la hepatitis A (VHA). Se transmite por el contacto con deposiciones de otro enfermo, por falta de higiene en el hogar o bien el consumo de alimentos contaminados y deficientemente lavados (como verduras regadas con aguas no tratadas o en contacto con vectores, como moscas o cucarachas). Puede afectar a cualquier persona y tener carácter epidémico en aquellos lugares que no cuenten con tratamiento adecuado de sus aguas servidas. En países más desarrollados la hepatitis A afecta principalmente a casos aislados de individuos, aunque han ocurrido epidemias que han llegado a cubrir grandes áreas en el pasado. Si bien hoy en día existen vacunas en países desarrollados que pueden prevenirla, las condiciones de saneamiento ambiental y las normas de higiene al interior del hogar son la forma más eficaz de evitar su desarrollo.

Hepatitis B: es una enfermedad grave causada por un virus que se transmite por la sangre o por vía sexual desde un enfermo con hepatitis activa o de un portador sano del virus de la hepatitis B (VHB). Puede causar una infección aguda o crónica y así persistir en la sangre, causando cirrosis (cicatrización) del hígado, cáncer del hígado, insuficiencia hepática y la muerte. También existe una vacuna para su prevención.

Hepatitis C: es una enfermedad del hígado causada por el virus hepatitis C (VHC) que se encuentra en la sangre de las personas que tienen la enfermedad. La infección del VHC también es transmitida mediante el contacto con la sangre de una persona infectada (en etapa de actividad o portación del virus) y también es causa de hepatitis crónica, cirrosis, cáncer de hígado, insuficiencia hepática y muerte.

Hepatitis D: es un virus defectuoso que necesita el virus de hepatitis B para existir. El virus de la hepatitis D (VHD) se encuentra en la sangre de las personas infectadas con el virus.

Hepatitis E: es un virus (VHE) que se transmite en forma muy similar al virus de hepatitis A. Se disemina a través de agua contaminada.

Hepatitis F: de aparición reciente, puede ser el mismo conocido como G.

Hepatitis G: es el virus más nuevo, se conoce poco. Se cree que se transmite a través de la sangre sobre todo en personas que usan drogas endovenosas, y se supone que con otras enfermedades y tratamientos relacionados con la coagulación.

Patogenia

En circunstancias normales, no hay constancia de que ninguno de los virus de la hepatitis sea directamente citopático para los hepatocitos. Los datos disponibles sugieren que las manifestaciones clínicas y la evolución que siguen a la lesión hepática aguda propia de una hepatitis vírica son determinadas por las respuestas inmunitarias del paciente.

Todas las infecciones por virus de la hepatitis tienen un periodo de incubación largo:

Virus A y E: entre 15 y 30 días.

Virus B, C y D: puede llegar hasta 2 meses.

Signos y Síntomas

Primera semana (periodo preictérico de síntomas prodrómicos). Este cuadro se presenta durante los primeros 5-6 días de la infección y en los que el paciente no suele estar diagnosticado:

Síndrome General: astenia, anorexia y falta de concentración. Artralgias, mialgias, cefaleas, fotofobia,

Febrícula o no. A veces puede desencadenar fiebre de 39°C con escalofríos.

Síntomas Digestivos o no por distensión de la cápsula de Glisson que origina dispepsia. Náuseas, vómitos.

Síntomas Respiratorios: faringitis, tos y coriza.

A los 5-7 días: Ictericia.

Síntomas de colestasis como coluria (orina oscura del color de la Coca-Cola), acolia e hipocolia, heces teñidas o decoloradas, ictericia o subictericia en la conjuntiva, prurito.

El depósito de anticuerpos puede causar vasculitis como púrpura.

Crioglobulinemia en hepatitis por el virus C.

Hepatitis anictérica: un 1% de los casos es una hepatitis anictérica que no presenta ictericia y debe diagnosticarse por la sintomatología inespecífica de anorexia y astenia junto con las pruebas complementarias.

Algunas Hepatitis Agudas pueden cronificarse, algunas menos frecuentemente pueden producir un Fallo Hepático Agudo o Masivo y otras evolucionan hacia la curación.

Fallo hepático agudo: en el que ocurren varios eventos. Uno de ellos es la disminución en la producción de albúmina y otras proteínas, lo que da lugar a una hipoalbuminemia, aunque se da con más frecuencia en hepatitis crónicas y cirrosis.

Si aumenta la bilirrubina hasta cifras superiores a 3 mg (siendo lo normal 1 mg), los canalículos biliares se cerrarán y el drenaje se verá dificultado dando lugar a una Hepatitis Aguda Colostática. Si la bilirrubina aumenta hasta 10-12 mg la ictericia será evidente.

Debido a la necrosis todos los pigmentos del hígado saldrán a sangre. También tendremos una alteración en la coagulación con un Tiempo de Protrombina alargado. Pedir estudio de coagulación siempre. INR?, TP? y porque no se forma bien coagulación disminuida con tendencia hemorrágica.

Aparecen signos de encefalopatía hepática con inversión del ritmo del sueño (duerme de día y no por la noche), signos sutiles de pérdida de memoria, desorientación, temblor aleteante de fases distales o flapping tremor, que puede desencadenarse en un paciente espontáneamente con una maniobra de hiperextensión. También da lugar a disimetrías, en el que el paciente está aparentemente normal pero le fallan los sistemas de coordinación. Se demuestra pidiendo al paciente que dibuje una estrella, obteniendo un dibujo amorfo como resultado.

Diagnóstico

Historia Clínica con sintomatología y detalle de la historia de ingesta de fármacos.

Analítica: se produce un aumento de 10 a 20 veces de los niveles séricos de las transaminasas, que alcanzan valores que oscilan entre los 300 y los 1000, debido a la rotura de los hepatocitos con salida al exterior de su contenido. ? TGO y ? TGP. También se detecta un aumento de bilirrubina total, por incremento tanto de bilirrubina indirecta o no conjugada como de bilirrubina directa o conjugada, siendo el de esta última mayor.

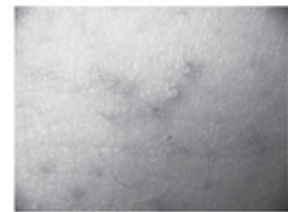
Se incrementa también la fosfatasa alcalina por la colestasis por obstrucción biliar, aumenta la glutamil-transpeptidasa (GGTP).

Las transaminasas nos dan una idea del alcance de la necrosis hepática, y por tanto de la hepatitis, mientras que otros parámetros señalan el estado de la función hepática.

Marcadores bioquímicos específicos: como la medida de la carga viral o de los anticuerpos generados por el organismo frente a ellos. Se detallarán en el estudio individual de cada tipo de virus.

7.- ESCABIOSIS O SARNA

La escabiosis o sarna es una enfermedad de la piel causada por el ácaro parásito *Sarcoptes scabiei*, llamado comúnmente arador de la sarnilla. Es una ectoparasitosis de distribución mundial en todas las razas.



Es una afección cosmopolita, extremadamente contagiosa, que se observa en particular en las personas que viajan a menudo. Alcanza a todas las capas de la población y constituye una dermatosis muy frecuente y de fácil tratamiento.

Sarcoptes scabiei

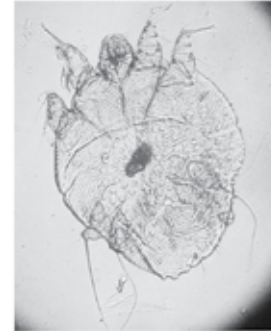
El *Sarcoptes scabiei* es un artrópodo de cuerpo no segmentado, ovoide, con 4 pares de patas. La hembra mide 300-450 micras y el macho 150-250 micras.

Huesped: el humano, no vive más de 2 a 4 días en el ambiente.

Contagio

La enfermedad es fácilmente transmisible por el contacto directo, o a través de fomites (prendas, ropa, sábanas, toallas), igualmente por vía sexual.

En algunos casos se puede adquirir por contacto con animales infectados, sobre todo perros (*Sarcoptes scabiei* var. *canis*).



Incubación

Primoinfestación (personas sin exposición previa al ácaro): 15 a 50 días

Reinfestación (personas que han sido infestadas previamente): 1 a 4 días

La fecundación ocurre en la superficie de la piel, después de la cópula el macho muere.

La hembra se introduce en el estrato córneo de la piel y va desarrollando túneles, esta va dejando los huevos a medida que penetra en la piel (2 a 3 huevos por día) en total 30 a 50 huevos, finalmente muere en el túnel a las 4 a 6 semanas. Los huevos eclosionan y las larvas emergen a la superficie de la piel, se transforman en ninfas en 3 a 8 días y posteriormente en adultos en 12-15 días. Las formas contagiosas son la ninfa y los adultos.

Clínica

El principal síntoma es el prurito (picazón), que aumenta su efecto durante las noches y con el calor. La picazón está causada por la reacción alérgica del cuerpo ante el parásito, que se manifiesta con pequeños granos, ampollas y pequeñas úlceras con costras. No causa fiebre, a menos que exista una infección.

Las lesiones más típicas son los surcos, líneas grisáceas y sinuosas de 1 a 15 mm de largo, que son el reflejo exterior de una galería excavada en la epidermis por la hembra con el fin de desovar, y las vesículas perladas, del grosor de una cabeza de alfiler, producidas por la secreción del parásito.

Las lesiones que predominan en las muñecas, las caras laterales de los dedos y de las manos, los codos y las nalgas, se extienden a todo el cuerpo. Algunas localizaciones son electivas, y no necesariamente presentes: en el hombre, el prepucio y el glande (chancro escabioso); en la mujer, la areola (fuera de la lactancia, las lesiones bilaterales de ambas mamas hacen pensar en la sarna); en el niño y el lactante, la planta de los pies. La escabiosis puede ir acompañada por lesiones inducidas por microbios (piodermatitis, linfangitis, etc.). Por su parte, en las personas limpias no se traduce más que por un mínimo de síntomas y no es pruriginosa. No obstante, es igualmente contagiosa.

Tratamiento

La sarna es tratada con escabicidas, que deben aplicarse por todo el cuerpo, no solo las partes infectadas ya que no se sabe exactamente la localización del parásito, puesto que si son adultos se pueden ir a todo el cuerpo. Se debe tener especial cuidado a la hora de aplicar el tratamiento, evitando las mucosas y esparciendo el producto por todos los pliegues de la piel, los espacios interdigitales y la zona que queda entre las uñas y la piel, dado que el parásito puede usar estas zonas como reservorios. El tratamiento dura de 3 a 10 días. No se puede dar tratamiento a la mujer durante los tres primeros meses de embarazo.

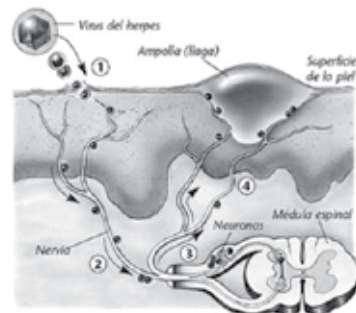
Algunos accidentes graves han ocurrido cuando personas se aplican Lindano, este acaricida y pesticida solo puede aplicarse bajo una dilución y posología suministrada por un facultativo.

8.- HERPES GENITAL

Millones de estadounidenses y ahora centroamericanos están infectados con el virus del herpes genital. El síntoma más común de herpes es una llaga que aparece en los genitales o alrededor de éstos. Estas llagas tienen aspecto de manchas rojas, masas pequeñas o ampollas, y pueden durar de unos días a varias semanas.

Aunque los síntomas desaparecen por su cuenta, el virus permanece en el organismo. Las llagas pueden aparecer en cualquier momento, pero generalmente en el lugar donde ocurrieron inicialmente. El tratamiento puede ayudar a sanar las llagas, pero no destruye el virus. Por lo tanto, una vez que se infecte con herpes, es posible transmitir la infección a otras personas sin saberlo.

Si usted o su pareja tiene herpes oral o genital, evite tener relaciones sexuales desde el momento en que aparecen inicialmente los síntomas hasta varios días después de que las costras se hayan desaparecido. No tener relaciones sexuales no significa que no puede abrazar ni arrimarse a otra persona. Simplemente asegúrese de que las lesiones y sus secreciones no toquen la piel de la otra persona. Lávese las manos con agua y jabón después de tener cualquier posible contacto con las lesiones. De esta forma evitará volverse a infectar o transmitir el virus a otra persona.



El virus del herpes atraviesa la piel (1). De ahí viaja por el cuerpo (2) y se aloja en las neuronas cerca de la columna vertebral (3). Cuando algo provoca un nuevo brote de herpes, el virus sale del lugar donde se encuentra alojado, viaja por los nervios y regresa a la superficie de la piel (4).

9.- CLAMIDIA (CERVISITIS)

Es una inflamación del cérvix o del cuello uterino causada por un organismo transmitido durante las relaciones sexuales.

La clamidia puede ser mucopurulenta que hace relación a la uretritis del hombre o ulcerativa que es más grave y requiere de más cuidado.

SINTOMAS

Los síntomas en las mujeres son leves y generalmente se manifiestan a través de una secreción vaginal y en los hombres son más fuertes manifestando también ardor, dolor y secreción amarillenta. Si la inflamación se descuida puede causar dolor, fiebre, aborto espontáneo y esterilidad. Las mujeres que tienen Clamidia pueden dar a luz bebés propensos a las infecciones de los ojos y a la neumonía.

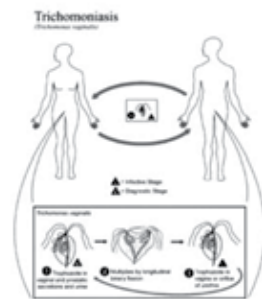
TRATAMIENTO

Se suministran antibióticos y pastillas recetadas para combatir las bacterias.

10.- TRICOMONIASIS

La **tricomoniasis** es una enfermedad de transmisión sexual caracterizada por la infección del aparato urogenital del hombre y de otros animales por protozoos de la especie *Trichomonas vaginalis*.

En los seres humanos, *Trichomonas vaginalis* se suele transmitir a través de las relaciones sexuales. En las mujeres es habitual encontrarlo en la vagina, donde con frecuencia origina sensación de quemazón, prurito y exudado irritativo; en los hombres puede afectar a la próstata; y en ambos sexos irritar la uretra y la vejiga. La administración oral de *metronidazol* erradica la infección; es necesario el tratamiento de los dos componentes de la pareja sexual.



SÍNTOMAS

Muchas personas infectadas no tienen síntomas. En la mujer los síntomas incluyen: flujo vaginal que es fuera de lo normal, abundante, de color verde claro o gris, con burbujas y un olor malo, picazón, ardor, o rojez en la vulva y en la vagina. Mientras que en el macho los síntomas incluyen: flujo del pene, ardor al orinar.

La tricomoniasis suele curarse con una dosis oral única del medicamento metronidazol, el cual se vende con receta. Los síntomas de la tricomoniasis en hombres infectados puede que desaparezcan en unas cuantas semanas sin tratamiento alguno. Sin embargo, un hombre infectado, aun cuando nunca haya tenido síntomas o cuyos síntomas hayan desaparecido, todavía puede continuar infectando o re-infectando a su pareja sexual hasta que no se trate la infección. Por lo tanto, ambos en la pareja deben tratarse la infección al mismo tiempo para eliminar el parásito. Las personas que se están tratando la tricomoniasis deben evitar tener relaciones sexuales hasta que tanto ellas como sus parejas hayan terminado el tratamiento y no tengan síntomas. Las mujeres embarazadas pueden tomar metronidazol.

El hecho de que una persona haya tenido tricomoniasis una vez no significa que no pueda tenerla de nuevo. Una persona puede seguir siendo susceptible a la reinfección aun cuando se haya curado con el tratamiento.

COMO PUEDE PREVENIRSE

La manera más segura de evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual es absteniéndose del contacto sexual o tener una relación duradera, mutuamente monógama, con una pareja a quien se le han hecho las pruebas y se sabe que no está infectada.

Los condones de látex en los hombres, cuando se usan de manera habitual y correcta, pueden reducir el riesgo de transmisión de la tricomoniasis.

Todo síntoma genital, como por ejemplo secreción o ardor al orinar, una úlcera poco usual o irritación, debe ser razón para dejar de tener relaciones sexuales y consultar con un proveedor de atención médica de inmediato. Una persona a quien se le haya diagnosticado tricomoniasis (o cualquier otra ITS) debe recibir tratamiento y debe informar a todas las personas con quienes haya tenido relaciones sexuales recientemente de manera que éstas vean a un proveedor de atención médica y sean tratadas. Esto reduce el riesgo de que las parejas sexuales presenten complicaciones por la tricomoniasis y reduce el riesgo de reinfección en las personas que la han tenido. Una persona con tricomoniasis y todas sus parejas sexuales recientes deben dejar de tener relaciones sexuales y deben hacerse el tratamiento contra la infección y esperar que desaparezcan los síntomas.

11. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)	
Clasificación de los virus	
Grupo:	VI (Virus ARN monocatenario retrotranscrito)
Familia:	Retroviridae
Género:	Lentivirus
Especies	
	VIH Tipo 1
	VIH Tipo 2*

El VIH (acrónimo de virus de inmunodeficiencia humana) es el agente infeccioso determinante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Según el Comité Internacional de Taxonomía de Virus (ICTV) el VIH se incluye en el género Lentivirus, encuadrado en la subfamilia Orthoretrovirinae de la familia Retroviridae. Puede ser detectado por la prueba de VIH.

Fue descubierto e identificado como el agente de la naciente epidemia de sida por el equipo de Luc Montagnier en Francia en 1983. El virión es esférico, dotado de una envoltura y con una cápside proteica. Su genoma es una cadena de ARN monocatenario que debe copiarse provisionalmente a ADN para poder multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula que infecta. Los antígenos proteicos de la envoltura exterior se acoplan de forma específica con proteínas de la membrana de las células infectables, especialmente de los linfocitos T4.

El proceso de conversión de ARN en ADN es una característica principal de los retrovirus y se lleva a cabo mediante acciones enzimáticas de transcriptasa inversa. Con la demostración de la existencia de la transcriptasa inversa, se inició en la década de 1970 la búsqueda de los retrovirus humanos, que permitió el aislamiento en 1980 del virus de la leucemia de células T del adulto, HTLV-I (R. Gallo y cols.)

El VIH tiene un diámetro de aproximadamente 100 nanómetros. Su parte exterior es la «cubierta», una membrana que originalmente pertenecía a la célula de donde el virus emergió. En la cubierta se encuentra una proteína del virus, la gp41, o «glicoproteína transmembrana». Conectada a la gp41 está la gp120, la cual puede unirse al receptor CD4 localizado en la superficie de los linfocitos T para penetrar en ellos. El núcleo tiene la «cápside», compuesta por la proteína p24. En su interior está el ARN, la forma de información genética del VIH.

En diciembre de 2007, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, había aproximadamente 33 millones de personas con VIH en el mundo, de las cuales 24,7 millones vivían en África Subsahariana.

► Descubrimiento

Desde 1981 se detectaron casos sorprendentes de infección por *Pneumocystis jirovecii* (entonces designado *Pneumocystis carinii*), un hongo emparentado con las formas originales de los Ascomycetes, conocido por infectar a pacientes severamente inmunodeprimidos. Inicialmente se observó un grupo de casos semejantes en los que estaban implicados hombres homosexuales y donde aparecía a la vez infección por citomegalovirus y candidiasis. Se pensó primero que la causa debía estar ligada a prácticas comunes entre la población homosexual masculina.

Pronto empezaron a aparecer casos que afectaban a hombres y mujeres heterosexuales, usuarios de drogas intravenosas, así como a sus hijos; también entre pacientes no homosexuales y con hábitos saludables que habían recibido transfusiones de sangre entera o de productos sanguíneos por su condición de hemofílicos. Pronto se pensó, por criterios básicamente epidemiológicos, que la causa debía ser un agente infeccioso que se transmitía de forma semejante a como lo hace el virus de la hepatitis B.

Distintos equipos empezaron a buscar un virus asociado a los casos conocidos de inmunodeficiencia adquirida, tal vez un retrovirus como el que se sabía producía la inmunodeficiencia del gato o como el HTLV, productor de un tipo de leucemia. En 1983, en el Instituto Pasteur de París, un equipo dedicado a la investigación de la relación entre retrovirus y cáncer dirigido por J.C. Chermann, F. Barré-Sinoussi y L. Montagnier, encontró un candidato al que denominó lymphadenopathy-associated virus (virus asociado a la linfadenopatía, LAV).

En 1984 el equipo de R. Gallo, descubridor del HTLV, único retrovirus humano conocido hasta entonces, confirmó el descubrimiento, pero llamando al virus human T lymphotropic virus type III (virus linfotrópico T humano tipo III, con las siglas HTLV-III). Se produjo una subsecuente disputa sobre la prioridad en la que quedó claro que Gallo había descrito el virus sólo después de haber recibido muestras de los franceses. L. Montagnier y el equipo francés actuaron con moderación y dignidad, mientras que R. Gallo produjo uno de los espectáculos más lamentables de la ciencia moderna.

Como parte de la resolución del conflicto, el virus adquirió su denominación definitiva, Human Immunodeficiency Virus (HIV) que en castellano se expresa como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH).

En el mismo año, 1983, en que se identificó el virus, diversos equipos empezaron a trabajar en la secuencia de su genoma, publicada a principios de 1985, y comenzó también la caracterización de sus proteínas.

► **Transmisión**

Para que se dé la transmisión del virus debe encontrarse en una determinada concentración en distintos fluidos biológicos, siendo estos:

- » Sangre.
- » Semen.
- » Secreciones vaginales.
- » Leche materna.

También se encuentra presente, y en cantidad suficiente, en el líquido cefalorraquídeo, líquido amniótico, líquido pleural, sinovial, peritoneo y pericárdico.

► **Las tres principales formas de transmisión son:**

Sexual (Relaciones sexuales sin protección). La infección se produce por el contacto de secreciones infectadas con la mucosa genital, rectal u oral de la otra persona.

Parenteral (Por sangre). Es una forma de adquisición a través de jeringuillas contaminadas que se da por la utilización de drogas intravenosas o cuando los servicios de salud, como ha ocurrido a veces en países pobres, no usan las mejores medidas de higiene; también en personas, como hemofílicos, que han recibido una transfusión de sangre contaminada o productos contaminados derivados de la sangre; y en menor grado trabajadores de salud que estén expuestos a la infección en un accidente de trabajo como puede ocurrir si una herida entra en contacto con sangre contaminada; también durante la realización de piercings, tatuajes y escarificaciones con utensilios contaminados.

Vertical (De madre a hijo). El contagio puede ocurrir durante el embarazo, durante el parto, o al amamantar al bebé. De estas situaciones, el parto es la más problemática. Actualmente en países desarrollados la transmisión vertical del VIH está totalmente controlada (siempre que la madre sepa que es portadora del virus) ya que desde el inicio del embarazo (y en ciertos casos con anterioridad incluso) se le da a la embarazada un Tratamiento Anti-Retroviral de Gran Actividad (TARGA) especialmente indicado para estas situaciones, el parto se realiza por cesárea

generalmente, se suprime la producción de leche, y con ello la lactancia, e incluso se da tratamiento antiviral al recién nacido.

► **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.**

El sida (de sida, acrónimo de síndrome de inmunodeficiencia adquirida, del inglés AIDS), es una enfermedad que afecta a los humanos infectados por el VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana). Se dice que una persona padece de sida cuando su organismo, debido a la inmunodepresión provocada por el VIH, no es capaz de ofrecer una respuesta inmune adecuada contra las infecciones que aquejan a los seres humanos. Se dice que esta infección es incontrovertible.

Cabe destacar la diferencia entre estar infectado por el VIH y padecer de sida. Una persona infectada por el VIH es seropositiva, y pasa a desarrollar un cuadro de sida cuando su nivel de linfocitos T CD4 (que son el tipo de células a las que ataca el virus) desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre.

► **Símbolo internacional que representa la lucha contra el sida**

El sida consiste en la incapacidad del sistema inmunitario para hacer frente a las infecciones y otros procesos patológicos, y se desarrolla cuando el nivel de Linfocitos T CD4 desciende por debajo de 200 células por mililitro de sangre.



Normalmente, los glóbulos blancos y anticuerpos atacan y destruyen a cualquier organismo extraño que entra al cuerpo humano. Esta respuesta es coordinada por un tipo de células llamados linfocitos CD4. Desafortunadamente, el VIH ataca específicamente a las células que expresan el receptor CD4, una de las más importantes son los linfocitos T CD4+ y entra en ellos. Una vez dentro, el virus transforma su material genético de cadena simple (ARN) a uno de cadena doble (ADN) para incorporarlo al material genético propio del huésped (persona infectada) y lo utiliza para replicarse o hacer copias de sí mismo. Cuando las nuevas copias del virus salen de las células a la sangre, buscan a otras células para atacar. Mientras, las células de donde salieron mueren. Este ciclo se repite una y otra vez.

Para defenderse de esta producción de virus, el sistema inmune de una persona produce muchas células CD4 diariamente. Paulatinamente el número de células CD4 disminuye, por lo que la persona sufre de inmunodeficiencia, lo cual significa que la persona no puede defenderse de otros virus, bacterias, hongos y parásitos que causan enfermedades, lo que deja a la persona susceptible de sufrir enfermedades que una persona sana sería capaz de enfrentar, como la neumonía atípica y la meningitis atípica. Estas enfermedades son principalmente infecciones oportunistas.

Dado que el organismo posee mecanismos de control de crecimiento celular dependiente de células CD4, la destrucción progresiva de éstas células ocasionará que estos mecanismos no sean adecuadamente regulados, lo que origina en consecuencia la presencia de algunas neoplasias (cáncer) que no ocurrirían en personas «sanas». El VIH, además, es capaz de infectar células cerebrales, causando algunas afecciones neurológicas.

Como en los demás retrovirus, la información genética del virus está en forma de ARN, que contiene las «instrucciones» para la síntesis de proteínas estructurales, las cuales al unirse conformarán al nuevo virus (virión); es decir sus características hereditarias, que le son necesarias para replicarse. Habitualmente, en la naturaleza el ADN o ácido desoxirribonucleico es una fuente de material genético desde la que se producirá una copia simple de ARN, pero en el caso del VIH, éste logra invertir el sentido de la información, produciendo ADN a partir de su simple copia de ARN, operación que se denomina transcripción inversa, característica de los retrovirus. El virus inserta su información genética en el mecanismo de reproducción de la célula (núcleo celular), gracias a la acción de la transcriptasa reversa.

► Categorías clínicas

En la siguiente tabla se contemplan los diferentes estadios de la infección por VIH.

- » **Categoría A:** pacientes con infección primaria o asintomáticos.
- » **Categoría B:** pacientes que presentan o hayan presentado síntomas que no pertenecen a la categoría C, pero que están relacionados con la infección de VIH:
 - ⊗ Angiomatosis bacilar.
 - ⊗ Candidiasis vulvo-vaginal, o candidiasis oral resistente al tratamiento.
 - ⊗ Displasia de cérvix uterino o carcinoma de cérvix no invasivo.
 - ⊗ Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
 - ⊗ Fiebre menor a 38,5 °C o diarrea, de más de un mes de duración.
 - ⊗ Herpes zóster (más de un episodio, o un episodio con afección de más de un dermatoma).
 - ⊗ Leucoplasia oral vellosa.
 - ⊗ Neuropatía periférica.
 - ⊗ Púrpura trombocitopénica idiopática (PTI).

» **Categoría C:** pacientes que presentan o hayan presentado algunas complicaciones incluidas en la definición de sida de 1987 de la OMS:

» **Infecciones oportunistas:**

⚙ **Infecciones bacterianas:**

- ⚙ Septicemia por Salmonella recurrente (diferente a Salmonella typhi).
- ⚙ Tuberculosis.
- ⚙ Infección por el complejo Mycobacterium avium (MAI).
- ⚙ Infecciones por micobacterias atípicas.

⚙ **Infecciones víricas:**

- ⚙ Infección por citomegalovirus (retinitis o diseminada).
- ⚙ Infección por el virus del herpes simple (VHS tipos 1 y 2), puede ser crónica o en forma de bronquitis, neumonitis o esofagitis.

⚙ **Infecciones fúngicas:**

- ⚙ Aspergilosis.
- ⚙ Candidiasis, tanto diseminada como del esófago, tráquea o pulmones.
- ⚙ Coccidioidomicosis, extrapulmonar o diseminada.
- ⚙ Criptococcosis extrapulmonar.
- ⚙ Histoplasmosis, ya sea diseminada o extrapulmonar.

⚙ **Infecciones por protozoos:**

- ⚙ Neumonía por Pneumocystis jiroveci.
- ⚙ Toxoplasmosis neurológica.
- ⚙ Criptosporidiosis intestinal crónica.
- ⚙ Criptosporidiosis intestinal crónica.
- ⚙ Isosporiasis intestinal crónica.

» **Procesos cronificados:** bronquitis y neumonía.

» **Procesos asociados directamente con el VIH:**

- ⚙ Demencia relacionada con el VIH (encefalopatía por VIH).
- ⚙ Leucoencefalopatía multifocal progresiva.
- ⚙ Síndrome de desgaste o wasting syndrome.

» Procesos tumorales:

- ☼ Sarcoma de Kaposi.
- ☼ Linfoma de Burkitt.
- ☼ Otros linfomas no-Hodgkin, especialmente linfoma inmunoblástico, linfoma cerebral primario o linfoma de células B.
- ☼ Carcinoma invasivo de cérvix.

El VIH se multiplica, después de la fase aguda primaria de la infección, en los órganos linfoides, sobrecargándolos con un esfuerzo que termina por provocar una reducción severa de la producción de linfocitos. El debilitamiento de las defensas abre la puerta al desarrollo de infecciones oportunistas por bacterias, hongos, protistas y virus.

En muchos casos los microorganismos responsables están presentes desde antes, pero desarrollan una enfermedad sólo cuando dejan de ser contenidos por los mecanismos de inmunidad celular que el VIH destruye. Ninguna de estas enfermedades agrade sólo a los VIH positivos, pero algunas eran casi desconocidas antes de la epidemia de VIH y en muchos casos las variantes que acompañan o definen al sida son diferentes por su desarrollo o su epidemiología.

► Historia

La era del sida empezó oficialmente el 5 de junio de 1981, cuando el Center for Disease Control and Prevention (Centro para la prevención y control de enfermedades) de Estados Unidos convocó a una conferencia de prensa donde describió cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en Los Ángeles. Al mes siguiente se constataron varios casos de sarcoma de Kaposi, un tipo de cáncer de piel. Las primeras constataciones de estos casos fueron realizadas por el Dr. Michael Gottlieb de San Francisco.

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por *Pneumocystis carinii* como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4+. La mayoría de estos pacientes murieron en pocos meses.

► Virus de inmunodeficiencia humana.

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado, la prensa comenzó a llamar al sida «peste rosa», debido a esto se confundió, y se le atribuyó a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables, los receptores de transfusiones sanguíneas y las mujeres heterosexuales.

En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS).

Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del sida. La teoría con más apoyo planteaba que el sida era causado por un virus. La evidencia que apoyaba esta teoría era, básicamente, epidemiológica. En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con sida de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas.

Otras teorías sugieren que el sida surge a causa del excesivo uso de drogas y de la alta actividad sexual con diferentes parejas. También se planteó que la inoculación de semen en el recto durante el sexo anal combinado con el uso de inhalantes con nitrito (poppers) producía supresión del sistema inmune. Pocos especialistas tomaron en serio estas teorías, aunque algunas personas todavía las promueven y niegan que el sida sea producto de la infección del VIH.

La teoría más reconocida actualmente, sostiene que el VIH proviene de un virus llamado «virus de inmunodeficiencia en simios» (SIV, en inglés), el cual es idéntico al VIH y causa síntomas similares al sida en otros primates.

En 1984, dos científicos, el Dr. Robert Gallo en los Estados Unidos y el profesor Luc Montagnier en Francia, aislaron de manera independiente el virus que causaba el sida. Luego de una disputa prolongada, accedieron a compartir el crédito por el descubrimiento. En 1986 el virus fue denominado VIH (virus de inmunodeficiencia humana). El descubrimiento del virus permitió el desarrollo de un anticuerpo, el cual se comenzó a utilizar para identificar dentro de los grupos de riesgo a los infectados. También permitió empezar investigaciones sobre posibles tratamientos y una vacuna.

En esos tiempos las víctimas del sida eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que tenían sida no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños; éste fue el caso del joven estadounidense Ryan White. La gente temía acercarse a los infectados ya que pensaban que el VIH podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado.

El sida pudo expandirse rápidamente al concentrarse la atención sólo en los homosexuales, esto contribuyó a que la enfermedad se extendiera sin control entre heterosexuales, particularmente en África, el Caribe y luego en Asia.

Gracias a la disponibilidad de tratamiento antirretrovirales, las personas con VIH pueden llevar una vida normal, la correspondiente a una enfermedad crónica, sin las infecciones oportunistas características del sida no tratado. Los antirretrovirales están disponibles mayormente en los países desarrollados. Su disponibilidad en los países en desarrollo está creciendo, sobre todo en América Latina; pero en África, Asia y Europa Oriental muchas personas todavía no tienen acceso a esos medicamentos, por lo cual desarrollan las infecciones oportunistas y mueren algunos años después de la seroconversión.

En el pasado también se transmitió el sida a través de transfusiones de sangre y el uso de productos derivados de ésta para el tratamiento de la hemofilia o por el uso compartido de material médico sin esterilizar; sin embargo, hoy en día esto ocurre muy raramente, salvo lo último en regiones pobres, debido a los controles realizados sobre estos productos.

► **No todos los pacientes infectados con el virus VIH tienen sida.**

El criterio para diagnosticar el sida puede variar de región en región, pero el diagnóstico típicamente requiere:

- » Un recuento absoluto de las células T CD4 menor a 200 por milímetro cúbico y más de 100,000 copias del virus.
- » La presencia de alguna de las infecciones oportunistas típicas, causadas por agentes incapaces de producir enfermedad en personas sanas.

La persona infectada por el VIH es denominada «seropositiva» o «VIH positivo» (VIH+) y a los no infectados se les llama «seronegativos» o «VIH negativo» (VIH-). La mayoría de las personas seropositivas no saben que lo son.

La infección primaria por VIH es llamada «seroconversión» y puede ser acompañada por una serie de síntomas inespecíficos, parecidos a los de una gripe, por ejemplo, fiebre, dolores musculares y articulares, dolor de garganta y ganglios linfáticos inflamados. En esta etapa el infectado es más transmisor que en cualquier otra etapa de la enfermedad, ya que la cantidad de virus en su organismo es la más alta que alcanzará.

Esto se debe a que todavía no se desarrolla por completo la respuesta inmunológica del huésped. No todos los recién infectados con VIH padecen de estos síntomas y finalmente todos los individuos se vuelven asintomáticos.

Durante la etapa asintomática, cada día se producen varios miles de millones de virus VIH, lo cual se acompaña de una disminución de las células T CD4+. El virus no sólo se encuentra en la sangre, sino en todo el cuerpo, particularmente en los ganglios linfáticos, el cerebro y las secreciones genitales.

El tiempo que demora el diagnóstico de sida desde la infección inicial del virus VIH es variable. Algunos pacientes desarrollan algún síntoma de inmunosupresión muy pocos meses después de haber sido infectados, mientras que otros se mantienen asintomáticos hasta 20 años.

La razón por la que algunos pacientes no desarrollan la enfermedad y por qué hay tanta variabilidad interpersonal en el avance de la enfermedad, todavía es objeto de estudio. El tiempo promedio entre la infección inicial y el desarrollo del sida varía entre ocho a diez años en ausencia de tratamiento.

► Estado actual

La epidemia del VIH ha cambiado al mundo.

En los países más afectados, el VIH ha reducido la expectativa de vida en más de 20 años, ralentizó el crecimiento económico y profundizó la pobreza de los hogares. En África subsahariana sola, la epidemia ha dejado huérfanos¹⁰³ a casi 12 millones de niños menores de 18 años. El VIH ha sesgado drásticamente la distribución etaria natural en muchas poblaciones nacionales de África subsahariana, lo que potencialmente plantea peligrosas consecuencias para la transferencia de conocimiento y valores de una generación a la siguiente. En Asia, donde las tasas de infección son mucho más bajas que en África, el VIH genera una pérdida de la productividad mayor que cualquier otra enfermedad; y probablemente empuje a otros 6 millones de hogares a la pobreza para el año 2015, a menos que se intensifiquen las respuestas nacionales (Comisión sobre sida en Asia, 2008).

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el VIH ha infligido el “mayor revés individual en el desarrollo humano” de la historia moderna (PNUD, 2005).

Al mismo tiempo, la epidemia ha elevado la conciencia mundial sobre las disparidades en materia de sanidad y catalizó una acción sin precedentes para hacer frente a algunos de los obstáculos más graves al desarrollo en el mundo.

Ninguna enfermedad en la historia ha impulsado una movilización comparable de recursos políticos, financieros y humanos, y ningún desafío al desarrollo ha originado un nivel tan sólido de liderazgo y pertenencia por parte de las comunidades y los países más gravemente afectados. En gran parte debido al impacto del VIH, las personas de todo el mundo se han vuelto menos dispuestas a tolerar las desigualdades en la situación sanitaria y económica que por mucho tiempo no se han abordado.

En el 2000, líderes mundiales adoptaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio que reflejaban la decisión reciente de construir un mundo más seguro, más sano y más equitativo.

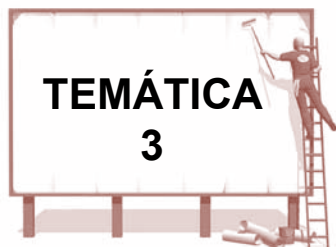
El Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 estipula que, para 2015, el mundo habrá detenido la epidemia mundial de VIH y comenzado a invertir su curso. Al hacer de la respuesta al VIH una de las prioridades internacionales dominantes para el siglo XXI, los líderes mundiales reconocieron la centralidad de la respuesta al VIH para la salud y el bienestar futuros de nuestro planeta cada vez más interconectado.

En un primer Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el VIH/sida, los Estados Miembros de las Naciones Unidas fortalecieron la respuesta al Objetivo de Desarrollo del Milenio 6 al refrendar unánimemente la Declaración de compromiso sobre VIH/sida.

103.- Contrario al uso tradicional, el ONUSIDA usa la palabra “huérfano” para describir a un niño que ha perdido a uno de sus padres o a ambos; la organización usa las frases “huérfano materno”, “huérfano paterno”, o “huérfano doble” para describir a un niño que ha perdido a la madre, el padre o a ambos padres, respectivamente.

Esta Declaración incluía promesas con plazos definidos para generar acción medible y progreso concreto en la respuesta al sida. En la revisión realizada después de cinco años, en 2006, de la ejecución de la Declaración de compromiso, los Estados Miembros ratificaron las promesas hechas en el Periodo extraordinario de 2001. Asimismo, más adelante, en la Declaración política sobre VIH/sida, se comprometieron a tomar medidas extraordinarias para avanzar, para 2010, hacia el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

Este informe sobre la epidemia mundial de sida surge a mitad de camino entre la Declaración de compromiso del UNGASS de 2001 y la meta para 2015 del Objetivo de Desarrollo del Milenio 6, y tan sólo dos años antes del plazo acordado para la meta de acceso universal. Esta coyuntura brinda una oportunidad de evaluar la respuesta al VIH y de entender qué debe hacerse para asegurar que las naciones estén en camino de cumplir los compromisos que han asumido en relación al VIH.¹⁰⁴



EPIDEMIOLOGÍA DEL VIH Y SIDA EN EL SALVADOR Y EN EL MUNDO

El VIH continúa siendo un problema de salud mundial de una magnitud sin precedentes. Desconocido 30 años atrás, el VIH ya ha provocado un estimado de 25 millones de fallecimientos en todo el mundo y ha generado profundos cambios demográficos en los países más afectados.

Los datos epidemiológicos internacionales más recientes son portadores de algunas buenas noticias. En algunos países de Asia, América Latina y África subsahariana, el número anual de nuevas infecciones producidas por el VIH se encuentra en disminución.

También ha disminuido la tasa estimada de fallecimientos por sida, en parte como resultado del éxito alcanzado en la ampliación del acceso a los medicamentos antirretrovíricos en lugares de recursos limitados. Aun así, estas tendencias favorables no se manifiestan de manera uniforme ni dentro de las regiones ni entre ellas, lo que subraya la necesidad de un avance integral en la puesta en práctica de políticas y programas eficaces.

A escala mundial, la epidemia de VIH se ha estabilizado, pero los niveles de nuevas infecciones y de fallecimientos por sida son inaceptablemente altos:

- » Se estima que, en todo el mundo, 33 millones [30,3 millones–36,1 millones] de personas vivían con el VIH en 2007.
- » El número anual de nuevas infecciones por el VIH disminuyó de 3,0 millones [2,6 millones– 3,5 millones] en 2001 a 2,7 millones [2,2 millones–3,2 millones] en 2007.
- » En total, 2,0 millones [1,8 millones–2,3 millones] de personas fallecieron a causa del sida en 2007, mientras que las estimaciones para 2001 fueron de 1,7 millones [1,5 millones–2,3 millones].
- » Mientras que el porcentaje de personas que viven con el VIH se ha estabilizado a partir de 2000, el número total de personas que viven con el VIH ha ido aumentando de manera uniforme debido a las nuevas infecciones que ocurren cada año, a los tratamientos que prolongan la vida y a que las nuevas infecciones.
- » Aún superan en número a los fallecimientos provocados por el sida.
- » África meridional continúa soportando una parte desproporcionada de la carga mundial de VIH: En 2007, el 35% de las infecciones por el VIH y el 38% de los fallecimientos por sida se produjeron en esa subregión.

- » En conjunto, África subsahariana alberga al 67% de todas las personas que viven con el VIH.
- » Las mujeres representan la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo, y más del 60% de las infecciones por el VIH en África subsahariana. Durante los últimos 10 años, la proporción de mujeres entre personas que viven con el VIH ha permanecido estable a nivel mundial, pero ha crecido en muchas regiones.
- » Los jóvenes entre 15 y 24 años representan el 45% estimado de las nuevas infecciones por el VIH en todo el mundo.
- » Se estima que, en 2007, 370 000 [330 000– 410 000] niños menores de 15 años se infectaron con el VIH.
- » A nivel mundial, el número de niños menores de 15 años que viven con el VIH aumentó de 1,6 millones [1,4 millones–2,1 millones] en 2001 a 2,0 millones [1,9 millones–2,3 millones] en 2007. Casi el 90% vive en África subsahariana.¹⁰⁵

Por otra parte datos de ONUSIDA, se estima que el 0.7%¹⁰⁶ del total de la población adulta de El Salvador está infectada con el VIH, y que la epidemia se clasifica como de baja prevalencia [prevalencia de VIH en mujeres embarazadas menor de 1% y al mismo tiempo, concentrada en grupos en condiciones de mayor vulnerabilidad tales como HSH (prevalencia de VIH de 17.7%)¹⁰⁷ y TCS (prevalencia de VIH de 3.6%).¹⁰⁸

A pesar de la baja prevalencia, características específicas de la epidemia hacen necesario el accionar de manera urgente e inmediata, para evitar que el país sea campo fértil para la transmisión del VIH a la población general. Ante esta afirmación, se puede agregar que datos de Tailandia sugieren que toma menos de cuatro años para que la epidemia se traslade de los grupos considerados en riesgo a la población en general.¹⁰⁹

Desde que se diagnosticó el primer caso en El Salvador en 1984, hasta abril de 2008, 20,688 casos de VIH –sida, el 60 % (13,057) clasificados como VIH y un 40 % sida. Estas personas son las que han sido notificadas por el sistema de vigilancia epidemiológica, el cual adolece de sub-notificación¹¹⁰. Según estimaciones del MSPAS, El 85 % (4,325) se han reportado en el grupo de 15 a 24 a años de edad. Cada día se reporta un nuevo caso en este grupo de edad.

105.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008. Informe sobre la epidemia mundial de sida. 2008. Capítulo 2

106.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH-SIDA-ONUSIDA. 2004. "Informe Sobre la Epidemia Mundial de SIDA. Cuarto Informe Mundial". Ginebra, Suiza. 2004.

107.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Estudio Multicéntrico de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en HSH. El Salvador". 2003.

108.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Estudio Multicéntrico de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en TCS. El Salvador" .2003.

109.- 20 years of learning from HIV/AIDS". Reino Unido, 2003.

110.- Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. " La lucha contra el SIDA. Un compromiso de Nación". Mayo 2007.

Seis de cada 10 casos son reportados en hombres, para una razón hombre mujer que 1.7 El 85 % se concentra en el grupo de edad de 15 a 49 años de edad, población sexualmente activa y principal fuerza de trabajo.¹¹¹

En El Salvador el VIH se transmite en su mayoría por relaciones sexuales. De acuerdo a los datos de Vigilancia epidemiológica, es por relaciones heterosexuales “desprotegidas” alcanzando esta forma de transmisión el 91.5% del total acumulado de casos.

Le siguen en rango las relaciones homosexuales con 5% y las relaciones bisexuales con 3.5%. De acuerdo a los datos del MSPAS, se considera muy probable que en el grupo heterosexual se incluyan homosexuales y bisexuales quienes al momento de la toma de datos no revelan su orientación sexual dada la estigmatización y/o discriminación social que existe hacia ellos/ellas. Por otra parte, la transmisión vertical (TV) de Madre a Hijo/a es de un 15%¹¹².

En el ámbito nacional, los conocimientos sobre VIH-sida de la población en general, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002/03, plantea que el conocimiento sobre las tres formas de prevención de la transmisión sexual del VIH (abstinencia, fidelidad y uso de condón) alcanza el 60.2% en mujeres de 15-49 años y 46.3% en hombres de 15-59 años. La negación de los dos conceptos erróneos más comunes sobre la transmisión del VIH (por picada de zancudos y uso de cubiertos utilizados por persona infectada) y la afirmación de que una persona que se ve sana puede transmitir el VIH, alcanzó 19.3% en mujeres de 15-49 años y 17.8% en hombres de 15-59 años¹¹³.

Así mismo de acuerdo a datos de la FESAL 2002/03 en relación al uso de condón en la última relación sexual, el 20.3% de los hombres y solamente el 5.6% de las mujeres respondió positivamente, lo que refleja el limitado control que las mujeres tienen al momento de negociar el uso del condón en las relaciones sexuales. Otra problemática asociada al VIH-sida es la tuberculosis, que según datos obtenidos del estudio realizado por el MSPAS en el año 2002 reflejan la alta relación de la coinfección VIH-sida-TB mostrando que el 42% de los pacientes que murieron por TB en un período de tres años eran PVS, de ellos 74% fueron hombres y 26% mujeres¹¹⁴.

Las tasas de incidencia de la ITS siguen siendo altas en la mayor parte del mundo, a pesar de los avances de diagnóstico y terapéuticos que pueden rápidamente hacer a pacientes con muchas ITS no contagiosas y curar a la mayoría. En muchas culturas, las costumbres sexuales cambiantes y el uso del anticonceptivo oral han eliminado las restricciones sexuales tradicionales, especialmente para las mujeres, y tanto los médicos como los pacientes tienen dificultades al tratar abiertamente los problemas sexuales.

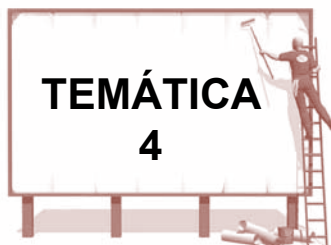
111.- Situación del VIH SIDA en El Salvador. Abril de 2008. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. MSPAS 2008.

112.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. “Situación Epidemiológica del VIH-SIDA en El Salvador 1984-2008. El Salvador. 2008.

113.- Asociación Demográfica Salvadoreña. “Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03”. El Salvador. 2004.

114.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-USAID/CDC. “Factores de Riesgo de la Mortalidad en Pacientes con Coinfección TB/VIH en El Salvador”. El Salvador. 2002.

Adicionalmente, la difusión mundial de bacterias drogorresistentes (ej., gonococos resistentes a la penicilina) refleja el uso erróneo de antibióticos y la extensión de copias resistentes en las poblaciones móviles.



ASPECTOS FÍSICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES RELACIONADOS CON LAS PERSONAS CON VIH O SIDA.

CALIDAD DE VIDA:

La OMS define la calidad de vida como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. La calidad de vida relacionada con la salud define el impacto de la enfermedad sobre la vida y el bienestar del individuo y mantiene una relación directa con las dimensiones física, psicológica y social de la salud.¹¹⁵

La infección por el VIH origina un deterioro de las funciones físicas, psíquicas y sociales. Esto hace que la calidad de vida relacionada con la salud sea un aspecto fundamental para cuidar y trabajar desde las instituciones públicas, con una aproximación global, integral y multidisciplinar¹¹⁶, ya que no sólo se trata de combatir la enfermedad sino de promover el bienestar de las personas¹¹⁷.

1.- Aspectos físicos

La Terapia Anti - Retroviral (TAR) ha supuesto el mayor avance de los últimos tiempos en el manejo de la infección por VIH, pero también la aparición de diversos efectos secundarios, siendo uno de los más importantes por su impacto físico y psicológico la lipodistrofia, especialmente las alteraciones morfológicas.

El desconocimiento de las bases patogénicas implicadas en estos cambios de la grasa corporal hace que sea difícil por el momento encontrar un tratamiento único y eficaz que evite o mejore los repartos anómalos de la grasa.

115.- WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). Position Paper from the World Health Organization. Soc Sci Med 1995;41(10):1403-1409.

116.- 3 Olry de Labry A. Estado clínico y psicosocial de reclusos VIH positivos en tratamiento con antirretrovirales. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Granada, 2006.

117.- Schwartzmann, L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. Ciencia y enfermería IX (2): 9-21, 2003.

Sin embargo, a pesar de los pasos de gigante que se han dado desde 1998, año en que se empezaron a describir los primeros cuadros de cambios físicos en los pacientes con infección por VIH y en tratamiento TAR, todavía no hemos encontrado una solución definitiva que evite la presencia de cambios físicos.

Así mismo, y debido a los efectos claros sobre la adherencia al tratamiento que suponen los cambios físicos visibles en los pacientes, el planteamiento de cambios en la actitud terapéutica y el encontrar fármacos con menor efecto sobre la lipodistrofia se ha convertido en una única línea de trabajo encaminada a un mayor bienestar del paciente, manteniendo su calidad de vida sin renunciar a una eficacia virológica e inmunológica.

La forma más llamativa de las alteraciones morfológicas -para el enfermo, para su entorno familiar, social y laboral y para los propios cuidadores del sistema de salud- es la pérdida de la grasa subcutánea (lipoatrofia) que suele afectar a la cara (lipoatrofia facial o LAF), a los brazos, a la región glútea y a las piernas, bien como forma única de expresión o combinada con diferentes grados de acumulación grasa (lipohipertrofia o lipoacumulación) en diversas partes de la anatomía: la región cervicodorsal, las mamas y el abdomen. El resultado final es un cambio indeseable de la imagen corporal del paciente.¹¹⁸

La infección por VIH tiene una gran repercusión en todo el proceso reproductivo, ya que afecta desde el momento de la concepción, por el riesgo de transmisión sexual, hasta el niño expuesto a antirretrovirales o infectado.

Una correcta identificación de la mujer infectada puede evitar la transmisión materno-fetal. Por ello es absolutamente necesario asesorar a las mujeres con deseo de concebir, protegerlas durante el embarazo y evitar que nazcan niños infectados por VIH.

En general, se acepta que en condiciones de estabilidad microbiológica e inmunológica de la infección, con buen seguimiento clínico y buen cumplimiento del tratamiento, las pacientes infectadas por el VIH deben recibir consejo individualizado, como cualquier otra gestante portadora de una patología crónica severa. En los últimos años, varias autoridades sanitarias y sociedades científicas han pasado de prohibir, o no recomendar, las técnicas de reproducción asistida en las parejas en las que la mujer está infectada a una política mucho más permisiva^{119, 120, 121}.

118.- Polo R, Gonzalez-Muñoz M, Muñoz-Sanz A et al. Prevalence of body fat redistribution and factors associated to it in human immune deficiency virus-infected patients: a Spanish multicenter study. *Nut Met Dis in HIV Infection* 2002;1(1):15-24.

119.- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Ethics. Committee Opinion. Human immunodeficiency virus: ethical guidelines for obstetricians and gynecologists. *Obstet Gynecol* 2001; 97(Suppl),1-6.

120.- American Society for Reproductive Medicine Ethics Committee. Human immunodeficiency virus and infertility treatment. *Fertil Steril* 2002; 77:218-22.

121.- Sauer M. Providing fertility care to those with HIV: time to re-examine healthcare policy. *Am J Bioeth* 2003; 3:33-40.

2.- Aspectos psicológicos

A pesar de los excelentes resultados de las nuevas terapias farmacológicas en el tratamiento de la infección por VIH, existen diferentes trastornos asociados al VIH/sida que alteran en gran medida la calidad de vida y la salud psíquica y emocional de las personas afectadas. Las alternaciones psicológicas como la ansiedad, la depresión y el estrés son muy frecuentes en las personas con VIH¹²², debido a los factores emocionales o eventos estresantes a los que suelen estar expuestas, como el impacto emocional que puede provocar el diagnóstico de la infección, las expectativas frente a los controles médicos, la discriminación y estigmatización que todavía caracterizan a la infección, las manifestaciones clínicas, los efectos secundarios de algunos medicamentos antirretrovirales, etc.

Estos trastornos psicológicos pueden tener repercusiones sobre la propia evolución de la enfermedad, por la falta de adherencia al tratamiento o por el efecto sobre el sistema inmunológico^{123, 124}. *Además, diversos estudios muestran que los pacientes mejor adaptados psicológicamente toleran mejor el tratamiento ARV, presentan mejores tasas de adhesión al tratamiento e informan de un mayor bienestar subjetivo*^{125, 126}.

Dadas las importantes repercusiones que los trastornos del estado del ánimo y la ansiedad tienen sobre la calidad de vida de las personas con VIH¹²⁷, es importante integrar el cuidado de la salud mental en los programas para estos pacientes.

Otro aspecto importante a tener en cuenta en los pacientes con infección por VIH son las frecuentes dificultades en la esfera de la sexualidad, producidas, entre otros motivos, por la angustia derivada del diagnóstico, los efectos secundarios de los tratamientos, el miedo al rechazo y al abandono, el sentimiento de culpa o el temor a transmitir el virus o reinfectarse.

Entre los trastornos sexuales más frecuentes que pueden sufrir se encuentran la disminución o ausencia del deseo sexual, tanto en hombres como en mujeres, y los problemas de erección en hombres^{128, 129, 130} que suelen tener un impacto significativo en la calidad de vida, ya que dificultan la capacidad para disfrutar y participar en una relación sexual deseada.

122.- Miguel L. Evaluación de la calidad de vida en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona, 2001.

123.- Martín I, Cano R, Pérez P, Aguayo M, Cuesta F, Rodríguez P, Pujol E. Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Anales de Medicina Interna* 2002; 19 (8): 396-404.

124.- Remor E, Penedo FJ, Shen BJ, Schneiderman N. Perceived stress is associated with CD4-cell decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain. *AIDS Care*, February 2007; 19(2): 215-219.

125.- Remor, E. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.

126.- Remor, E. (2002b). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30, 143-149.

127.- Ruiz I, Oly de Labry A, Delgado CJ, Muñoz N, Pasquau J, Rodríguez J, López MA, Del Arco A, Causse M, Martín P, Martínez J, De la Torre J, Prada JL, Morales L et al. Impacto del apoyo social y morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales. *Psicothema*. Universidad de Oviedo. 2005. Vol. 17, nº 002, pp. 245-249.

128.- Amy E, Colson, Sax PE. Sexual Dysfunction and HIV Infection. *AIDS Clinical Care*, May 1, 2000 (501): 1-1

129.- Goldmeier D, Kocsis A, Wasserman M. Sexual dysfunction in women with HIV. *Sex Transm Inf* 2005; 81(4): 284.

130.- Kaiser DR, Billups K, Mason C, et al. Impaired Brachial Artery Endothelium-Dependent and Independent Vasodilation in Men With Erectile Dysfunction and No Other Clinical Cardiovascular Disease. *JACC*. 2004:179-84.

A pesar de que las quejas sobre los problemas relacionados con la sexualidad son frecuentes, es un aspecto al que no se le ha prestado suficiente atención, y se ha infravalorado tanto en los estudios como en las consultas. Muchas personas encuentran difícil hablar con su médico sobre cómo viven su sexualidad, por lo que la detección en la consulta de este tipo de trastornos resulta compleja.

Además, generalmente involucran tanto factores médicos como psicológicos, por lo que es necesario un abordaje multidisciplinario.

Los profesionales médicos deberán procurar espacios favorables al diálogo sobre sexualidad y salud sexual, con el objetivo no sólo de informar sobre las formas de prevención, sino abordar los distintos problemas sexuales que puedan surgir y ayudar a las personas con VIH a conseguir una vida sexual saludable y placentera.

La respuesta sexual no solamente compromete múltiples estructuras orgánicas, sino que depende de las vivencias personales, la autoestima, los sentimientos, la interacción entre las parejas y sus propias problemáticas, además del contexto físico y psicológico. Está demostrado que los pacientes que reciben apoyo psicológico experimentan bienestar emocional y mejoran su respuesta y su nivel de satisfacción sexual.

3.- Aspectos sociales

Las problemáticas sociales se refieren, entre otras¹³¹, a la falta de recursos económicos, la precariedad laboral o el desempleo, las conductas delictivas, las drogodependencias, la precariedad residencial o la falta de alojamiento, la precariedad o la falta de redes familiares y sociales, la educación incompleta y la ausencia de habilidades sociales o personales.

Para el curso de la infección por VIH es de vital importancia abordar las condiciones sociales de vida de las personas que la padecen¹³², ya que afectan directamente sobre su salud, su adherencia al tratamiento, la prevención de la transmisión tanto en personas con VIH como en población general y la evolución de la enfermedad.

La situación social de las personas con VIH es una variable difícil de medir, ya que no disponemos de datos suficientes que nos den una visión del panorama al que nos enfrentamos. No obstante, el hecho de que una proporción importante de los infectados por VIH en España sean personas que se inyectaron o se inyectan drogas¹³³ nos permite suponer que con frecuencia la toxicomanía se va a ver acompañada de otras problemáticas sociales severas.

131.- Estrategia de VIH/SIDA en las Illes Balears. Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut i Consum. 2006.

132.- Dray-Spira R, Lert F. Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of HAART. AIDS 2003;17(3):283-90.

133.- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida / Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Informe semestral nº 2, año

Dado que la realidad entre las personas con VIH es heterogénea, las estrategias de intervención han de ser también diversas y adaptarse a la situación particular de cada persona, abordando de manera integral las necesidades que cada cual presenta.

A grandes rasgos podemos diferenciar tres tipos de estrategias de intervención según el grado de evolución de la infección y el soporte tanto personal como social con el que cuentan las personas con VIH^{134, 135}. *Todas las estrategias pueden combinarse y darse en diferentes tipos de situaciones:*

- » **Inserción laboral** y en algunos casos, apoyo psico-social, para todas aquellas personas con VIH que mantienen un nivel óptimo de calidad de vida tanto a nivel sanitario, a nivel de redes y apoyos sociales y a nivel de habilidades personales (Nivel de integración social).
- » **Orientación y formación en habilidades para el empleo**, y/o habilidades sociales, inserción laboral o inserción ocupacional y apoyo psico-social, para aquellas personas que se encuentran en un estado de vulnerabilidad en su situación sanitaria, social y personal (Nivel de vulnerabilidad).
- » **Estrategias más orientadas al apoyo psico-social y personal**, con intervenciones tanto paliativas como de reconstrucción personal, para todas aquellas personas que tienen un nivel importante de deterioro tanto a nivel sanitario como personal y social (Nivel de exclusión social).

El apoyo psico-social incluye todo tipo de estrategias orientadas a cubrir necesidades de alojamiento, apoyo para una vida lo más autónoma posible en el propio domicilio, recursos económicos, habilidades, capacidades, redes sociales, autoestima, autoconcepto, adicciones, problemas jurídicos, problemas de salud mental... desde los recursos sanitarios y de salud mental, los grupos de autoapoyo, los servicios sociales, las ONGs, las empresas y sindicatos, y los servicios de atención jurídica.

En los niveles de vulnerabilidad y exclusión social es importante el apoyo a las familias ya que, normalmente, nadie puede enfrentarse al VIH solo. Los amigos y la familia son a menudo el primer recurso de apoyo emocional y práctico de las personas, pero no todas las personas con VIH disponen de este apoyo, ya que las relaciones con éstos se han deteriorado, o antes del diagnóstico del VIH o después.

En los casos en los que se dispone de apoyo familiar es necesario, por un lado, el aprendizaje de habilidades para el cuidado por parte tanto de los cuidadores como de la persona con VIH y por otro, “cuidar al cuidador” mediante apoyo psicológico, con vistas a aliviar la carga y la tensión que pueda generar una situación prolongada de cuidado.

134.- García Roca, Joaquín. *Contra la exclusión: responsabilidad pública e iniciativa social*. Presencial Social. Santander 1995.

135.- Plan de acción anti VIH/SIDA en Galicia 2003-2006. Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie a. Nº16. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade. Dirección Xeral de Saúde Pública.

En las tres estrategias propuestas, la guía ha de ser la normalización social y la eliminación del estigma y la discriminación relacionados con el VIH. Así mismo, la intervención ha de realizarse prioritariamente respetando el principio de normalización, es decir, desde los recursos sociales normalizados, siempre en coordinación con los servicios de atención en salud y de salud mental y en beneficio de una atención integral, autodeterminada, voluntaria, coparticipada, corresponsable y, cuando así proceda, en el propio entorno de las personas con VIH.

En el caso de las personas con VIH, además de los motivos humanitarios, para un adecuado cumplimiento terapéutico antirretroviral es muy necesario que las necesidades básicas estén cubiertas.

Además de las estrategias dirigidas a las personas con VIH es importante sensibilizar a la población general, informándola y formándola de la realidad del VIH y de los derechos de los afectados para evitar situaciones de estigma y discriminación que repercutan en su integración social y laboral.

Las intervenciones han de estar dirigidas a todos los agentes sociales implicados en la vida cotidiana de las personas con VIH: Instituciones sanitarias, Instituciones sociales, Instituciones militares, Instituciones mediáticas y sindicatos-empresarios¹³⁶.

Es responsabilidad de las instituciones tanto públicas como privadas suprimir todas las barreras que impidan una normalización de la vida cotidiana y una inserción social plena de las personas con VIH. Asimismo, las instituciones educativas y los medios de comunicación cumplen un papel fundamental en la transmisión de una imagen social del VIH acorde con lo que las evidencias científicas nos muestran.

Se pueden mencionar algunas estrategias para mantener la calidad de vida de las personas con VIH.

- » Garantizar una red coordinada de servicios y prestaciones, tanto públicas como privadas, que proporcionen una asistencia bio-psico-social integral de calidad a las personas con VIH.
- » Elaborar y difundir la información sobre los avances en el tratamiento de las alteraciones en el reparto de la grasa en las personas infectadas por VIH y las diferentes técnicas de tratamiento de dichas alteraciones.
- » Mantener los grupos de expertos sobre reproducción asistida en parejas serodiscordantes para elaborar y difundir los avances en reproducción.
- » Integrar el cuidado de la salud mental en los programas de prevención y tratamiento de las personas con VIH/sida.
- » Contribuir a que las personas con VIH alcancen una vida sexual saludable y placentera, promoviendo estudios y programas que aborden de manera integral la vivencia de su sexualidad.
- » Garantizar el cumplimiento de la legislación laboral existente y la sensibilización/formación tanto de las organizaciones públicas y privadas para una adecuada integración laboral de las personas con VIH con participación de los afectados.

- » Promover y apoyar medidas de formación e inserción laboral para aquellas personas con VIH que presentan dificultades en su itinerario laboral.
- » Promover el apoyo y atención psicológica para las personas afectadas por el VIH que lo necesiten.
- » Fomentar la investigación en aspectos sociales del VIH.¹³⁷

4.- Estigma, discriminación y la importancia de su eliminación

El **estigma** en relación con el VIH se define como: "... un "proceso de desvalorización" de las personas que viven o están asociadas con el VIH y el sida" (ONUSIDA, 2003).

La **discriminación** se refiere a las acciones que se realizan por motivos del estigma. La discriminación relacionada con el VIH se desprende del estigma y se refiere al tratamiento injusto y malintencionado de una persona a causa de su condición real o percibida en relación con el VIH (ONUSIDA, 2003).

La discriminación hacia las personas que viven con el VIH y hacia quienes se piensa que viven con el VIH se produce en familias y otras redes sociales y, por lo general, no está institucionalizada. Los ejemplos de discriminación institucionalizada incluirían leyes, políticas y procedimientos oficiales orientados negativamente a las personas que viven con el VIH o a grupos que se piensa que viven con el VIH, así como también la discriminación en el lugar de trabajo o en ámbitos de atención sanitaria.

La omisión también puede ser una forma de discriminación en los casos en que se desatienden o minimizan las necesidades y los intereses de las personas que viven con el VIH o las poblaciones estigmatizadas.

La discriminación es una violación de los derechos humanos y está prohibida por las leyes internacionales sobre derechos humanos. La Comisión de Derechos Humanos, actualmente el Consejo de Derechos Humanos, ha declarado que la discriminación por motivos de "otras condiciones" incluye el estado de salud y, en consecuencia, el VIH.¹³⁸

Las actitudes de estigmatización hacia el VIH y los más expuestos a la infección provienen de dos fuentes principales. La primera es el temor al contagio, que ha sido una fuente de estigma relacionado con las enfermedades en todos los tiempos. La segunda son las suposiciones negativas relacionadas con los valores acerca de las personas que viven con el VIH las que, a su vez, fomentan los prejuicios y la discriminación.

137.- PLAN MULTISECTORIAL FRENTE A LA INFECCIÓN POR VIH Y EL SIDA. ESPAÑA 2008-2015

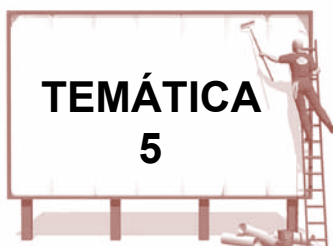
138.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008. Informe sobre la epidemia mundial de sida. 2008. Capítulo 3, Pág. 76.

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH debilitan las medidas de prevención del virus porque desalientan a las personas de realizarse pruebas); de buscar información acerca de cómo protegerse de la infección y, en ciertos casos, de usar preservativos por temor a que se les identifique con la enfermedad o con poblaciones marginadas que están más afectadas.

El temor al estigma y la discriminación también disminuye las probabilidades de que las personas con el VIH busquen atención y tratamiento, lo cumplan y revelen su estado serológico respecto del VIH a sus parejas sexuales. En algunos casos, los familiares, los cuidadores y los hijos de las personas con el VIH también están sujetos a discriminación y vergüenza.

Demasiado a menudo, el propio sistema sanitario (incluidos médicos, enfermeras y personal responsable de la atención y el tratamiento de personas con VIH) es el primer factor generador de estigma y discriminación relacionados con el VIH.¹³⁹

Debido a que el estigma y la discriminación presentan muchas facetas, los programas que abordan estas cuestiones deben operar en distintos niveles (individual, familiar, comunitario, organizacional, institucional, gubernamental y jurídico) y recurrir a una serie de enfoques para abarcar a muchos grupos diferentes. Los programas que producen resultados suelen incluir los siguientes componentes: facultación de las personas con VIH, educación acerca del VIH y actividades que alientan la interacción de las personas con VIH y de públicos clave, entre ellos, los responsables de formular políticas y personalidades destacadas (ONUSIDA 2008)¹⁴⁰.



APLICACIÓN DE ACCIONES DE PREVENCIÓN EN VIH Y SIDA Y DE SOLIDARIDAD HACIA LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH EN LA FUERZA ARMADA.

Impacto del VIH en las fuerzas militares nacionales y la seguridad mundial

En un importante encuentro celebrado en 2000, el sida se convirtió en la primera cuestión de salud que alguna vez haya tratado el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que posteriormente promulgó una serie de resoluciones en las que reconocía los aspectos relacionados con la seguridad mundial de la epidemia. Son varias las formas en que la epidemia podrá afectar la seguridad mundial, por ejemplo, al provocar la desestructuración de un Estado o debilitar las fuerzas militares nacionales, con lo que alentaría las acciones agresivas por parte de un país vecino o debilitaría la preparación nacional para aportar tropas a las Misiones Internacionales de mantenimiento de la paz.

139.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008. Informe sobre la epidemia mundial de sida. 2008. Capítulo 3, Pág. 77.

140.- ONUSIDA (2008). Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes, A resource for national stakeholders in the HIV response. Ginebra.

Son escasas las pruebas existentes que sugieran que es probable que el VIH provoque la desestructuración de un Estado. Sin embargo, muchas fuerzas militares nacionales, en especial de los países más castigados, enfrentan dificultades para resolver cuestiones administrativas, prácticas y operativas asociadas con niveles elevados de infección por el VIH entre el personal militar. Si bien muchas veces es difícil obtener información fiable sobre el estado de salud de las fuerzas militares nacionales, los datos internacionales indican que la prevalencia del VIH en este sector normalmente equivale o es superior a los niveles de infección en la población general (Garrett, 2005).

En total, el 85% de los países manifestaron que sus marcos estratégicos nacionales sobre VIH en 2007 se ocupan de las necesidades de las fuerzas militares nacionales. De los países que cuentan con políticas de esta índole, el 66% asignó partidas presupuestarias destinadas a apoyar actividades relacionadas con el VIH en el ejército, según lo informado por los gobiernos nacionales (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

Muchos países han demostrado la factibilidad de instituir servicios de prevención del VIH a través de las estructuras militares, entre ellos, educación inter pares, promoción del uso del preservativo, tratamiento para infecciones de transmisión sexual y terapia antirretrovírica. En Kenya, por ejemplo, las fuerzas militares del país proporcionaron, en 2007, medicamentos antirretrovíricos a un estimado 99% del personal militar que los necesitaba y han brindado asesoramiento y pruebas voluntarias a miles de civiles que viven cerca de los 17 centros de pruebas apostados por el Ejército. De los 109 países que comunican la existencia de una estrategia nacional para el VIH entre los servicios uniformados nacionales, la mayoría declaró atender a una proporción significativa de esta población con provisión de preservativos (86%), servicios para Infecciones de Transmisión Sexual (89%), asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH (77%) (Informes de progreso de los países para el UNGASS, 2008).

El Departamento de Operaciones de Mantenimiento de la Paz de las Naciones Unidas, que supervisa a un personal de más 100,000 integrantes que prestan servicio en 18 misiones de mantenimiento de la paz de las Naciones Unidas, brinda orientación sobre el VIH y servicios básicos de prevención para todos los agentes de mantenimiento de la paz.¹⁴¹

Por otra parte la prevención es también clave en el manejo de las ITS virales como el VIH y herpes, pues actualmente son incurables. Muchas enfermedades que establecen infecciones permanentes pueden ocupar el sistema inmune, así otras infecciones se vuelven más fácilmente transmitidas. Hay disponibles algunas vacunas para proteger contra algunas ITS virales, tales como la hepatitis B y algunos tipos de VPH. Es aconsejada la vacunación antes de la iniciación del contacto sexual para asegurar la máxima protección.

141.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) 2008. Informe sobre la epidemia mundial de sida. 2008. Capítulo 6. Pág 176

El sistema inmunitario innato, que lleva las defensas contra el VIH, puede prevenir la transmisión del VIH cuando las cuentas virales son muy bajas, pero si está ocupado con otros virus o abrumado, el VIH puede establecerse. Ciertas ITS virales también aumentan grandemente el riesgo de muerte para los pacientes infectados con VIH.

Los preservativos o condones solamente proporcionan protección cuando son usados correctamente como barrera desde, y hacia el área que cubre. Las áreas descubiertas todavía son susceptibles a muchas ITS. En el caso del VIH, las rutas de transmisión sexual implican casi siempre el pene, puesto que el VIH no puede esparcirse a través de la piel intacta, así al proteger el pene, con un condón correctamente usado, de la vagina y del ano, se detiene con eficacia su transmisión.

Un líquido infectado en una piel rota que llevase a la transmisión directa del VIH no sería considerado “transmitido sexualmente”, sin embargo puede ocurrir teóricamente durante el contacto sexual; esto puede evitarse simplemente no teniendo contacto sexual cuando se tiene una herida abierta. Otras ITS, incluso infecciones virales, se pueden prevenir con el uso de los condones de látex como barrera.

El uso apropiado exige:

- » No poner el condón demasiado firme en el extremo, y dejando 1.5 cm en la extremidad para la eyaculación. Poner el condón ajustado puede y a menudo lleva a su fallo.
- » Usar un condón nuevo para cada cópula.
- » No usar un condón demasiado flojo, puede hacer fracasar la barrera.
- » Evitar la inversión derramando su contenido una vez usado, independientemente de que se haya o no eyaculado en él, incluso por un segundo.
- » Evitar los condones hechos de sustancias diferentes del látex y el poliuretano, pues no protegen contra el VIH.
- » Evitar el uso de lubricantes basados en aceite (o cualquier cosa con aceite) con los condones de látex, ya que el aceite puede hacer agujeros en ellos.

No seguir las pautas antedichas perpetúa la falsa idea común que los condones no están chequeados ni están diseñados correctamente.

Una prueba de ITS es un examen médico para detectar su presencia. La mayoría de las pruebas de ITS son análisis de sangre, y se realizan generalmente después de que los síntomas son detectados pero pueden ser usadas pruebas en poblaciones de alto riesgo para detectar infecciones asintomáticas o presintomáticas. Las pruebas de ITS pueden examinar una sola infección, o consistir en un número de pruebas individuales para una amplia gama de ITS, incluyendo las pruebas para sífilis, gonorrea, chlamydia, hepatitis y las pruebas de VIH. Ningún procedimiento prueba todos los agentes infecciosos, así que es importante ser consciente para qué es usada cada prueba.

La prevención y el tratamiento de otras ITS reducen el riesgo de transmisión de VIH por vía sexual, sobre todo entre los grupos poblacionales más propensos a tener un elevado número de parejas sexuales, como los trabajadores del sexo y sus clientes. La presencia de una ITS inflamatoria o ulcerativa no tratada aumenta el riesgo de transmisión de VIH durante un contacto sexual sin protección entre una persona infectada y otra que no lo está¹⁴². El efecto de cofactor de otras ITS en la transmisión de VIH parece ser mayor en el caso de las ITS ulcerativas; según datos recientes, el herpes genital puede ser responsable de desencadenar una elevada proporción de nuevas infecciones por VIH^{143,144,145}. Se ha estimado que las enfermedades que provocan úlceras genitales aumentan de 50 a 300 veces el riesgo de transmisión de VIH en cada relación sexual sin protección¹⁴⁶.

Los servicios que atienden los casos de ITS son uno de los puntos de entrada cruciales para prevenir la infección por VIH. Los pacientes que acuden a los centros sanitarios para recibir tratamiento contra este tipo de infecciones son una población destinataria clave para la labor de asesoramiento en materia de prevención y las pruebas voluntarias y confidenciales de detección de VIH, y pueden necesitar atención en relación con el VIH y el sida. Los pacientes que acuden a los servicios de salud debido a síntomas de ITS pueden presentar simultáneamente una infección primaria por VIH, y suelen tener una elevada carga de VIH. En un estudio en Malawi se observó que la liberación de VIH en el semen aumentaba seis veces en los hombres aquejados de uretritis gonocócica. Tras el tratamiento de la uretritis, la carga vírica en el semen se redujo hasta niveles similares a los de los hombres infectados por VIH pero no aquejados de uretritis¹⁴⁷.

Según un estudio reciente realizado en los Estados Unidos de América en 52 hombres infectados por VIH con sífilis primaria o secundaria, el 58% de los cuales estaba recibiendo tratamiento antirretroviral, la sífilis estaba asociada a aumentos considerables de la carga de VIH y disminuciones importantes del recuento de células CD4+.

El tratamiento de la sífilis restableció la inmunidad y las concentraciones genitales de VIH a niveles anteriores a la infección, lo que pone de relieve la importancia de prevenir y tratar rápidamente la sífilis en personas infectadas por VIH, no sólo como estrategia de prevención sino también para mejorar la calidad de la atención que reciben las personas que viven con VIH¹⁴⁸.

142.- Situación de la epidemia de SIDA: diciembre de 2005. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2005 (ONUSIDA/05.19S).

143.- Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence? Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000.

144.- Wald A, Link K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2. Seropositive persons: a meta-analysis. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:45–52.

145.- Nagot N et al. Effect of HSV-2 Suppressive therapy on HIV-1 genital shedding and plasma viral load: a proof of concept randomized double-blind placebo controlled trial (ANRS 1285 Trial). Thirteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Denver, abstract 33LB, 2006.

146.- Hayes RJ, Schulz KF, Plummer FA. The cofactor effect of genital ulcers in the per-exposure risk of HIV transmission in sub-Saharan Africa. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1995, 98:1–8.

147.- Cohen MS et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. *Lancet*, 1997, 349:1868–1873.

En esas poblaciones la utilización de mensajes de prevención eficaces, el tratamiento de toda otra ITS y la promoción de los preservativos podrían tener importantes repercusiones en la transmisión de VIH.

Pobreza, desigualdad en los ingresos y vulnerabilidad al VIH

La relación entre condición socioeconómica y salud está bien documentada: en general, las personas con mayores ingresos gozan de un mejor estado de salud que aquellos de condición socioeconómica más baja. Se ha demostrado que esto se aplica en la mayoría de las medidas de salud, entre ellas, nutrición, morbilidad y mortalidad y el uso de asistencia sanitaria. Las variaciones en el estado de salud suelen seguir una pendiente en la que las personas en cada nivel sucesivo de ingresos presentan mejor salud que aquellas ubicadas directamente por debajo (Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2007).

El VIH no reconoce fronteras socioeconómicas. No obstante, la vasta mayoría de las personas que viven con el VIH pertenecen a países de ingresos bajos y medianos, y las regiones más pobres del mundo soportan una carga considerablemente mayor de la enfermedad por VIH.¹⁴⁹

La meta 7, del sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), pide a los países que detengan y comiencen a reducir la propagación de VIH/sida. En la República Unida de Tanzania, utilizando métodos rigurosos desde el punto de vista científico, se demostró que el tratamiento de las ITS podía reducir la transmisión sexual de VIH de manera sumamente eficaz en relación con el costo; en un ensayo de intervención comunitaria en Mwanza, gracias a una mejor gestión sindrómica de las ITS se redujo un 38% la incidencia de VIH.

Los resultados del ensayo de Mwanza probablemente puedan generalizarse a otras poblaciones donde se concentra la epidemia de VIH, donde la mayoría de las infecciones por VIH se adquieren por contacto con parejas sexuales ocasionales, y donde la prevalencia de ITS tratables es elevada. Por lo tanto, el tratamiento de las ITS es una de las intervenciones viables y costo eficaces que contribuye al logro de la meta 7, sexto Objetivo de Desarrollo del Milenio mencionado.

Transcurridos veintiséis años desde el inicio de la pandemia, más de 20 millones de personas han muerto de VIH y sida y, por otro lado, entre 34 y 46 millones de personas están infectadas por el virus.

148.- Buchacz K et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV infected patients with new syphilis infections. AIDS, 2004, 18:2075–2079.

149.- ONUSIDA Informe sobre la epidemia mundial de sida. 2008. Capítulo 3.

En América Latina, durante 2007, se han registrado 1.6 millones de adultos y niños viviendo con VIH y 100,000 nuevas infecciones; la prevalencia en adultos de 15 a 49 años se estima en 0.5%. Las defunciones durante 2007, fueron de 58,000 personas.¹⁵⁰

El impacto del VIH -sida se da en diferentes esferas de la sociedad: se ven afectados los indicadores poblacionales; las mujeres, porque se está dando una feminización de la epidemia; un aumento de la demanda en los sistemas de salud, la seguridad alimentaria; la fuerza de trabajo, la productividad y los índices de desarrollo; altas tasas de abandono escolar y, además, es *una amenaza para la seguridad de los países*.

Con relación al último aspecto, se da el hecho de que en las fuerzas armadas de los diferentes países, hay una tendencia a presentar una tasa de infectados por el virus del sida superior al resto de la población.¹⁵¹ Además, el VIH y otras ITS influyen en el grado de preparación de las fuerzas armadas y representan una amenaza para el desempeño de funciones secundarias vitales como responder a desastres naturales y la colaboración con otros países en las misiones de paz. En muchos países la alta tasa de infección en los nuevos reclutas del ejército constituye un problema. Este hecho tiene una repercusión estratégica grave en la voluntad de movilización de los ejércitos y en el hecho de que los soldados desplegados en el extranjero pudieran seguir extendiendo el virus o llevarlo de vuelta a sus comunidades locales una vez desmovilizados.¹⁵²

Lo anterior hace del VIH y sida no sólo una simple preocupación humanitaria, sino también una cuestión militar y de seguridad. Esto ha sido reconocido por el Consejo de Seguridad de la ONU que en la resolución 1,308 (año 2000) en la cual se manifiesta que:

“Teniendo presente la responsabilidad primordial que tiene el Consejo de mantener la paz y la seguridad internacionales, 1) Expresa su preocupación por las consecuencias adversas que podría tener el VIH/sida en la salud del personal internacional de mantenimiento de la paz, incluido el personal de apoyo;...3). Pide al Secretario General que adopte medidas adicionales para impartir formación al personal de mantenimiento de la paz en cuestiones relativas a la prevención de la propagación del VIH/SIDA y, a este respecto, que siga avanzando en la elaboración de normas de orientación antes del despliegue y la capacitación permanente sobre estas cuestiones para todo el personal de mantenimiento de la paz; 4). Alienta a los Estados Miembros interesados a que incrementen la cooperación internacional entre sus órganos nacionales competentes para prestar asistencia en la elaboración y ejecución de

150.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS) 2007. Situación de la epidemia de sida: informe especial sobre la prevención del VIH : Diciembre de 2007. Ginebra. Suiza.

151.- Asamblea Legislativa. Ley del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada, con sus reformas. San Salvador, 2001.

152.- Asdi (Agencia Sueca para el Desarrollo). Poniendo fin a la violencia de género: Un llamado a la acción global para involucrar a los hombres. Suecia. 2005

políticas de prevención, examen y asesoramientos voluntarios y confidenciales, y tratamiento en relación con el VIH, sida para el personal que vaya a ser desplegado en operaciones internacionales de mantenimiento de la paz.”¹⁵³

En busca de una respuesta regional estructurada, las Fuerzas Armadas de 19 países de América Latina, han unido sus esfuerzos para formar el Comité de Prevención y Control del sida a nivel latinoamericano, COPRECOS–LAC. A nivel centroamericano, simultáneo a su participación en el COPRECOS-LAC, las Fuerzas Armadas de cuatro países (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua) han conformado, en el marco de la Conferencia de las Fuerzas Armadas Centroamericanas (CFAC), el COPRECOS-CFAC.

El Salvador, al igual que muchos otros países del mundo, ha experimentado los efectos sociales y económicos de la epidemia del VIH y sida. Un esfuerzo importante en el sentido de mejorar la respuesta y en contra de la expansión de la epidemia fue la elaboración e implementación del Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/sida 2001-2004.¹⁵⁴

Los hombres y las mujeres que participan en operaciones militares realizan un trabajo admirable e importante. Es indispensable que aprendan estrategias eficaces de prevención de la infección por el VIH a fin de que puedan proteger su salud y la salud de la población civil donde se desempeñan y mantener la integridad de su misión.

En la actualidad no es posible aspirar a un desarrollo sostenible, sin atender permanentemente las amenazas a la seguridad nacional. Para estos fines, en el plano nacional, en El Salvador, se requiere la participación social amplia y el Liderazgo de la Fuerza Armada de El Salvador (FA) a través de la formulación y puestas en marcha de la “Política Integral sobre VIH, sida, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 - 2012”.¹⁵⁵ y de la elaboración e implementación del “Plan Estratégico sobre VIH, sida, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008-2012”.

153.-Resolución 1308 (2000) del Consejo de Seguridad sobre la responsabilidad del Consejo de Seguridad en el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales: el VIH/SIDA y las operaciones internacionales de pacificación, Naciones Unidas (17 de julio de 2000).

154.- MSPAS. Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del VIH, SIDA e ITS. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. San Salvador, El Salvador, 2005.

155.- “Política Integral sobre VIH, SIDA, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 - 2012”.Dr. José Eliseo Orellana. San Salvador, Enero de 2008.

Política Integral sobre VIH, sida, ITS y Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 – 2012

Extracto del documento

De acuerdo con ONUSIDA, cada día, más de 6,800 personas contraen infección por el VIH y más de 5,700 fallecen a causa del sida, en la mayoría de los casos debido a un acceso inadecuado a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. La pandemia del VIH sigue constituyendo uno de los desafíos más importantes en enfermedades infecciosas para la salud pública del planeta¹⁵⁶.

Transcurridos veintiséis años desde el inicio de la pandemia, más de 20 millones de personas han muerto de VIH y sida y, por otro lado, entre 32 y 46 millones de personas están infectadas por el virus.¹⁵⁷ En América Latina, durante 2007, se han registrado 1.6 millones de adultos y niños viviendo con VIH y 100,000 nuevas infecciones¹⁵⁸.

El impacto del VIH, sida se da en diferentes esferas de la sociedad: se ven afectados los indicadores poblacionales; las mujeres, porque se está dando una feminización de la epidemia; un aumento de la demanda en los sistemas de salud, la seguridad alimentaria; la fuerza de trabajo, la productividad y los índices de desarrollo; altas tasas de abandono escolar y, además, *es una amenaza para la seguridad de los países*.

Con relación al último aspecto, se da el hecho de que en las fuerzas armadas de los diferentes países, hay una tendencia a presentar una tasa de infectados por el virus del sida superior al resto de la población¹⁵⁹. Además, el VIH y otras ITS influyen en el grado de preparación de las fuerzas armadas y representan una amenaza para el desempeño de funciones secundarias vitales como responder a desastres naturales y la colaboración con otros países en las misiones de paz. En muchos países la alta tasa de infección en los nuevos reclutas del ejército constituye un problema. Este hecho tiene una repercusión estratégica grave en la voluntad de movilización de los

156.- Prevención de las infecciones por VIH, SIDA e ITS en el marco de la SSR en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.

157.- Promoción, Información, educación y comunicación (IEC) para el cambio de actitudes y comportamiento en VIH, SIDA, ITS y SSR en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.

158.- Atención Integral con calidad a las personas con VIH, SIDA e ITS, en el marco de la SSR en Sanidad Militar de la Fuerza Armada de El Salvador

159.- Atención a poblaciones vulnerables y más expuestas al riesgo en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.

ejércitos y en el hecho de que los soldados desplegados en el extranjero pudieran seguir extendiendo el virus o llevarlo de vuelta a sus comunidades locales una vez desmovilizados.¹⁶⁰

Lo anterior hace del VIH y sida no sólo una simple preocupación humanitaria, sino también una cuestión militar y de seguridad. Esto ha sido reconocido por el Consejo de Seguridad de la ONU que en la resolución 1,308 (año 2000) en la cual se manifiesta que:

“Teniendo presente la responsabilidad primordial que tiene el Consejo de mantener la paz y la seguridad internacionales, 1) Expresa su preocupación por las consecuencias adversas que podría tener el VIH/sida en la salud del personal internacional de mantenimiento de la paz, incluido el personal de apoyo;...3). Pide al Secretario General que adopte medidas adicionales para impartir formación al personal de mantenimiento de la paz en cuestiones relativas a la prevención de la propagación del VIH/sida y, a este respecto, que siga avanzando en la elaboración de normas de orientación antes del despliegue y la capacitación permanente sobre estas cuestiones para todo el personal de mantenimiento de la paz; 4). Alienta a los Estados Miembros interesados a que incrementen la cooperación internacional entre sus órganos nacionales competentes para prestar asistencia en la elaboración y ejecución de políticas de prevención, examen y asesoramientos voluntarios y confidenciales, y tratamiento en relación con el VIH, sida para el personal que vaya a ser desplegado en operaciones internacionales de mantenimiento de la paz”¹⁶¹.

También, **la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, de octubre 2000 pide al Secretario General que proporcione a los Estados Miembros** directrices y material de adiestramiento sobre la protección, los derechos y las necesidades especiales de las mujeres, así como sobre la importancia de la participación de las mujeres en la adopción de todas las medidas de mantenimiento de la paz y consolidación de la paz, *invita* a los Estados Miembros a que incorporen esos elementos, así como el adiestramiento con miras a la concienciación respecto del VIH/sida, en sus programas nacionales de capacitación de personal militar y de policía civil como preparación para su despliegue, y *pide además* al Secretario General que vele por que el personal de las operaciones de mantenimiento de la paz reciba un adiestramiento análogo.

En busca de una respuesta regional estructurada, las Fuerzas Armadas de 19 países de América Latina, han unido sus esfuerzos para formar el Comité de Prevención y Control del sida a nivel latinoamericano, COPRECOS–LAC.

160.- Actualización de la información de la situación institucional en SSR, VIH, SIDA e ITS, de la Vigilancia Epidemiológica, el monitoreo y la evaluación.

161.- Resolución 1308 (2000) del Consejo de Seguridad sobre la responsabilidad del Consejo de Seguridad en el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales: el VIH/SIDA y las operaciones internacionales de pacificación”, Naciones Unidas (17 de julio de 2000).

A nivel centroamericano, en forma simultánea, las Fuerzas Armadas de cuatro países (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua) han conformado, el COPRECOS-CFAC.

El Salvador, al igual que muchos otros países del mundo, ha experimentado los efectos sociales y económicos de la pandemia del VIH y sida. Un esfuerzo importante en el sentido de mejorar la respuesta y en contra de la expansión de la pandemia fue la elaboración e implementación del Plan Estratégico Nacional de Prevención y Control de ITS/VIH/sida 2001-2004.¹⁶²

Los hombres y las mujeres que participan en operaciones militares realizan un trabajo admirable e importante. Es indispensable que aprendan estrategias eficaces de prevención de la infección por el VIH a fin de que puedan proteger su salud y la salud de la población civil donde se desempeñan y mantener la integridad de su misión.

En la actualidad no es posible aspirar a un desarrollo sostenible, sin atender permanentemente las amenazas a la seguridad nacional. Para estos fines, en el plano nacional, en El Salvador, se requiere la participación social amplia y el liderazgo de la Fuerza Armada de El Salvador (FA).

La presente Política Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y sida de la FA, es el resultado de un proceso participativo interno, con el apoyo técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y de ONUSIDA. Este documento aborda, la evolución del problema en El Salvador y en las Fuerzas Armadas. Por otro lado, se hace un recuento de los compromisos tanto a nivel nacional, como internacional, asumidos por el Gobierno de El Salvador: UNGASS 2001, 2006 y los compromisos de la Declaración del Milenio.

Posteriormente, se enfoca al propósito, alcance y objetivos propios de la institución armada del país con respecto al VIH, sida e ITS, los principios rectores y las principales estrategias y líneas de acción. Todo lo anterior, es base para la formulación de un plan estratégico del COPRECOS de la FA.

ESTRATEGIAS

La Fuerza Armada de El Salvador, garantizará la implementación, financiamiento, monitoreo y evaluación de esta política. El COSAM será responsable de la implementación de las estrategias siguientes:

- 1) Prevención de las infecciones por VIH, sida e ITS en el marco de la SSR en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
- 2) Promoción, Información, educación y comunicación (IEC) para el cambio de actitudes y comportamiento en VIH, sida, ITS y SSR en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.

162.- MSPAS. Plan Estratégico Nacional para la prevención, atención y control del VIH, SIDA e ITS. Fondo de Población de las Naciones Unidas, UNFPA. San Salvador, El Salvador, 2005.

- 3) Atención Integral con calidad a las personas con VIH, sida e ITS, en el marco de la SSR en Sanidad Militar de la Fuerza Armada de El Salvador.
- 4) Atención a poblaciones vulnerables y más expuestas al riesgo en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
- 5) Actualización de la información de la situación institucional en SSR, VIH, SIDA e ITS, de la Vigilancia Epidemiológica, el monitoreo y la evaluación.
- 6) Reducción, contención y mitigación del impacto del VIH, sida y las ITS en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
- 7) Reducción del estigma y discriminación a las PVS en la Fuerza Armada de El Salvador sus beneficiarios y derechohabientes.
- 8) Coordinación interinstitucional e intersectorial, nacional e internacional de la respuesta de la Fuerza Armada de El Salvador al VIH y sida.
- 9) Proyección Social, nacional e Internacional, de la Fuerza Armada de El Salvador en la prevención VIH, sida e ITS y en la promoción de la SSR.
- 10) Movilización de recursos en apoyo a la política integral sobre VIH, sida, ITS y Promoción de la Salud Reproductiva en la Fuerza Armada de El Salvador 2008 – 2012.

COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DEL SIDA: COPRECOS EI SALVADOR

MISIÓN

- ➔ El Hospital Militar Central, a través de COPRECOS desarrollará programas de prevención, atención médica, educativa y psicológica en VIH, Sida e ITS, a fin de mantener el personal de beneficiarios y derechohabientes de manera permanente en adecuadas condiciones de salud, y apoyar el esfuerzo del Comando de Sanidad Militar.

VISIÓN

- ➔ Ser un comité especializado en la prevención del VIH, sida e ITS a fin de evitar nuevas infecciones en el personal de la Fuerza Armada.

¿QUIÉNES LA INTEGRAN?

COPRECOS está conformado por: un director, un coordinador, un auxiliar una secretaria y un equipo multidisciplinario constituido por: el médico infectólogo, psicología, trabajo social, enfermería y técnico en medicina preventiva. Además en las Unidades Militares se cuenta con un sub-comité multidisciplinario de VIH/Sida/ITS, que está integrado por: medicina, psicología y/o trabajo social, jefe de clínica (enfermero), capellán o pastor y jefe de personal.

Cuenta con un sistema de referencia al que el personal militar puede acceder desde diferentes puntos del país.

- ➔ LABORATORIO CLÍNICO (HOSP.MILITARES).
- ➔ SERVICIOS DE HOSPITALIZACIÓN (HMC).
- ➔ UNIDAD DE EMERGENCIA.
- ➔ UNIDADES MILITARES (ENFERMERÍAS).
- ➔ BANCO DE SANGRE.
- ➔ HOSPITAL MILITAR REGIONAL.
- ➔ REFERIDOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

ACTIVIDADES DE COPRECOS

Proporciona atención integral a los derechohabientes y maneja los contactos de las personas cuya prueba de VIH resulta positiva:

- ➔ Atención Médica.
- ➔ Atención Epidemiológica.
- ➔ Atención Psicológica.
- ➔ Consulta de especialidades.
- ➔ Referencia a las Instituciones que se requieran.
- ➔ Atención Sociofamiliar.
- ➔ Manejo de Contactos.
- ➔ Atención Grupo Familiar.
- ➔ Grupos de Autoayuda.
- ➔ Educación permanente (ej. Enfermedades Oportunistas, adherencia a la Terapia antirretroviral (TAR), nutrición y otros.

Las personas con VIH o sida reciben atención en diferentes momentos: atención ambulatoria, atención hospitalaria, atención de sus contactos. En las diferentes situaciones puede ser atendido por el equipo multidisciplinario. También es importante mencionar que se brinda atención a la familia de la persona con VIH y sida, enseñándoles la forma correcta de cuidarles tomando en cuenta las medidas universales de bioseguridad. Cuando es necesario, se les brinda apoyo para aceptar el proceso de muerte de un ser querido.

UBICACIÓN

Comité de Prevención y Control del sida

COPRECOS Fuerza Armada de El Salvador

Hospital Militar Central, 2do. Nivel Torre Hospitalaria

Tel. (503) 2250-0080 ext. 3128

e-mail: coprecoselsalvador@gmail.com_

GLOSARIO

Adherencia - Estricto cumplimiento de una terapia basada en la prescripción de drogas con el propósito de evitar la resistencia a los medicamentos. Esto podría ser muy difícil si tomamos en cuenta el número de medicamentos involucrado, la frecuencia con que deben tomarse, los efectos secundarios y la prolongada duración del tratamiento.

Antirretroviral - Una droga que inhibe el mecanismo de replicación de ciertos retrovirus como el VIH.

AZT- Un medicamento que retarda el crecimiento del VIH (conocido como nucleósidos análogos de drogas antivirales).

Booster- Una dosis adicional de vacuna administrada con el fin de restaurar a la inmunidad a su pleno potencial y detener la enfermedad.

Carga viral- La cantidad del VIH presente en la sangre o en el semen.

Célula CD4 (linfocito)- Un glóbulo blanco también conocido como célula T- 4. Este tipo de células coordina las respuestas del sistema inmunológico ante episodios de infección. Las células T – 4 constituyen el principal blanco del VIH.

CMV -(citomegalo-virus) un virus que causa una enfermedad similar a la influenza y, en casos severos, inflamación de glándulas, neumonía, infecciones del ojo (retinitis) y defectos de nacimiento. (Es una de las ‘infecciones oportunistas’ que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).

Condón – una delgada funda protectora que cubre el pene durante el sexo vaginal, anal u oral con el fin de prevenir enfermedades de transmisión sexual o embarazos. También se dispone de condones femeninos que se colocan en el interior de la vagina.

Culebrilla — una infección viral (herpes zoster) que causa dolorosas llagas en la piel. (Es una de las “infecciones oportunistas” que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).

Demencia – severos problemas mentales causados por una enfermedad que afecta el cerebro.

Diarrea – presencia de heces acuosas, poco compactas y frecuentes.

Educación por pares – cualquier proceso educativo diseñado e implementado por integrantes de un grupo de la población encaminado a cambiar el comportamiento y las actitudes de otros integrantes del grupo. Por ejemplo, hombres ‘gay’ que imparten programas de educación ‘gay’.

Efectos secundarios – consecuencias - generalmente negativas - que los medicamentos tienen en ciertas personas además de los factores positivos que se supone aportan. Por ejemplo, en algunas personas un fármaco podría provocar mareos, dolor de articulaciones, náuseas, etc.

Enfermedad transmisible – una enfermedad causada por un agente infeccioso específico, - o por sus productos tóxicos - que tiene su origen en la transmisión de ese agente o de sus productos tóxicos desde una persona infectada a un huésped susceptible.

Enfermedad infecciosa – una enfermedad causada por un germen (bacteria, virus, hongo, parásito).

Epidemia – una enfermedad que ataca a un gran número de integrantes de la comunidad en forma simultánea.

Epidemiología – el estudio de la salud en poblaciones específicas y la aplicación de este conocimiento al control de problemas de salud global.

Eczema – una enfermedad caracterizada por piel rojiza y escamosa, erupciones y picazón. (Es una de las “infecciones oportunistas” que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).

Fluido vaginal – las secreciones producidas al interior de la vagina. Durante la etapa de excitación sexual el volumen de estas secreciones suele aumentar con el fin de lubricar la vagina en preparación al coito.

Genitales – los órganos sexuales: en el hombre, el pene y los testículos y en la mujer la vagina y el útero.

Genotipo – un gene o un grupo de genes claramente definible.

HAART – Sigla en inglés que equivale a “Terapia Antirretroviral Altamente Activa”.

Heces – productos de desecho del intestino; excremento; deposiciones.

Hemofilia – una condición hereditaria que causa que la sangre no coagule normalmente, de modo que cortaduras o llagas sangran más de lo habitual.

Hepatitis – una enfermedad viral infecciosa que inflama el hígado causada por uno de una serie de virus (hepatitis A, B, C, D, E o G).

Hombre ‘gay’ – un homosexual activo que se identifica como ‘gay’ o que se ha integrado a la comunidad gay, o ambas cosas. Los programas de educación hacen una distinción entre hombres gay y otros hombres con tendencia homosexual.

Hombre homosexualmente activo – un hombre que practica actividades sexuales con individuos de su propio sexo, independientemente que se identifique como ‘gay’, heterosexual o bisexual.

Ictericia – una condición a veces provocada por una infección (hepatitis) que causa que los ojos, la piel y la orina adquieran un color amarillo intenso. Puede provocar daño hepático.

Impétigo — una enfermedad bacteriana, infecciosa caracterizada por erupciones de la piel acompañadas con ampollas llenas de pus. (Es una de las “infecciones oportunistas” que pueden causar serias molestias y/o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).

Incidencia – el número de casos nuevos de una enfermedad en una población definida a lo largo de un período de tiempo también definido (generalmente, se mide anualmente).

Infección — gérmenes (bacterias, virus, o parásitos) presentes en el cuerpo. Una infección no siempre producirá una enfermedad.

Infección oportunista - - una infección que rara vez causaría una enfermedad en personas cuyos sistemas inmunológicos estuviesen intactos, pero puede tener peligro de muerte para alguien que padezca del VIH.

Inhibidor de proteasa – una droga antiviral que inhibe la proteasa (una enzima que el VIH necesita para replicarse).

Inhibidor de la transcriptasa inversa (o reversa) – una droga que inhibe la transcriptasa inversa, una enzima importante para el funcionamiento del VIH.

Inmunización – una inyección u otro tratamiento médico destinado a proteger a una persona contra una enfermedad infecciosa específica.

Intervención temprana – un tipo de tratamiento administrado a una persona que padece el VIH caracterizado por atacar las etapas iniciales de la enfermedad con el fin de evitar su avance.

Látex – un tipo de goma natural que se emplea en la fabricación de condones, guantes quirúrgicos y otros artículos muy delgados y flexibles.

Líquido pre- eyaculatorio – un líquido transparente que recubre la uretra durante la estimulación sexual y puede ser liberado antes de la eyaculación.

Minimización del daño - el conjunto de estrategias diseñadas para combatir el uso ilegal de drogas que puede afectar a un grupo de la sociedad. Entre éstas se incluye la reducción de la oferta, la reducción de la demanda y las iniciativas orientadas a reducir el daño.

Neumonía – una infección de los pulmones que suele producir tos, fiebre y dificultades respiratorias. (Es una de las ‘infecciones oportunistas’ que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).

Orina – producto líquido de desecho del cuerpo excretado por los riñones.

Pandemia - Una enfermedad que afecta o ataca a la población de una extensa región.

Parásito — Una planta o animal que vive sobre o en el interior de otra planta o animal, habitualmente provocando algún daño en su “huésped”.

Práctica de riesgo – cualquier tipo de comportamiento, sexual o no, que pueda transmitir el VIH.

Prevalencia – el número total de individuos de una población que presentan un atributo o enfermedad en un momento determinado, dividido por el total de la población en ese momento.

Profilaxis – un tratamiento o el suministro de fármacos que tienen por objeto prevenir una infección o enfermedad.

Programas de intercambio de agujas/ jeringas – programas autorizados que distribuyen o venden agujas, jeringas y otra parafernalia de drogas limpia o esterilizada y se encargan de desechar los elementos usados en la forma adecuada. Así mismo, proporcionan información de salud pública a los usuarios de drogas intravenosas (UDI).

Promoción de la salud – una visión amplia, holística y medioambiental de la salud, con énfasis en la equidad y la justicia social, como un medio para mejorar la salud a través de la educación, la movilización social y la abogacía.

Reducción del daño - el conjunto de estrategias diseñadas para combatir el uso ilegal de drogas entre individuos. Entre éstas se incluye la abstinencia, los programas de educación por pares y otros programas educativos, los programas de intercambio de agujas/ jeringas, los programas de detoxificación y otras alternativas de tratamiento.

Réplica – copia que el virus produce de sí mismo.

Resistencia a las drogas – característica que puede darse cuando el VIH experimenta cambios genéticos al momento de replicarse. A través de la mutación de su material genético el virus logra evadir la acción de una droga o de toda una clase de drogas.

Rubéola – también llamada Sarampión Alemán, es una enfermedad viral que puede causar defectos de nacimiento en bebés de madres que han contraído la enfermedad en las etapas iniciales de embarazo. Todo niño debe ser vacunado contra la rubéola. (Es una de las “infecciones oportunistas” que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).

Saliva – el líquido producido por las glándulas salivales de la boca.

Sarampión – también conocida como rubéola, es una enfermedad viral muy contagiosa y común en niños, que causa manchas rojas en la piel y va acompañada de intensos estados febriles. Todo niño debe ser vacunado contra el sarampión. (Es una de las “infecciones oportunistas” que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).

Secreción nasal – mucosidad que se origina en el interior de la nariz.

Semen – líquido viscoso y blanquecino que contienen espermatozoides y que es excretado por el pene durante el orgasmo.

Seroconversión – el desarrollo de un nivel detectable de anticuerpos en una persona que ocurre con posterioridad a un episodio de exposición o infección a un virus como el VIH.

Anal – práctica sexual que involucra la penetración del pene en el ano (recto) de la pareja.

Sexo oral – práctica sexual durante la cual la boca de una persona entra en contacto con los genitales o el ano de otra persona.

Sexo seguro, práctica sexual segura – actividad sexual que no implica el intercambio de secreciones corporales como semen, líquido pre-eyaculatorio, fluidos vaginales o sangre.

Sexo vaginal – práctica sexual que involucra la penetración del pene en la vagina.

Sida – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida: un síndrome caracterizado por el desarrollo de una infección oportunista producto de daño al sistema inmunológico provocado por un virus llamado Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

Sistema inmunológico – el conjunto de elementos del cuerpo humano que combate las agresiones de los agentes patógenos (causantes de enfermedades) a fin de mantener la salud.

Terapia combinada – el uso de dos o más tipos de tratamiento combinados para obtener resultados óptimos en términos de supresión del VIH/ sida y reducción de la toxicidad del virus.



Toxoplasmosis – una infección que puede dañar los ojos, el sistema nervioso central y, en ocasiones, algunos órganos internos. (Es una de las “infecciones oportunistas” que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).

Transfusión – la transferencia de sangre, o de un componente sanguíneo, de una o varias personas (donantes) a otra (receptor).

TB – una enfermedad (tuberculosis) que normalmente afecta los pulmones.

Vacuna – una inyección de gérmenes inactivados (muertos) o atenuados (debilitados) que tiene como fin activar al sistema inmunológico del cuerpo a producir anticuerpos de un germen específico.

Varicela – una enfermedad viral altamente contagiosa y muy común en niños, que provoca erupciones en la piel llamadas vesículas. (Es una de las ‘infecciones oportunistas’ que pueden causar serias molestias y/ o enfermedades en personas cuyos sistemas inmunológicos han sido dañados por el VIH).

Vigilancia – el permanente seguimiento de todos los aspectos de la ocurrencia y propagación de una enfermedad.

VIH – Virus de Inmunodeficiencia Humano, el virus que causa el sida.

Vómito – (emesis) la expulsión forzada de los contenidos del estómago a través de la boca.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- American College of Obstetricians and Gynecologists, Committee on Ethics, Committee Opinion, "Human immunodeficiency virus: ethical guidelines for obstetricians and gynecologists", *Obstet Gynecol* 2001; 97(Suppl),1-6.
- 2.- American Society for Reproductive Medicine, Ethics Committee, "Human immunodeficiency virus and infertility treatment". *Fertil Steril* 2002; 77:218-22.
- 3.- Amy E. Colson, Sax PE. "Sexual Dysfunction and HIV Infection. *AIDS Clinical Care*", May 1, 2000 (501): 1-1.
- 4.- Asamblea Legislativa. "Ley del Instituto de Previsión Social de la Fuerza Armada, con sus reformas". San Salvador, 2001.
5. Asdi (Agencia Sueca para el Desarrollo). "Poniendo fin a la violencia de género: Un llamado a la acción global para involucrar a los hombres". Suecia. 2005.
- 6.- Asociación Demográfica Salvadoreña. "Encuesta Nacional de Salud Familiar 2002/03". El Salvador. 2004.
- 7.- Asociación Demográfica Salvadoreña. "Encuesta Nacional de Salud Familiar FESAL 2002/03". El Salvador. 2004 (Pág. 159).
- 8.- Buchacz K et al., "Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV infected patients with new syphilis infections", *AIDS*, 2004, 18:2075–2079.2.
- 9.- Cohen MS et al. "Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1", *Lancet*, 1997, 349:1868–1873.
- 10.- Consultation on STD interventions for preventing HIV: "what is the evidence?" *Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000.*

- 11.- Dirección Xeral de Saúde Pública, “Plan de acción anti VIH/SIDA en Galicia 2003-2006”, Documentos Técnicos de Saúde Pública. Serie a. Nº16. Xunta de Galicia. Consellería de Sanidade.
- 12.- Dray-Spira R, Lert F, “Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of HAART”, AIDS 2003;17(3):283-90.
- 13.- DUNCAN, P., “Estilos de Vida en Medicina en Salud Pública”, 1986.
- 14.- Fitzpatrick TB, Johnson RA, “Atlas de Dermatología Clínica”, Mc. Graw-Hill. Interamericana, pag. 118-19. Madrid, 2ª ed,1994.
- 15.- García Roca, Joaquín. “Contra la exclusión: responsabilidad pública e iniciativa social. Presencial Social”. Santander 1995.
- 16.- GIRALDO Z., L.F. “Familia y teorías de desarrollo”, En Cuadernos de Familia (2), Universidad de Caldas, Manizales 1987.
17. Goldmeier D, Kocsis A, Wasserman M., “Sexual dysfunction in women with HIV. Sex Transm Inf”; 81(4): 284. 2005.
- 18.- Govern de les Illes Balears. Conselleria de Salut, “Estrategia de VIH/SIDA en las Illes Balears” Consum. 2006.
- 19.- Hayes RJ, Schulz KF, Plummer FA. “The cofactor effect of genital ulcers in the per-exposure risk of HIV transmission in sub-Saharan Africa”, Journal of Tropical Medicine and Hygiene, 1995, 98:1–8.
- 20.- Kaiser DR, Billups K, Mason C, et al., “Impaired Brachial Artery Endothelium-Dependent and Independent Vasodilation in Men With Erectile Dysfunction and No Other Clinical Cardiovascular Disease”, JACC:179–84. 2004.
- 21.- Martín I, Cano R, Pérez P, Aguayo M, Cuesta F, Rodríguez P, Pujol E., “Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada”, Anales de Medicina Interna; 19 (8): 396-404, 2002.

- 22.- Mayaud P, Mabey D., "Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. Sexually Transmitted Infections", 80:174–182. 2004. Miguel L., "Evaluación de la calidad de vida en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana", Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona, 2001.
- 23.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, "Estudio Multicéntrico de Prevalencia de VIH/ITS y Comportamientos en HSH. El Salvador". 2003.
- 24.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Evaluación del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de VIH-SIDA de El Salvador. Informe Final". San Salvador, 2004.
- 25.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. "Situación Epidemiológica del VIH-SIDA en El Salvador 1984-2004", El Salvador. 2005.
- 26.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Proyecto Acción SIDA de Centroamérica. "Epidemia de VIH-SIDA. Estimaciones y proyecciones, Período 1980-2010". El Salvador, 2002.
- 27.- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-USAID/CDC. "Factores de Riesgo de la Mortalidad en Pacientes con Coinfección TB/VIH en El Salvador". El Salvador. 2002.
- 28.- Ministerio de Sanidad y Consumo. "Plan Multisectorial frente a la Infección por VIH y el sida". España 2008-2015. España Madrid. 2008.
- 29.- Nagot N et al. "Effect of HSV-2 Suppressive therapy on HIV-1 genital shedding and plasma viral load: a proof of concept randomized double-blind placebo controlled trial (ANRS 1285 Trial)". Thirteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Denver, abstract 33LB, 2006.
- 30.- ONUSIDA "Informe sobre la epidemia mundial de sida". 2008.
- 31.- Olry de Labry A., "Estado clínico y psicosocial de reclusos VIH positivos en tratamiento con antirretrovirales". Tesis Doctoral, Facultad de Medicina. Universidad de Granada, 2006.

- 32.- Organización Internacional del Trabajo, "Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/Sida y el mundo del trabajo", Ginebra, 2001.
- 33.- Organización Mundial de la Salud, "Global prevalence and incidence of curable STIs", (WHO/CDS/CDR/EDC/2001.10). Ginebra, 2001 .
- 34.- Polo R, Gonzalez-Muñoz M, Muñoz-Sanz A et al., "Prevalence of body fat redistribution and factors associated to it in human immune deficiency virus-infected patients: a Spanish multicenter study". *Nut Met Dis in HIV Infection*;1 (1):15-24. 2002.
- 35.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), "Situación de la epidemia de SIDA: diciembre de 2005". Ginebra 2005 (ONUSIDA/05.19S).
- 36.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, "Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence?", Ginebra, (ONUSIDA) y Organización Mundial de la Salud (OMS), 2000.
- 37.- Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH-SIDA-ONUSIDA. 2004. "Informe Sobre la Epidemia Mundial de SIDA. Cuarto Informe Mundial". Ginebra, Suiza. 2004.
- 38.- Robledo de Dios, Teresa. Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Programa Conjunto de las Naciones Unidas Sobre el VIH-SIDA-ONUSIDA. 2004. "Informe Sobre la Epidemia Mundial de SIDA". Ginebra, Suiza. 2008.
- 39.- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). "Informe sobre Desarrollo Humano, El Salvador 2003", San Salvador, El Salvador. 2003.
- 40.- Remor E, Penedo FJ, Shen BJ, Schneiderman N., "Perceived stress is associated with CD4-cell decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain". *AIDS Care*; 19(2): 215-219, February 2007.
- 41.- Remor, E. "Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+", *Psicothema*, 14 , 262-267. (2002a).

- 42.- Remor, E. "Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Atención Primaria", 30, 143-149. (2002b).
- 43.- Ruiz I, Olry de Labry A, Delgado CJ, Muñoz N, Pasquau J, Rodríguez J, López MA, Del Arco A, Causse M, Martín P, Martínez J, De la Torre J, Prada JL, Morales L et al., "Impacto del apoyo social y morbilidad psíquica en la calidad de vida en pacientes tratados con antirretrovirales". *Psicothema*. Universidad de Oviedo.. Vol. 17, nº 002, pp. 245-249. 2005.
- 44.- Sauer M. "Providing fertility care to those with HIV: time to re-examine healthcare policy", *Am J Bioeth*; 3:33-40. 2003.
- 45.- Schwartzmann, L. "Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y enfermería*" IX (2): 9-21, 2003.
- 46.- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida/Centro Nacional de Epidemiología. Vigilancia epidemiológica del Sida en España, "Registro Nacional de Casos de Sida. Informe semestral nº 2", Año 2005.
- 47.- Wald A, Link K. "Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2. Seropositive persons: a meta-analysis. *Journal of Infectious Diseases*", 185:45–52. 2002.
- 48.- Wald A, Link K. "Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2. Seropositive persons: a meta-analysis", *Journal of Infectious Diseases*, 185:45–52, 2002.