

**Estrategia para la Cooperación
para el Desarrollo**

**Salud y Derechos
Sexuales y Reproductivos**

JUNIO DE 1997



AGENCIA SUECA DE COOPERACION INTERNACIONAL
PARA EL DESARROLLO

Departamento de Democracia y
Condiciones Sociales
División de Salud

Health Division Documents son distribuidos por:
Info-center, Asdi
S-105 25 Estocolmo
www.asdi.gov.se
Correo electrónico: info@sida.se

Health Division Document 1997:7
Publicado por Asdi, Departamento de Democracia y
Condiciones Sociales, División de Salud

©Asdi
Publicado en 1997
Editado en Estocolmo, Suecia, 1998
ISSN 1403-5545
ISBN 91-586-7630-9

Prefacio

La salud y los derechos sexuales y reproductivos tienen una tradición importante en la cooperación sueca para el desarrollo. Este rubro recibe alrededor del cuarenta por ciento de la ayuda del sector salud de Asdi y el cuatro por ciento del total del presupuesto de Suecia dedicado a la cooperación para el desarrollo.

En 1994, Asdi aprobó un *Plan de Acción para Mejorar la Salud Sexual y Reproductiva*. Después de esa fecha tuvieron lugar las conferencias de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo en El Cairo y la Conferencia de la Mujer en Beijing.

Recientemente, Asdi también ha aprobado numerosos documentos sobre relevantes políticas sobre salud y derechos sexuales y reproductivos. Éstos comprenden la *Política de la Cooperación para el Desarrollo en el Sector Salud* de 1997, que constituye el marco general para los programas de salud, y el documento sobre *Población, Desarrollo y Cooperación* de 1997, que ubica la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la perspectiva de las dinámicas poblacionales. La publicación *Sexual and Reproductive Health: The Challenge for Research* de 1996, se hizo en conjunto con el Departamento de Cooperación para la Investigación (SAREC) y el programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para Investigación y Capacitación en Reproducción Humana, HRP.

Se debe destacar además, que Asdi ha lanzado cuatro estrategias directrices de desarrollo que ponen un importante acento sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, a saber, las estrategias de lucha contra la pobreza, igualdad de género, democracia y derechos humanos y desarrollo sostenible.

A la luz de todos esos desarrollos, Asdi ha actualizado el anteriormente mencionado Plan de Acción de 1994, dentro de su *Estrategia para Promover la Salud y los Derechos Reproductivos*.

Como es natural, el proceso de formulación de una estrategia involucra a muchas personas. La División de Salud, dentro del Departamento de Democracia y Condiciones Sociales, ha sido la responsable del desarrollo de este documento, con aportes de muchos otros departamentos y divisiones de Asdi.

Asdi también ha confiado en las propias experiencias de Suecia en esta área. Por lo tanto, un gran número de personas e instituciones suecas han contribuido en este documento.

La estrategia está orientada, en primer lugar, hacia el personal y consultores de Asdi, pero también puede servir como documento de referencia en el diálogo con los países contrapartes y con actores internacionales.

Una lista de publicaciones relevantes para el tema se encuentra en el Anexo 1.

Eva Wallstam,
Jefa de la División de Salud

ÍNDICE

Prefacio	1
Breve resumen	5
1. Marco teórico	7
1.1 Un nuevo orden internacional	7
Las conferencias de la ONU	7
Nuevos conceptos	7
Contextos cambiantes en el Sector Salud	8
1.2 Perspectivas de Asdi	9
Experiencias en cooperación para el desarrollo	9
Estrategias clave de desarrollo	10
Formas de cooperación	11
1.3 Experiencias nacionales suecas	12
2. Estrategias	15
2.1 Objetivos	15
2.2 Derechos humanos e igualdad de género	16
2.3 Salud materna y cuidados del recién nacido	18
2.4 Servicios para la regulación de la fertilidad	19
2.5 Aborto	20
2.6 VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual	22
2.7 Salud del adolescente	23
2.8 Mutilación genital femenina	24
2.9 Discriminación, violencia y abuso	26
3. Investigación y capacitación para la investigación	29
Anexo: Publicaciones de Asdi	31
List of Health Division Documents:	32

Breve resumen

Nuevas perspectivas sobre sexualidad y reproducción, construidas sobre sólidos fundamentos éticos y en derechos humanos, aparecieron en numerosas conferencias de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) durante la década del 90. Esta **Estrategia de Asdi para promover la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos** en la cooperación para el desarrollo está basada en las recomendaciones emanadas de esas conferencias, en la experiencia nacional de Suecia, así como en la cooperación internacional para el desarrollo y en las cuatro estrategias generales de Asdi para el desarrollo.

Los objetivos de la cooperación de Asdi para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos son multifacéticos. Mujeres y hombres, independientemente de su estado civil, deben tener el derecho de disfrutar una vida sexual segura y satisfactoria. Las personas tienen que poder evitar la enfermedad y la discapacidad en sus vidas reproductivas, y poder tener la cantidad de hijos que deseen, en el momento que ellos así lo quieran. Para alcanzar esos objetivos, Asdi ha seleccionado dentro de la cooperación para el desarrollo una cantidad de áreas estratégicas. Los programas y servicios para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos deben ser desarrollados junto con países y comunidades, y ser sensibles al género, culturalmente aceptables, razonables en su precio y efectivos en sus costos.

Hay un creciente reconocimiento internacional sobre la dimensión de género de los *derechos humanos*, y sobre la desigualdad de género como obstáculo importante para la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En consecuencia, se debe dar prioridad a los esfuerzos destinados a intensificar el aumento de la conciencia (en la cooperación para el desarrollo) de los tratados y convenciones sobre derechos humanos que son relevantes para la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos. Es necesario efectuar cambios en las legislaciones nacionales para proteger los derechos sexuales y reproductivos y para aumentar el empoderamiento de las mujeres. Pero la igualdad de género implica cambio de roles también para los hombres. La participación de los hombres en la definición de sus propios roles en la sociedad y como partícipes de la vida familiar necesitan ser alentados. El respeto mutuo, el amor y la ternura constituyen una base positiva para el desarrollo humano.

Las mujeres están expuestas a considerables riesgos de salud como consecuencia de su capacidad reproductiva, por lo tanto la *salud materna* es una prioridad. Las mujeres necesitan tener acceso a servicios de salud de buena calidad durante el embarazo, el parto y para el niño recién nacido. Muchos de esos servicios pueden y deben ser proporcionados por parteras competentes, quienes pueden brindar consejos y atención idónea. Pero si aparecieran complicaciones, entonces las mujeres necesitan urgentemente atención obstétrica de emergencia, que puede ser accesible a través de los sistemas de remisión en funcionamiento. La iniciación en el amamantamiento es parte de la atención del puerperio, pero el amamantamiento también necesita promoción, por ejemplo, mediante rutinas hospitalarias adecuadas y modificaciones en el mercado laboral, y protección contra los substitutos de la leche materna lanzados por el mercado comercial.

Todas las personas maduras sexualmente tienen el derecho de decidir si quieren y cuándo tendrán hijos. Los servicios de *regulación de la fertilidad* deben ser de fácil acceso y ofrecer una amplia gama de métodos anticonceptivos a precios razo-

nables. Las personas tienen derecho a consejería personal, y la capacidad de los trabajadores de la salud para poder satisfacer esta demanda debe ser aumentada. Desafortunadamente, hay programas de regulación de la fertilidad que han usado presiones y aún coerción para alcanzar sus metas. Tales prácticas y otros métodos antiéticos, deben ser fuertemente desalentados. Por lo tanto, existe la necesidad de capacitar a los proveedores de servicios sobre las implicaciones éticas de los derechos sexuales y reproductivos.

El *aborto* es un hecho en todas las sociedades, sea legal o no. Cuando los abortos son realizados bajo condiciones no higiénicas e inseguras, se convierten en un problema de salud pública. El mejor modo de que el aborto sea seguro es su legalización. Contrariamente a la creencia común, la legalización del aborto no implica un aumento de la tasa de abortos. Las mujeres deben tener siempre el derecho a recibir una buena atención en casos de complicaciones por abortos, y se deben realizar todos los esfuerzos para despenalizar a las mujeres que hayan abortado.

El *VIH/SIDA* es una epidemia en ascenso en todo el mundo y es necesario atacarla desde todos los sectores de la sociedad. Mientras no haya cura para el VIH/SIDA, las estrategias preventivas son de capital importancia. Éstas comprenden la prevención y tratamiento de todas las enfermedades de transmisión sexual. La información, educación y consejo son necesarios para influenciar y cambiar la conducta.

Todas las personas, independientemente de su edad y estado civil, deben tener el derecho a conocer más profundamente la sexualidad y la reproducción. Los *adolescentes* en particular, necesitan saber sobre la sexualidad y la reproducción para protegerse a sí mismos de enfermedades y embarazos inesperados. La educación sexual debe ser impartida en escuelas a través del sistema de salud, organizaciones de jóvenes y medios de comunicación. Deben realizarse esfuerzos especiales para promocionar la idea que la gente joven tiene derecho a los servicios relacionados con sus vidas sexuales y reproductivas. La experiencia sueca ha mostrado que la educación sexual no conduce a una entrada prematura en la vida sexual.

La *mutilación genital femenina* es practicada en muchos países, particularmente en África, entre grupos de diferentes creencias religiosas. Sin embargo, a pesar de sus efectos traumáticos, entre otros, durante el embarazo y el parto, esta mutilación no es percibida como un problema por dichas comunidades. Por lo tanto, se necesita un aumento del conocimiento sobre los efectos nocivos de estas costumbres, por parte de los trabajadores de la salud, funcionarios, ancianos, maestros y, no menos, entre aquellos que realizan la excisión. Los cambios legales y el monitoreo del cumplimiento de las leyes existentes que prohíben esta práctica son también importantes. La práctica dañina de la mutilación genital femenina está siendo vista cada vez más como un tema de los derechos humanos.

La *discriminación y la violencia basadas en el género* son las causas de muchos problemas de salud sexual y reproductiva. La mayoría de los trabajadores de salud carecen de capacitación para detectar y están poco dispuestos a reaccionar ante los signos de acoso sexual, abuso y violación.

Obviamente, el sector salud solo no puede combatir esos graves problemas, pero los trabajadores de la salud tienen un importante papel a jugar, en la medida en que son ellos los que, a menudo, encuentran a las afectadas. Es el deber de todos los sectores de la sociedad, cooperar en la lucha contra la discriminación de las mujeres, brindar protección a las mujeres que se encuentran en peligro y prevenir el abuso sexual y explotación de los niños.

1. Marco teórico

1.1 Un nuevo orden internacional

Una nueva y holística visión sobre la sexualidad y la reproducción, basada en sólidos fundamentos éticos y en derechos humanos, ha aparecido durante la década de los 90. Una serie de conferencias internacionales se han dirigido a la salud, así como a los derechos de las mujeres y los hombres, relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Las conferencias de la ONU

La *Conferencia Internacional sobre Derechos Humanos*, llevada a cabo en Viena, en 1993, discutió la perspectiva de género en los derechos humanos, así como temas controversiales relacionados con los derechos sexuales y reproductivos. Las conclusiones de la Declaración de Viena y la Plataforma de Acción, son que "los derechos humanos de las mujeres y de las niñas son partes inalienables, integrales e indivisibles de los derechos humanos universales."

En 1994, la *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, ICPD*, realizada en El Cairo, reaccionó contra las políticas de planificación familiar predominantes y los programas de reducción de la fertilidad. Un nuevo orden fue creado, con tres amplios temas: derechos humanos, empoderamiento de las mujeres, y salud y derechos sexuales y reproductivos. Anteriormente, las mujeres eran vistas como un grupo elegido para reducir el crecimiento poblacional. La fuerza del nuevo orden radica en que éste pone el acento en que el empoderamiento de las mujeres y la salud de las mujeres constituyen objetivos por derecho propio.

La *Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas*, que se efectuara en Beijing en 1995, confirmó los resultados de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, pero enmarcó sus objetivos dentro de un contexto más amplio de igualdad de género. La conferencia de Beijing reafirmó el foco sobre los derechos humanos individuales y los expresó así en la Plataforma de Acción "los derechos humanos de las mujeres comprenden sus derechos a tener control y decidir libre y responsablemente sobre temas relacionados con su sexualidad..." (§ 96).

Nuevos conceptos

En esas conferencias de la ONU fueron elaborados, definidos y presentados una cantidad de conceptos en los documentos finales. Algunos de los más importantes de esos nuevos conceptos, pueden resumirse del modo siguiente:

- El *empoderamiento de las mujeres* es el proceso mediante el cual las mujeres logran un mejor control sobre sus vidas. Los recursos económicos, las leyes favorables y las reglas institucionales, así como las normas sociales favorables, son importantes para el empoderamiento de las mujeres. Con un aumento de control sobre sus vidas, las mujeres pueden usar sus derechos sexuales y reproductivos para mejorar su salud sexual y reproductiva. La participación masculina y la aceptación del cambio de roles son esenciales para el empoderamiento de las mujeres.

- Con *salud reproductiva* se hace referencia a la capacidad que tienen las personas de engendrar niños. Las mujeres y los hombres tienen derecho a servicios de salud para la anticoncepción y el tratamiento de la infertilidad. Las mujeres tienen derecho de atención para abortar cuando el aborto es legal. Todas tienen derecho a una buena atención en casos de complicaciones por un aborto. Este derecho comprende asimismo, cuidados de salud apropiados durante el embarazo, el parto y el período perinatal.
- Con *salud sexual* se manifiesta que las personas pueden tener una vida sexual segura y satisfactoria, incluido un desarrollo psicosexual saludable. Las relaciones de género deben ser igualitarias, reponsables y de múto respeto. El concepto de salud sexual es más amplio que el salud reproductiva. Su importancia ha sido puesta de manifiesto a través de problemas tales como la pandemia del VIH/SIDA.
- Con *derechos reproductivos* se señala el derecho que tienen las parejas e individuos para decidir y elegir el momento de tener hijos, sin ninguna discriminación, coerción o violencia. Los derechos reproductivos se aplican a todos los hombres y mujeres sexualmente maduros, independiente de su estado civil, e incluyen el derecho a conocimientos sobre sexualidad y reproducción, y a los servicios de salud reproductiva, incluida la regulación de la fertilidad. Éstos comprenden también, el derecho de las mujeres a recibir cuidados de salud materna apropiados.
- Los *derechos sexuales* comprenden el derecho de todas las personas para decidir sobre su vida sexual, con total respeto por la integridad de su pareja, y el derecho de las muchachas y las mujeres a decir no a las relaciones sexuales. Lo antedicho comprende no sólo la legislación, sino también las normas y las prácticas que limitan a las mujeres y a los hombres a tomar responsabilidad ante su conducta sexual. Las sociedades tienen que actuar para eliminar las leyes y prácticas coercitivas.

Contextos cambiantes en el Sector Salud

Las reformas del sector salud han sido dirigidas en forma creciente por los gobiernos y apoyadas por las agencias donantes. Este orden internacional comprende el subsector especial de salud sexual y reproductiva, y toma en cuenta los *contextos* económico, social y político dentro de los cuales tienen que funcionar los programas y servicios. Las estrategias tienen que ser efectivas en sus costos, razonables en sus precios, culturalmente aceptables y sensibles ante el género.

En el endurecido clima económico de la década del 90, *la efectividad en los costos y la equidad social* se han convertido en factores clave, al tiempo que los recursos de los gobiernos y las comunidades donantes han disminuido. El Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos han iniciado un proceso de reexaminación de las políticas de salud y buscan nuevas estrategias para financiar los servicios de salud. Los temas del debate actual están relacionados con temas como: cuáles son los servicios esenciales para asegurar a la población un nivel razonable de salud sexual y reproductiva; cuáles son los servicios que pueden ser ofrecidos por los servicios de salud pública y cuáles pueden ser externamente contratados en el sector privado; cuáles son los servicios que pueden ser pagados a precios razonables por las personas; y cómo se puede asegurar que las personas que no tienen capacidad de pago tengan acceso a los servicios esenciales.

La *organización y la administración* de esos servicios esenciales es un tema no sólo de costo-efectividad, sino también de calidad de los servicios, así como el uso más racional de los trabajadores de la salud. La oferta *integrada* de servicios sigue siendo un tema de debate. A nivel periférico, la integración es vista como la forma más sencilla de enfrentar las necesidades de la salud. Pero la discusión involucra también cuánto trabajo puede realizar un trabajador de la salud a nivel comunitario y qué servicios necesitarán algún tipo de sistema de entrega separado. La *calidad* de los servicios está estrechamente ligada a la descentralización de la toma de decisiones y la participación de los consumidores, no menos de las mujeres, en la planificación y monitoreo de los servicios.

La promoción y la información pública dirigidas hacia los representantes políticos y autoridades de otros sectores también necesitan una renovada atención. Los mensajes han cambiado en el nuevo orden. Los conceptos que necesitan ser promovidos son, posiblemente, poco fáciles de aceptar, y necesitan sus promotores. Los defensores de la salud de las mujeres han sido activos en la promoción del nuevo orden y continuarán jugando un papel importante. En la última década ha habido un enorme desarrollo en la tecnología de la información, pero los mensajes difundidos a través de ellos, así como mediante otros canales, necesitan ser diferenciados y mejor dirigidos.

Las necesidades de *evaluación de métodos* y de *investigación aplicada* son obvias si los países y agencias tienen seriedad en la implementación del nuevo orden. Hay una necesidad de construir la capacidad de investigación aplicada dentro del sistema de salud para encontrar vías más efectivas de involucrar a los planificadores a nivel de distrito y para crear lazos fuertes dentro de este trabajo, entre las autoridades administrativas y los investigadores. La comunidad internacional necesita colaborar en el monitoreo del progreso de la implementación de las resoluciones de El Cairo y Beijing. Se tiene que dar tiempo para que las nuevas ideas y conceptos sean aceptados y firmemente anclados, no sólo en la cúspide del nivel político, sino a través del sistema de salud y entre la gente común de diferentes países.

1.2 Perspectivas de Asdi

Experiencias en cooperación para el desarrollo

La salud reproductiva ha sido importante en la historia de la cooperación sueca para el desarrollo desde sus comienzos. Esta perspectiva fue ampliándose gradualmente, desde la planificación familiar, la salud materna y la educación sexual hasta la extensa área que hoy es cubierta por esta estrategia.

Suecia ha sido pionera en el apoyo internacional para la planificación familiar desde hace ya 40 años, el que comenzara en Ceilán (actual Sri Lanka) en 1958 y en Pakistán en 1961. La introducción de dos nuevos anticonceptivos en la década de los 60, el DIU (dispositivo intrauterino) y la pildora, fueron elementos importantes en el comienzo de los proyectos de planificación familiar, y guiaron actividades para incrementar el acceso a los anticonceptivos.

Desde 1960 hasta 1968, el rubro de presupuesto para planificación familiar de la asistencia sueca para el desarrollo, ascendió de un pequeño porcentaje al 12% del presupuesto bilateral para el desarrollo. El Parlamento sueco había seleccio-

nado un número limitado de países receptores de asistencia para el desarrollo. Pero el problema global de población fue considerado tan importante que el Parlamento decidió que el apoyo a los proyectos de planificación familiar podría ser concedido a cualquier país que lo solicitara.

En los primeros años de la década del 70, 35 países recibían ayuda de Suecia para proyectos de planificación familiar. Este fue un agregado a las sustanciales contribuciones al Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población, FNUAP, a la Federación Internacional de Planificación de la Familia, IPPF, y al Programa Especial de Investigación y Capacitación en Reproducción Humana, HRP, dentro de la OMS. La conferencia de la ONU sobre población que tuvo lugar en Bucarest en 1974, marcó un cambio de políticas basado en la experiencia que señalaba que no era suficiente con simplificar el acceso a los anticonceptivos. La gente necesitaba ser informada y motivada para usar la planificación familiar. Fueron lanzados entonces programas de información y educación, de comunicación social y de educación sexual, todos los cuales fueron también apoyados por Suecia.

En 1979 cuando siete de los llamados pilares de la Atención Primaria de Salud fueron lanzados por la OMS y UNICEF en Alma Ata, la atención a la salud materno infantil (MCH) incluyendo la planificación familiar, fue definida como uno de esos pilares. La perspectiva integrada se convirtió en la base de la cooperación de Asdi para el desarrollo de la salud durante la década de los 80.

La formulación de la política de cooperación sueca para el desarrollo en la década del 80 fue influida por dos importantes decisiones de Asdi. La primera está relacionada con India y su programa nacional de planificación familiar. Las campañas de esterilización coercitivas llevaron a la caída del gobierno de Gandhi. En 1979, Asdi decidió retirar su ayuda por razones éticas. Una decisión similar fue tomada en 1985, en relación a Bangladesh, cuando el uso de incentivos y disincentivos en el programa nacional de planificación familiar provocaron el retiro de la ayuda de Asdi.

A partir de entonces, una perspectiva más amplia fue aplicada en forma creciente con respecto a la sexualidad y la reproducción. Las reflexiones producidas a partir de estas decisiones aparecen en las políticas y las declaraciones oficiales suecas, en el *Plan de Acción de Asdi para la Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva*, y en un gran número de proyectos apoyados por Asdi. Los programas de salud y derechos sexuales y reproductivos reciben en la actualidad aproximadamente el 40% del desembolso de Asdi para el desarrollo en salud.

La *Política de la Cooperación para el Desarrollo en el Sector Salud* de 1997 proporciona el marco general de la política de Asdi para la cooperación en salud. El recientemente publicado *Documento sobre Población, Desarrollo y Cooperación* de 1997, resume la visión de Asdi sobre las relaciones entre la dinámica demográfica y el desarrollo.

Estrategias clave de desarrollo

Basadas en los objetivos de Asdi para la cooperación para el desarrollo, Asdi ha desarrollado cuatro estrategias clave vinculadas entre sí, que guiarán todas sus tareas de cooperación internacional. Las mismas están elaboradas en cuatro programas de acción específicos y dirigidas hacia

- mitigación de la pobreza
- promoción de la igualdad de género

- promoción de la paz, la democracia y los derechos humanos
- desarrollo ambiental sostenible

La salud y los derechos sexuales y reproductivos están vinculados a los cuatro programas de acción.

La *pobreza* es reconocida como la raíz de la poca salud y la muerte prematura en todo el mundo. La mayoría de los pobres son mujeres. La abrumadora mayoría de las muertes maternas ocurren en los países pobres. Las razones comprenden la desnutrición y las condiciones de vida relacionadas con la pobreza, así como la carencia de servicios. La alta tasa de fertilidad que aumenta los riesgos de la salud reproductiva, también está relacionada con la pobreza. Los pobres también están más expuestos a la prostitución y a la explotación de los niños.

La *igualdad de género* es central con respecto a los temas relacionados con la sexualidad y la reproducción. Las mujeres y los hombres tienen roles, necesidades y perspectivas diferentes, las cuales deben ser respetadas. Pero en las sociedades patriarcales, el control sobre las mujeres se expresa de numerosas maneras, entre ellas, como control masculino sobre la sexualidad y la capacidad reproductiva de las mujeres. El empoderamiento de las mujeres es esencial para la protección de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

Hay un reconocimiento creciente sobre la importancia de las *instituciones democráticas y el respeto por los derechos humanos*. Para poder tomar la responsabilidad de su conducta y su propia salud, los hombres y las mujeres necesitan por lo menos un mínimo de control sobre sus propios cuerpos, sus condiciones de vida y alguna participación en temas políticos.

El *desarrollo ambientalmente sostenible* requiere un mejor cuidado de los recursos naturales y equilibrio entre el crecimiento poblacional, el desarrollo tecnológico y los recursos naturales. La nutrición deficiente produce graves efectos sobre la salud materna y del recién nacido. El uso de pesticidas en la agricultura y productos químicos en los procesos industriales ocasiona riesgos en la salud de las mujeres. La salud reproductiva de los hombres también está amenazada. En algunos países, los factores ambientales dañan la calidad del esperma. En numerosas áreas poluidas una creciente cantidad de niños nacen con bajo peso y defectos.

Formas de cooperación

La cooperación sueca en el sector salud se realiza a través de diferentes divisiones y departamentos de Asdi. La División de Salud del Departamento de Democracia y Desarrollo Social, DESO, tiene la responsabilidad general.

En la *cooperación bilateral para la salud*, de país a país, la División de Salud participa en la preparación de una estrategia general para cada país, a fin de analizar el sector salud y definir prioridades. La salud y los derechos sexuales y reproductivos son una prioridad en la cooperación para la salud.

Los programas o proyectos *financiados* por Asdi pueden ser implementados por el gobierno contraparte o canalizados a través de una organización multilateral, por ejemplo, el Banco Mundial o el Fondo Internacional de las Naciones Unidas de Socorro a la Infancia (UNICEF). El mayor énfasis dentro de los programas de cooperación está puesto en la *capacitación*, la que puede ser alcanzada mediante diferentes mecanismos, incluyendo la asistencia técnica y el fortalecimiento insti-

tucional, y efectuada por empresas consultoras y a través de colaboración institucional.

La División Salud también es responsable de la asignación de los fondos de desarrollo de programas. Esos fondos son utilizados, en su mayor parte, en los esfuerzos globales para afianzar el *trabajo normativo*, tal como el desarrollo de métodos y políticas, y la investigación operativa en áreas prioritarias. Este trabajo puede ser realizado por organizaciones de las Naciones Unidas, particularmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para Actividades en Materia de Población (FNUAP), o por organizaciones internacionales de voluntarios, por ejemplo, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF). Un trabajo innovativo en políticas y promoción es a menudo realizado por ONGs pequeñas que merecen apoyo por destacar delicados asuntos relacionados con la sexualidad y la reproducción.

Los *programas internacionales de capacitación* en salud y derechos sexuales y reproductivos reciben ayuda a través del Departamento de Infraestructura y Cooperación Económica, INEC.

Asdi también apoya a las ONGs de otros países mediante las ONGs suecas, a través del Departamento de Cooperación con Organizaciones No-Gubernamentales y Asistencia de Emergencia, SEKA.

El Departamento de Cooperación para Investigación, SAREC, es responsable por la *cooperación para investigación y la capacitación para la investigación*. Tienen prioridad la construcción de la capacidad de investigación y el fortalecimiento de las instituciones a nivel nacional. En los programas internacionales de investigación, SAREC tiene especial cuidado en asegurar que las prioridades de los países pobres estén reflejadas, y que los investigadores de todos los países trabajen en conjunto y equidad.

1.3 Experiencias nacionales suecas

Las luchas de las mujeres suecas por la igualdad y el empoderamiento tienen una larga historia. La educación obligatoria para niños y niñas comenzó en 1842, la igualdad de derecho a la herencia se estableció en 1845. Durante las décadas siguientes, las mujeres suecas alcanzaron el derecho a la educación superior y el derecho al empleo remunerado. Finalmente, en 1921, las mujeres lograron la igualdad de derecho al voto. Estos avances produjeron un aumento de atención sobre las temas relacionados con las mujeres en la legislación y las políticas. Las organizaciones de mujeres, el movimiento obrero y otros movimientos populares fueron participantes activos de este proceso político.

En la actualidad, las mujeres toman parte en los *procesos de decisión* a todos los niveles de la sociedad. Las mujeres representan el 40% de los miembros del parlamento y cubren la mitad de los cargos ministeriales. Más del 80% de las mujeres electas forman parte de la fuerza de trabajo activa. Sin embargo, muchas mujeres trabajan a medio tiempo y el mercado laboral está todavía segregado. Las mujeres representan la mayoría de los trabajadores en el sector público, especialmente en el sector de servicios, mientras que los hombres tienden a elegir dentro de una oferta más amplia de trabajos y profesiones. Existe todavía una diferencia sustancial entre el sueldo promedio de los hombres y el de las mujeres.

El empoderamiento de las mujeres en el transcurso de este siglo, así como los cambios en la situación de los niños, ha originado gradualmente *un cambio de roles de los hombres suecos*. En los comienzos, eran los movimientos de mujeres los que luchaban para que las mujeres y los hombres compartieran las responsabilidades en el hogar y con los hijos. A partir de la década del 60, empezó a ser cada vez más común que el padre esté presente en el parto de su hijo. En 1974, el derecho a permiso por maternidad, fue modificado para que el padre y la madre del niño tengan iguales derechos a compartir esa licencia de trabajo pagada para hacerse cargo del niño recién nacido. Aún cuando todavía son las mujeres quienes se acogen a esa licencia en la mayoría de los casos (98%), alrededor de la mitad de los padres de niños nacidos en 1989 tomaron cierto tiempo de ese permiso. Esto ha contribuido a cambiar el rol paterno de los hombres.

Desde la década de 1980, la custodia compartida de los hijos es la regla general en casos de divorcio. La idea es que los adultos se pueden separar entre sí, pero el niño tiene derecho a ambos padres.

La *salud materna* en Suecia es buena, con uno de los niveles mundiales más bajos de mortalidad materna y perinatal. Desde el comienzo de este siglo, el aumento sustancial del nivel de vida y la educación han asegurado una mejor salud materno-infantil. Otro factor importante que contribuye a estos resultados es el sistema público de atención de salud materna accesible desde la década del 30. Hoy, prácticamente todas las mujeres en estado de espera concurren a los centros de salud materna para controlar su embarazo. Al mismo tiempo, tanto las mujeres embarazadas como los padres, reciben educación para padres, brindada por una partera. El alto nivel de la educación en obstetricia, el rol independiente de la partera, además de los avances en el desarrollo técnico en atención obstétrica y el acceso al aborto libre y seguro, han sido los factores que contribuyeron al alto nivel de la salud materna en Suecia.

El *patrón reproductivo* de Suecia comenzó a cambiar en forma notoria alrededor de 1870. Hasta esa fecha, las mujeres habían tenido hijos a lo largo de todos sus años fértiles. El nuevo patrón estaba representado por una concentración de nacimientos en un corto período de tiempo después del matrimonio, y luego se recurría a una regulación de la fertilidad. El cambio, iniciado en las familias de clase media, fue gradualmente asimilado por las familias pobres. La reacción de la sociedad ante estos cambios se hizo presente con la introducción de la ley de 1910 que prohibía la información y la distribución de métodos de control de la fertilidad. Esa ley tuvo vigencia hasta 1938, año de su abolición. Al mismo tiempo, se introducía la primera ley sobre el aborto, que contemplaba casos de aborto bajo ciertas indicaciones médicas, humanitarias o eugenésicas. Desde 1974 el *aborto* es libre y puede ser solicitado por todas las mujeres. La actual ley de aborto fue introducida junto con servicios perfeccionados en anticonceptivos y consejería. Es digno de notarse, que los cambios de legislación no han producido un aumento en el número de abortos.

La *regulación de la fertilidad* está basada en el derecho de todos los individuos a tomar decisiones en lo que concierne a su propia fertilidad. La provisión de anticonceptivos es responsabilidad del sistema de salud. A mediados de 1990, el promedio de niños había descendido a 1,6 por mujer.

Las actividades para diagnosticar, tratar y prevenir las *enfermedades de transmisión sexual* están integradas a la atención primaria de salud y se ha reforzado con la aparición del VIH/SIDA. Se realizan esfuerzos especiales para alcanzar particu-

larmente, a los grupos de alto riesgo, tales como los drogadictos intravenosos y los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

La educación sexual se hizo obligatoria en la escuelas en 1955. Los contenidos y la metodología se desarrollaron en el transcurso de los años y, en la actualidad, cubre tanto los aspectos que afirman la vida como los riesgos relacionados con la sexualidad. Esta educación comienza en la escuela primaria.

En Suecia se ha producido una apertura creciente en lo concerniente a los asuntos sexuales y el derecho de las personas a tener una vida sexual, independientemente de su estado civil y su edad, a partir de los 15 años. Desde 1988 los homosexuales tienen derecho legal a registrar su pareja, pero no se pueden casar, ni juntos adoptar niños.

La *mutilación genital femenina* era desconocida en Suecia hasta que el número en ascenso de inmigrantes y refugiados, mayormente de África, pusieron de manifiesto la existencia de la misma. Esta práctica nociva está prohibida en Suecia por ley desde 1982, y puede llevar a sentencias de entre 2 a 10 años de cárcel para el que la ejecute.

Es un hecho aceptado que los *adolescentes*, tanto muchachos como chicas, son sexualmente activos. Además de los conocimientos brindados por los padres, la escuela y los medios de comunicación, los adolescentes tienen acceso a centros especiales para jóvenes, organizados por los servicios de salud. Allí pueden obtener información y servicios sensibles al género, por ejemplo, para controlar enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH, y para prevenir embarazos inesperados. La experiencia sueca ha mostrado que la educación sexual no ha llevado a una entrada precoz en la vida sexual.

2. Estrategias

2.1 Objetivos

En relación con el embarazo y el parto mueren cada año una cantidad de mujeres estimada en 580 000. Por cada mujer que muere, entre 200 y 300 sobreviven, pero sufrirán enfermedades crónicas o disminución física (FNUAP Situación de la Población Mundial en 1994).

La estrategia de Asdi para la salud y los derechos sexuales y reproductivos se basa en la convicción de que la salud y los derechos sexuales y reproductivos ocupan un lugar central en la dignidad y el bienestar humanos. Todas las personas son seres sexuados y la sexualidad es necesaria para la sobrevivencia de la especie humana. La conducta sexual tiene profundas consecuencias para los individuos, las familias y las sociedades. Para los individuos, las relaciones sexuales pueden indicar conexiones afirmativas o destructivas relacionadas con la vida. Para las familias y las sociedades, una mayor cantidad de niños significa trabajo y talento, pero también más seres dependientes.

El objetivo de la cooperación de Asdi con los países y organizaciones contrapartes en los terrenos de la salud sexual, la salud reproductiva y los derechos sexuales y reproductivos es que mujeres y hombres:

- tengan la capacidad de mantener relaciones sexuales responsables y satisfactorias desde el punto de vista de la salud y la equidad, y experimenten un desarrollo sexual saludable;
- logren sus intenciones reproductivas, el espaciamiento y número deseado de hijos, en forma segura y con buena salud;
- eviten malestar, enfermedad y heridas relacionadas con la sexualidad y la reproducción, y reciban adecuados consejos, cuidados y rehabilitación;
- logren igualdad de derechos en la vida privada así como en la pública.

Para alcanzar los objetivos arriba mencionados, Asdi focalizará las áreas estratégicas que son de importancia crucial para la salud y los derechos reproductivos de las mujeres y los hombres. Las áreas elegidas se prestan por sí mismas a las intervenciones y son posibles receptoras de ayuda de las agencias donantes. Sin embargo, a nivel de distrito, estas áreas están estrechamente interrelacionadas y pueden formar programas integrados.

Cada área está orientada en términos de problemas focalizados y amplios, implicaciones para los servicios de salud y su relación con los derechos humanos y la legislación. Las conclusiones resumidas de cada área están presentadas en este documento en forma de recuadros. La sección final describe los puntos de vista de Asdi sobre investigación y fortalecimiento de la capacidad de investigación.

Las áreas seleccionadas son:

- derechos humanos e igualdad de género;
- salud materna y atención al recién nacido;
- servicios de regulación de la fertilidad;
- aborto;
- VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;
- salud del adolescente;

- mutilación genital femenina;
- discriminación, violencia y abuso.

2.2 Derechos humanos e igualdad de género

Los derechos humanos son universales y aplicables a todas las personas. Mediante acuerdos internacionales los gobiernos se han comprometido a no discriminar a las mujeres y los niños. Toda estrategia para mejorar la igualdad de género y la salud sexual y reproductiva debe estar basada en el hecho que los derechos de las mujeres han sido definidos y aceptados como derechos universales en las conferencias de la ONU de Viena, El Cairo y Beijing. Los derechos humanos, como son definidos por la legislación internacional, tienen consecuencias para las naciones. Los países son responsables por el cumplimiento de los derechos humanos. Los tratados y acuerdos sobre derechos humanos imponen restricciones sobre lo que los gobiernos pueden hacer; definen las obligaciones de los gobiernos para defender a mujeres y hombres contra las violaciones de sus derechos, y elevan demandas a los gobiernos para asegurar los derechos humanos de las personas. Sin embargo, los tratados internacionales sólo se alcanzan obligatoriedad legal ante un estado cuando son ratificados, y la ratificación nacional está, a menudo, rezagada. Además, los procedimientos internacionales para el monitoreo de su cumplimiento e implementación no son siempre efectivos.

El empoderamiento es importante para la participación de las mujeres en la vida pública y para sus posibilidades de tomar decisiones en la vida familiar. El empoderamiento supone los derechos reales de las mujeres y las niñas, así como la creación de condiciones capacitadoras, bajo la forma de marcos legales, cambio de normas y valores, y acceso al conocimiento y a los servicios. La educación y el control de los recursos, así como la participación femenina en posiciones de liderazgo y toma de decisión, son elementos importantes en el proceso de empoderamiento.

Se necesitan reformas urgentes en la legislación nacional para eliminar las leyes discriminatorias y para proveer de efectiva protección contra la discriminación basada en el género. Reducir las desigualdades basadas en el género es un gran desafío, ya que éstas están extendidas y reforzadas por las tradiciones culturales, así como por las estructuras sociales, económicas y políticas.

Numerosas leyes afectan directa e indirectamente la salud reproductiva y sexual. Muchas de ellas se encuentran en la legislación familiar e incluyen materias tales como la edad legal mínima para contraer matrimonio, el consentimiento de la mujer para el matrimonio y la igualdad de derecho de divorcio. En muchos países las mujeres necesitan la autorización del esposo, aún para realizar tareas cotidianas como ir al médico. En la mayoría de los países las mujeres no tienen igualdad de acceso a la propiedad, al empleo y los beneficios sociales o a la participación política. De particular relevancia para las mujeres, son las leyes laborales y las leyes sobre derecho de propiedad sobre tierras propias y heredadas, para tomar préstamos y créditos y para viajar libremente.

De igual importancia al cambio de la legislación, son los esfuerzos para difundir las leyes existentes. En muchos países, los grupos de mujeres y otras ONGs trabajan activamente en educar a las mujeres sobre sus derechos y sobre cómo acceder al sistema legal.

La edad legal mínima para contraer matrimonio es 15 años en trece países, la mayoría de ellos ubicados en América Latina y África Occidental. Unos pocos países permiten el matrimonio cuando la muchacha alcanza los doce años de edad. (IPPF, Carta de Derechos Reproductivos, 1996)

Las relaciones de igualdad de género necesitan estar basadas en una redefinición de los derechos y responsabilidades de los hombres y las mujeres en todas las esferas, comprendida la familia, el lugar de trabajo y la sociedad en general. Los cambios en la situación de la mujer, de la dependencia y la sumisión a un creciente empoderamiento y participación, darán como resultado cambios en los roles de los hombres en la sociedad así como en sus roles sexuales y reproductivos. Este es un desafío para motivar la participación de más hombres en la definición de las visiones y estrategias para alcanzar una sociedad más igualitaria en género.

En los modelos tradicionales de diferencia de género, los hombres tienen desventajas y costos. Las normas y prácticas culturales de la masculinidad y las expectativas volcadas sobre los hombres como líderes, maridos e hijos, causan en los hombres un interés concentrado en las necesidades materiales de sus familias, más que en las relaciones nutricionales o de cuidados, comúnmente adjudicadas a las mujeres.

El nexo entre las mujeres y la reproducción ha llevado a descuidar a los hombres y sus roles sexuales y reproductivos como esposos, padres y, no menos, como hombres. Es esencial tratar las necesidades, derechos y obligaciones sexuales y reproductivos de los hombres, en relación a sí mismos, a sus compañeras y a sus hijos. Los hombres tienen responsabilidades emocionales y económicas para los hijos habidos dentro y fuera del matrimonio.

La eliminación de las desigualdades y la violencia basadas en el género, tiene que extenderse más allá del sector salud. Para asegurar un cambio fundamental, se requiere el compromiso y la participación de todos los sectores. La base de un desarrollo humano positivo es asegurar el respeto mutuo entre las personas.

Derechos humanos e igualdad de género

Asdi focalizará acciones estratégicas para:

- Crear condiciones para el empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género;
- Conocimiento sobre los tratados y convenciones internacionales de relevancia sobre derechos humanos, y el monitoreo y la observancia de los mismos;
- Legislación sobre derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres, así como un mejor conocimiento de esos derechos;
- Cambios en las leyes nacionales y la creación de condiciones que permitan aumentar el empoderamiento de las mujeres, por ejemplo, el derecho de las muchachas embarazadas de completar la escolaridad;
- Cambios en los roles de los hombres en la sociedad y en relación a la sexualidad y la reproducción, por ejemplo, a través de trabajo de grupos masculinos.

2.3 Salud materna y cuidados del recién nacido

En los países pobres, la mayor parte de las mujeres embarazadas están expuestas a considerables riesgos de la salud. La meta de la atención de salud materna es salvaguardar la salud de la mujer y del recién nacido, a través de la reducción de las deficiencias nutricionales, la morbilidad, y la mortalidad durante el embarazo y parto y durante el puerperio.

Las reducciones de la mortalidad materna relacionadas con el parto dependen en gran medida, del acceso a una atención calificada durante el período de gestación y a la atención obstétrica de emergencia. La calidad y el acceso a los cuidados de salud maternos varían considerablemente dentro y entre países.

Muchas complicaciones del embarazo y el parto pueden ser prevenidas mediante atención y seguimiento prenatales adecuados para detectar los embarazos de alto riesgo. Pero los métodos comúnmente accesibles para el seguimiento, sólo identifican alrededor de la mitad de aquellas mujeres embarazadas que pueden llegar a desarrollar problemas agudos. Las complicaciones en el alumbramiento pueden ocurrir inesperadamente y requieren tratamiento médico inmediato. Por lo tanto, para poder enfrentar esas complicaciones, son cruciales una atención hospitalaria básica y en buen funcionamiento, que incluya servicios de cirugía de acceso inmediato y un banco de sangre en funcionamiento. Esos servicios deben estar a disposición en el primer nivel derivación, por ejemplo, el hospital de distrito, pero en muchos casos, esos servicios pueden, y deben, ser accesibles también en los centros de salud.

La atención en el período puerperal se proporciona para evitar infecciones en la madre y el niño después del nacimiento y para cuidar al recién nacido. La tasa global de mortalidad infantil se ha mejorado. Sin embargo, los decesos perinatales, definidos por el nacimiento de un niño muerto y las muertes acaecidas durante la primera semana de vida, sólo han descendido ligeramente. Las muertes perinatales reflejan los problemas relacionados con el embarazo y el parto. La consejería sobre anticonceptivos y las vacunaciones son también elementos importantes de los cuidados de puerperio.

En muchos otros países, las parteras con formación médica representan la piedra angular de los programas prenatales modernos y la atención normal del nacimiento. Actualmente, una educación avanzada de parteras cubre partos normales, cuidado de niños y recién nacidos, servicios de salud sexual y reproductiva, detectamiento de condiciones anormales y criterios para definir el momento de recurrir a la asistencia médica, así como capacitación para desempeñar intervenciones de emergencia en caso de no tener acceso a un médico. La mayoría de las parteras son mujeres. Las parteras son importantes en la consejería y suministro de métodos para la regulación de fertilidad y otros servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, las parteras más capacitadas tienden siempre a estar apostadas en hospitales y en puestos administrativos o educativos. En la mayoría de los países contraparte, pasará largo tiempo antes de que haya suficientes enfermeras-parteras en la periferia para brindar atenciones de parto calificadas.

Es por eso que también se necesita capacitar a otros profesionales entre los trabajadores de la salud, por ejemplo, enfermeras y ayudantes de enfermería, en cuidados prenatales y parto. En ese sentido, la cobertura de nacimientos a ser realizada por trabajadores de la salud capacitados puede ser sustancialmente aumentada. La fuerza de trabajo masculina que trabaja en la salud, también es

La mortalidad materna es doblemente superior entre las adolescentes que entre las mujeres comprendidas en el grupo de 20-24 años. (OMS, Informe Mundial de Salud, 1995)

Se estima que sólo un 55% de todos los nacimientos en el mundo es atendido por personal capacitado. (OMS, Consejo Ejecutivo, 1991).

necesaria para llegar a los hombres con información y servicios relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Las comadronas tradicionales son importantes guardianas y educadoras de salud, pero sólo tienen una limitada capacidad para prevenir los decesos maternos y para tratar complicaciones de parto de emergencia. Los programas de entrenamiento para comadronas tradicionales deben ser continuos y tener como su objetivo la inclusión de esta categoría dentro del sistema de salud, mejorar sus conocimientos en higiene obstétrica y la identificación de las madres de alto riesgo para su derivación.

Un ambiente que apoye el amamantamiento es esencial tanto para el niño como para la madre. Los servicios de salud deben apoyar y promover el amamantamiento a través de rutinas adecuadas, por ejemplo, en hospitales adaptados para niños. Para proteger el amamantamiento contra los intereses comerciales, el Código Internacional de Comercialización de Sustitutos de Leche Materna debe ser monitoreado y reforzado nacional y localmente. Se defiende el amamantamiento como único alimento hasta los cuatro a seis meses, pero se requerirá un gran esfuerzo para que esta meta sea alcanzada. Las madres trabajadoras carecen de condiciones propicias, comprendidos los derechos legales, que les permitan amamantar a sus hijos.

Salud materna y cuidados del recién nacido

Asdi focalizará acciones estratégicas para:

- Cobertura de servicios prenatales, parto y cuidados del recién nacido de buena calidad a nivel de la comunidad;
- Atención obstétrica de emergencia y servicios de derivación en funcionamiento;
- Competencia en partos entre el personal de salud, y roles y responsabilidades mejor definidos para las parteras con capacitación médica;
- Posibilidades de amamantamiento para las mujeres, directamente después del parto y también en sus lugares de trabajo;
- Protección contra la comercialización antiética de sustitutos de la leche materna.

2.4 Servicios para la regulación de la fertilidad

La regulación de la fertilidad se practica en todas las sociedades. Según la OMS la regulación de la fertilidad comprende el retardo de la fecundidad mediante métodos anticonceptivos y la conclusión de embarazos inesperados. El equilibrio entre métodos de prevención y conclusión de un embarazo inesperado varía, pero si ambos, los anticonceptivos y el aborto seguro, son accesibles, la gente usa los anticonceptivos como primera elección, con el aborto como medida de respaldo si el anticonceptivo fracasa.

La planificación familiar ha sido extensamente propagada en las últimas tres décadas, especialmente en lo referido a reducir la fertilidad. Los programas convencionales de planificación familiar han insistido en el uso de métodos anticon-

ceptivos modernos y efectivos, en tanto se prestaba poca atención al preservativo masculino y otros métodos de barreras protectoras. Los anticonceptivos hormonales y técnicos fueron introducidos sin una adecuada información al alcance del público acerca de su función o sus efectos sobre la salud, mientras los métodos tradicionales como la interrupción del coito, la amenorrea por lactancia o la abstinencia fueron ignorados o desacreditados.

La nueva perspectiva sobre la regulación de la fertilidad está focalizada sobre la salud reproductiva y la calidad de los servicios. Las parejas y los individuos tienen derecho a elegir el momento del uso del anticonceptivo. Si así lo desearan, tendrán acceso a una correcta información y servicios sobre una amplia gama de métodos anticonceptivos. Todas formas de coerción, incluyendo desincentivos y ensayos de investigación antiéticos, serían suspendidos.

El poder controlar la propia fertilidad es un derecho reproductivo de todas las mujeres y los hombres sexualmente maduros. Este derecho es violado de muchas formas. En todo el mundo, aproximadamente unos veinte países carecen todavía de apoyo oficial para los programas de servicios anticonceptivos. Algunos países restringen legalmente el acceso a algunos grupos a los anticonceptivos modernos, por ejemplo, los adolescentes. Los derechos reproductivos de las personas pueden también ser manipulados mediante el uso de incentivos y desincentivos por parte del personal de salud hacia los clientes de anticonceptivos y esterilización.

En la investigación de nuevos y mejorados anticonceptivos, convenientes para mujeres y hombres, los estudios biomédicos deben estar mejor integrados a las investigaciones sociales y de conducta humana, para afianzar la comprensión de las necesidades y limitaciones bajo las cuales los métodos van a ser usados.

Alrededor de una tercera parte de las parejas de los países en vía de desarrollo utilizan métodos anticonceptivos masculinos, o métodos que requieren la cooperación masculina. Todavía, sólo una pequeña parte de los esfuerzos de los programas de planificación familiar están comúnmente dirigidos hacia los hombres. (Desafíos de la Paternidad Planificada 1996 / 2)

Servicios para la regulación de la fertilidad

Asdii focalizará acciones estratégicas para:

- Capacitación y educación continuas para los proveedores de servicios y las autoridades responsables de políticas acerca de cómo respetar los derechos sexuales y reproductivos de las personas;
- Provisión de asesoría personal de calidad sobre sexualidad, reproducción y asuntos de género, independientemente del estado civil y la edad;
- Provisión de servicios para la regulación de la fertilidad accesibles, de buena calidad y con una amplia oferta de métodos anticonceptivos a precios razonables.

2.5 Aborto

El aborto es, política y éticamente, un tema delicado y todavía es ilegal en muchos países. Recién en los últimos años se ha reconocido el aborto inducido como un tema importante para la salud de las mujeres. En la conferencia de El Cairo se realizaron significativos progresos, donde se reconoció el aborto inseguro como un "importante asunto de la salud pública". La conferencia de Beijing consideró

el aborto inducido como un método de regulación de la fertilidad y dejó sentado que los gobiernos deben "considerar la revisión de las leyes que contengan medidas punitivas contra las mujeres que hayan efectuado abortos ilegales". Esta recomendación puede llevar a una apertura hacia la despenalización del aborto.

El aborto es practicado en todo el mundo por las mujeres, independientemente del rango legal del aborto o la calidad de los servicios. Aún en sociedades donde los anticonceptivos son accesibles y comúnmente usados, como en Suecia, habrá siempre situaciones en las que las mujeres tienen que tomar en consideración el aborto y necesitan acceso a servicios de aborto seguro.

Las complicaciones que surgen por los abortos ilegales suman alrededor del 25%, en algunas zonas entre el 30% y el 50%, de las muertes maternas y están, casi en su mayoría, limitadas en los países en vía de desarrollo. (OMS, complicaciones del aborto. Lineamientos y directivas técnicas para prevención y tratamiento, 1995)

En muchos países de todo el mundo, el aborto es un serio y descuidado problema de la salud pública. Las consecuencias sociales y de salud para las mujeres que abortan difieren considerablemente entre países, y aún dentro de ellos. El aborto inseguro constituye la mayor causa de mortalidad materna, y la abrumadora mayoría de todas las muertes maternas ocasionadas por el aborto tienen lugar en los países pobres. El aborto inseguro puede conducir también a la infertilidad.

La regulación de la menstruación (RM) se utiliza para la conclusión temprana de los embarazos. Esos servicios pueden ser proporcionados por trabajadores de la salud capacitados o paramédicos, y de este modo es accesible aún para las mujeres que viven en zonas rurales. La RM es comúnmente aceptada por las mujeres como un método para reestablecer la menstruación normal, sin tener en cuenta el origen del retraso.

Hablando en términos generales, la mortalidad y la morbilidad relacionadas con el aborto son más altas en los países donde el aborto es ilegal o legalmente restringido, donde los servicios de salud reproductiva son insuficientes, y donde las mujeres no tienen control sobre su sexualidad y fertilidad. En los lugares donde el aborto es legal, los servicios de salud pueden prevenir el abuso clandestino sufrido por las mujeres en situación de riesgo. Las experiencias de muchos países confirman que la legalización del aborto no aumenta la tasa de abortos. La legalización solamente determina si los abortos son realizados bajo condiciones de seguridad o inseguridad.

Para reducir el número de abortos inseguros y la mortalidad relacionada con el aborto, es necesario cumplir una cantidad de pasos. Éstos comprenden la legalización del aborto, la igualdad de derechos y oportunidades para las mujeres y adecuada atención de salud reproductiva, incluyendo los servicios de anticonceptivos y de aborto. Todos estos son igualmente importantes.

Aborto

Asdi focalizará acciones estratégicas para:

- Acceso a una conclusión médicamente segura del embarazo, incluida la regulación menstrual;
- Acceso a cuidados calificados ante complicaciones relacionadas con el aborto;
- Liberalización de las leyes de aborto y despenalización de las mujeres que han abortado en forma ilegal.

2.6 VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual

Cuando comenzó la epidemia de SIDA, hace apenas unos 15 años, se creía que era una enfermedad que afectaba principalmente a los hombres. El virus VIH puede ser transmitido de varias formas, pero la más común es la transmisión sexual que representa las 3/4 partes de todos los casos. Las mujeres están cada vez más afectadas. Globalmente, más del 40% de los infectados son mujeres. En muchos países, predominantemente en África, de entre los nuevos infectados hay por lo menos tantas mujeres como hombres. Las mujeres embarazadas transmiten la infección al feto/recién nacido en una tercera parte de los casos. La mayoría de los adultos infectados recientemente son menores de 25 años.

Las mujeres jóvenes figuran entre los receptores más susceptibles al VIH, tanto por razones biológicas como sociales. Los hombres mayores prefieren mujeres jóvenes, en parte, porque tienen la esperanza que una compañera más joven tiene menos probabilidades de ser VIH positiva. Si la muchacha es forzada a la relación sexual, el riesgo de contagio aumenta notablemente. La vulnerabilidad de las muchachas y mujeres jóvenes es evidente a partir de las estadísticas de mortalidad por SIDA. En promedio, las estadísticas señalan que las mujeres mueren 10 años antes que los hombres.

Las enfermedades transmitidas por contagio sexual (ETS) comenzaron a recibir más atención por parte de los servicios de salud, cuando se demostró que el VIH se difundía mucho más rápido en países en los que las ETS no tratadas eran comunes. Los programas de ETS tienden a enfatizar los aspectos curativos. La pandemia de VIH/SIDA hizo urgente la necesidad de integrar los programas de ETS con los de control de VIH/SIDA, y volcar esos servicios en forma integrada a través de todo el sistema general de salud. Para prevenir la difusión de las ETS se tienen que desarrollar medidas para influir, especialmente, la conducta sexual de los hombres. El uso correcto del preservativo masculino (condón) reduce enormemente ambos riesgos, de las ETS y del VIH/SIDA. La calidad de los servicios necesita ser mejorada, especialmente en lo que respecta a la comunicación y el asesoramiento.

Las ETS comunes, como la sífilis y la gonorrea, han sido a menudo ignoradas por los servicios de salud y por la comunidad donante, presumiblemente porque éstas no son inmediatamente fatales, están de cierto modo estigmatizadas y relacionadas con la conducta sexual, la que es considerada como difícil de cambiar.

Las ETS han sido muchas veces erróneamente consideradas como menos serias para los hombres que para las mujeres, y con una cura más fácil en los hombres. Pero las ETS no tratadas o mal curadas son la mayor causa de infertilidad para ambos, hombres y mujeres. La infertilidad es un gran problema, tanto para mujeres como para hombres, pero los tratamientos para la infertilidad normalmente son caros, y complicados a nivel técnico.

Las ETS en las mujeres no presentan a menudo síntomas definidos, pero pueden causar graves problemas como dolor pélvico crónico, defectos en las trompas, embarazo extrauterino, infertilidad, muerte neonatal y recién nacidos discapacitados. La sífilis es uno de los mayores culpables de la pérdida de embarazos. Los procedimientos antihigiénicos en el parto o aborto añaden riesgos para las mujeres de desarrollar infecciones del tracto reproductivo (ITR), y éstas también pueden llevar a la infertilidad.

333 millones de casos curables de enfermedades de transmisión sexual se producen anualmente en el mundo, la mayoría en países en vía de desarrollo. (OMS, Revisión de un Grupo Seleccionado de Enfermedades de Transmisión Sexual Curables, 1995)

La investigación y el desarrollo son necesarios para validar las perspectivas basadas en síntomas, capaces de generar diagnósticos y terapias simples, adecuados y baratos para enfermedades de transmisión sexual, y para crear métodos controlables por las mujeres de protección contra enfermedades, con o sin efectos anti-conceptivos.

En los países pobres, el cáncer cervical, causado por un virus de transmisión sexual, es uno de los mayores problemas de las mujeres en edad fértil, el que si se diagnostica precozmente tiene cura. La exploración masiva de mujeres asintomáticas no es una posibilidad real para muchos países pobres, pero se pueden desarrollar proyectos limitados.

VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual

Asdi focalizará acciones estratégicas para:

- Información con sensibilidad de género sobre VIH/SIDA a través de diversos sectores, por ejemplo, el sistema escolar, los servicios de salud y los medios de comunicación;
- Cambios de conducta, particularmente entre los hombres, para prevenir la difusión del VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual;
- Integración de los servicios de regulación de la fertilidad, ETS y VIH/SIDA;
- Desarrollo de métodos de diagnóstico y terapias simples y adecuados para las enfermedades de transmisión sexual.

2.7 Salud del adolescente

La mayoría de las madres primerizas de todo el mundo son adolescentes, casi todas casadas. Pero la tendencia global es que las personas alcanzan la madurez sexual a edades más tempranas, pero se casan más tarde, quedando de este modo, una época en la que los jóvenes son sexualmente activos, pero sin tener todavía una unión estable. Los cambios en los patrones tradicionales de control social y de conducta, y el debilitamiento de los vínculos familiares refuerzan estas tendencias.

La vida sexual de los jóvenes se ha dado a conocer apenas recientemente. Los adultos, y especialmente los padres, perciben a menudo las relaciones sexuales de los adolescentes como un tema difícil de abordar, y prefieren evitarlo. Las muchachas y los chicos jóvenes no reciben información y asesoramiento adecuados y carecen de los medios que puedan controlar su fertilidad. Si se llegan a contagiar de alguna enfermedad de transmisión sexual, o sufren un embarazo inesperado, no tienen, en muchos casos, acceso a los servicios de salud y, a veces, tampoco saben nada sobre los mismos.

Las chicas adolescentes están expuestas a considerables riesgos relacionados con la sexualidad y la reproducción. Los matrimonios y los embarazos precoces impiden que las muchachas completen su escolaridad y capacitación profesional. Los embarazos adolescentes indeseados tienen, a menudo, consecuencias

negativas para las posibilidades sociales de la madre joven. Los servicios de salud actúan, frecuentemente, desde la premisa que las relaciones sexuales son consensuales. Sin embargo, a menudo no es así. Las muchachas son vulnerables al abuso sexual por parte de sus compañeros o aún, hasta de los miembros de la familia. Las consecuencias para su salud sexual, reproductiva y mental pueden ser graves. En muchas culturas, los varones adolescentes están bajo la presión de sus pares para tener experiencias sexuales precoces que "prueben que son hombres".

La educación es reconocida como la clave para mejorar la salud sexual y reproductiva e informar sobre los derechos sexuales y reproductivos. Las estrategias de extensión deben comprender la educación formal y la informal, programas de alfabetización de adultos y organizaciones escolares de padres. Los medios de comunicación tienen un papel importante a cubrir, haciendo visibles las injusticias y la deficiente salud sexual y reproductiva, así como informando sobre los esfuerzos que se realizan para cambiar esos males. También es importante informar sobre los aspectos positivos de la sexualidad que abarcan los sentimientos de amor, ternura y mutuo respeto entre los miembros de la pareja. Los jóvenes que no están casados tienen derecho a una educación sexual amplia y a servicios que atiendan su salud sexual y reproductiva. Las muchachas que hayan quedado embarazadas tienen derecho a completar su escolaridad.

En muchos países, uno de los problemas para el desarrollo de programas efectivos para jóvenes es el poco conocimiento sobre las formas de acercarse a ellos, o cómo el desarrollo de la sociedad los afecta. Es por eso que la investigación debe involucrar a las mujeres y a los hombres jóvenes mismos, en la búsqueda de vías capaces de alcanzarlos con la información y la forma de lograr los cambios de conducta.

En algunas partes de África el contagio de VIH aumenta entre las muchachas adolescentes. Los estudios revelan que las muchachas comprendidas entre los 15 y 19 años corren un riesgo de tres a cinco veces mayor que los varones a infectarse. En promedio, las mujeres contraen la infección entre cinco a diez años antes que los hombres. (Banco Mundial, Un nuevo orden para la Salud y la Nutrición de las mujeres, 1994)

Salud del adolescente

Asdi focalizará acciones estratégicas para:

- Educación sensible al género para jóvenes, sobre salud y derechos sexuales y reproductivos, en la escuela y fuera de ella;
- Perspectivas integradas de asesoramiento, provisión de anticonceptivos y servicios de ETS, por ejemplo, a través de clínicas para jóvenes;
- Desarrollo de métodos para involucrar a los adolescentes mismos, por ejemplo, a través de asesoramiento entre pares y clubes de jóvenes;
- Apoyo activo para cambiar las actitudes de las autoridades sobre los derechos de información y servicios de salud.

2.8 Mutilación genital femenina

La circuncisión de niños y varones jóvenes es una práctica higiénica común entre las comunidades musulmana, judía y cristiana en todo el mundo. No afecta la sexualidad del hombre adulto y tampoco acarrea riesgos particulares de complicaciones ulteriores. Por el contrario, la mutilación genital femenina (MGF) o circuncisión femenina, como algunas veces es discutiblemente denominada, se realiza por lo común en forma de una mutilación más o menos extensa de los órga-

nos genitales externos, y no se justifica desde el punto de vista higiénico, sino más vale como una expresión de la lucha de los hombres por controlar la sexualidad de las mujeres. Esta mutilación tiene efectos negativos sustanciales sobre las posibilidades de la mujer adulta de tener una vida sexual satisfactoria y una vida reproductiva segura.

La mutilación genital femenina es más extendida en África y se presenta en tres formas generales que se definen según la extensión de los genitales femeninos que estén extirpados. La mayoría de las mujeres son mutiladas durante la infancia, frecuentemente antes de la pubertad y, en general, bajo condiciones higiénicas deficientes.

Las consecuencias médicas inmediatas pueden ser graves y hasta mortales. Las complicaciones a largo plazo comprenden infecciones, padecimientos pélvicos crónicos y crecimiento excesivo del tejido cicatrizante. Estas consecuencias pueden causar partos lentos, las cuales también exponen a riesgos al niño por nacer. En conexión con el parto, la aparición de fístulas es un riesgo, particularmente, para las madres adolescentes. Muchas de las mujeres no tienen posibilidades, o en grado muy limitado, de acceder a cuidados médicos.

La mutilación genital femenina puede causar frustración sexual y temor, y, de este modo, reducir la satisfacción sexual. Los efectos psicológicos son profundos y el recuerdo de la excisión puede persistir a lo largo de la vida, causando una amplia gama de problemas mentales. Pero la tradición está profundamente enraizada en complejas prácticas culturales que difieren entre grupos étnicos. Esta práctica no puede ser tratada como un fenómeno aislado, sino que debe ser entendida como parte de un contexto sociocultural mayor.

Con la actual tasa de crecimiento de población, aproximadamente unas 6000 chicas por día y dos millones por año corren el riesgo de ser mutiladas. (Toubia, A: Llamado para una acción global, 1995).

En la comunidades donde se practica la mutilación femenina, las consecuencias sociales de no haber sobrellevado la excisión, en general son percibidas como más graves que las consecuencias físicas de dicha intervención quirúrgica. En consecuencia, todo indica que no es tan simple informar a las personas sobre los aspectos perjudiciales para la salud de esta práctica para lograr cambios de conductas. En su lugar, el énfasis debe ser puesto en la significación cultural y social de la práctica y lograr la participación de personas de todas las capas sociales. Las estrategias contra la mutilación genital femenina incluyen debates sobre actitudes entre personas tales como líderes religiosos, hombres en general, ancianos de ambos sexos, comadronas, parteras, trabajadores de la salud y personal escolar. Por último, pero no menos importante, los mismos ejecutores de la práctica, quienes a menudo son mujeres respetadas que ganan su vida con esta práctica, tienen que estar involucrados y alentados para ocupar otro papel en la cultura de sus pueblos.

Una parte importante de la solución es la educación y el empoderamiento de las muchachas y las mujeres, con el fin de aumentar el propio control sobre sus vidas en los aspectos social, económico, político y cultural.

Desde los comienzos de la década de los 80, se puede percibir un lento proceso de cambio. Muchas ONGs y grupos de mujeres de países en vía de desarrollo, así como algunas organizaciones gubernamentales e internacionales, han emprendido acciones contra la mutilación genital femenina, de la que habla cada vez más en términos de derechos humanos.

Mutilación genital femenina

Asdi focalizará acciones estratégicas para:

- Difusión de conocimientos sobre los efectos nocivos de la mutilación genital femenina entre el personal de salud y las personas que ejecutan esas mutilaciones;
- Apoyo activo para cambiar las actitudes entre las personas de todos los grupos sociales, por ejemplo, la generación de los ancianos, las autoridades y los maestros;
- Cambios en la legislación y monitoreo del cumplimiento de las leyes y los tratados existentes que prohíben la mencionada práctica.

2.9 Discriminación, violencia y abuso

La discriminación y la violencia basadas en el género son las causas de muchos de los problemas de la salud sexual y reproductiva. La lista de la violencia de género es larga. Comprende acoso sexual, violación, provisión forzada de anticonceptivos, esterilización y aborto forzados, mutilación genital femenina, selección prenatal de sexo, infanticidio femenino y prostitución forzada.

La conferencia de Beijing prestó mucha atención a la discriminación, la violencia y el abuso contra las mujeres y los niños. La violencia contra las mujeres fue reconocida como un producto histórico de relaciones de género desiguales, usada por los hombres para controlar a las mujeres y mantenerlas en una posición subordinada. Es por esto que la violencia está íntimamente ligada al tema de la autonomía de las mujeres. La violencia, o su amenaza, limita efectivamente las posibilidades de libre desplazamiento de las mujeres, de participar en la vida pública, y de tomar decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción. En todo el mundo hay una falta considerable de datos e informes coherentes.

Las culturas patriarcales permiten que los hombres ejerzan control sobre la capacidad reproductiva de las mujeres. Los cambios de los roles de la mujer en la familia y en la sociedad han demostrado a menudo ser amenazantes para los hombres. La búsqueda de empoderamiento y derecho a la autonomía por parte de las mujeres puede causar frustración masculina y llevar a un aumento de la violencia contra las muchachas y las mujeres. Las sociedades también reaccionan legalmente y en la práctica contra los hombres que ejercen la violencia contra las mujeres, con frecuencia de manera menos fuerte, que contra otro tipo de crímenes.

Obviamente, el sector salud solo no puede corregir los problemas presentados, pero los servicios de salud están a menudo mejor ubicados, por ejemplo, que la policía, para obtener información en la medida que son los trabajadores de la salud los que encuentran a las mujeres golpeadas. Pero aunque la violencia de género afecta la salud de las mujeres, la mayoría de los centros de salud no son conscientes de esto y no exploran los signos de violencia. Aún cuando la violencia es reconocida como la primera causa de una herida o enfermedad, esto es raramente registrado en los partes médicos y no hay servicios de apoyo accesibles. La violencia doméstica es vista como un problema familiar, y muchos trabajadores de salud se muestran remisos a interferir. En países con una infraestructura de

salud adecuada, los servicios de salud y, particularmente, los programas prenatales, pueden proporcionar la oportunidad de detectar la violencia y alcanzar a las mujeres golpeadas.

El 25% de la mujeres de todo el mundo han sido golpeadas por su pareja en algún momento de sus vidas. Estudios regionales han dado resultados aún más elevados que llegan hasta un 80%. (UNICEF, Situación Mundial de los Niños, 1995)

Algunas sociedades tienen una fuerte preferencia por los hijos varones, por razones económicas, culturales y religiosas. En situaciones de desigualdad y pobreza, o cuando rigen estrictos programas de reducción del tamaño de la familia, la preferencia por los hijos varones puede conducir al infanticidio de las niñas recién nacidas y a un descuido general de las muchachas. El aborto selectivo de los fetos femeninos está en aumento y se ha vuelto posible con el acceso a tecnología moderna, por ejemplo, equipos móviles de ultrasonido.

Tanto las muchachas como los muchachos son, cada vez más, víctimas de la explotación del comercio sexual, como la prostitución infantil y la venta de niños con propósitos sexuales, comprendida la pornografía infantil. Este mercado está creciendo en proporciones alarmantes y con ganancias económicas importantes. Los niños están expuestos a una cantidad de riesgos de su salud sexual y reproductiva y los daños psicológicos son extremadamente difíciles de reparar.

Discriminación, violencia y abuso

Asdi focalizará acciones estratégicas para:

- Afianzamiento de la capacidad del sistema de salud para detectar los efectos de la violencia y el abuso contra las mujeres y los niños;
- Cooperación entre las ONGs y las autoridades legales y sociales para combatir la discriminación;
- Protección y cuidados de emergencia para mujeres en situaciones de crisis y asesoramiento que las capacite para decidir sobre las relaciones violentas;
- Prevención contra la explotación sexual de los niños.

3. Investigación y capacitación para la investigación¹

A pesar de que nuestros conocimientos sobre la salud sexual y reproductiva están mejorados, hay todavía brechas significativas. La investigación es una parte crucial de los esfuerzos para desarrollar estrategias e intervenciones más efectivas. Es una herramienta que puede aportar información en la toma de decisiones estratégicas sobre inversiones en salud sexual y reproductiva, para el desarrollo, evaluación y mejoramiento de rutinas en los cuidados de salud, así como métodos para el tratamiento de enfermedades. La falta de información confiable lleva al peligro de seguir aplicando y manteniendo métodos inadecuados.

La investigación se tiene que abarcar una amplio abanico de temas, particularmente los relacionados con la salud materna y del recién nacido, la salud sexual del adolescente, la regulación de la fertilidad, el aborto, la infertilidad, la violencia de género y la salud sexual y reproductiva de los hombres. La investigación sobre salud y derechos sexuales y reproductivos abarca las ciencias médica, biomédica, epidemiológica, social y de la conducta humana, y se debe alentar la colaboración interdisciplinaria.

En los países ricos, la investigación sobre los problemas de la salud es una parte no cuestionada del sistema de salud, e incluye la factibilidad y la efectividad de los diferentes métodos y rutinas de los cuidados de la salud. Este tipo de investigación es limitado en los países pobres por la falta de capacidad en investigación y porque estos países se enfrentan con problemas urgentes de salud. Estas, simplemente, no se perciben como actividades prioritarias, y tienden a ser pasadas por alto, no sólo por las autoridades nacionales, sino también por la comunidad de donantes.

Muchos de los problemas de la salud sexual y reproductiva son, en gran medida, específicamente locales y tienen que ser tratados por una investigación organizada localmente. Por lo tanto, la importancia de la construcción de la capacidad de investigación a nivel nacional tiene que ser ubicada en la agenda y deben ser enfatizadas en las discusiones con las contrapartes de otros países. La investigación tiene que utilizar como punto de partida las necesidades de las mujeres y de los hombres y, cuando es apropiado, tiene que ser multidisciplinaria en concepto y práctica.

Los científicos e investigadores pueden jugar un papel estratégico en los primeros pasos de los proyectos de planificación de la cooperación para el desarrollo. Es importante que los resultados de investigación se difundan entre las autoridades y el público, lo cual a veces no es tenido en cuenta.

Muchos de los problemas de la salud sexual y reproductiva son comunes para diferentes sociedades. Es por eso que los programas de investigación internacional se necesitan como tales, ya que brindan una oportunidad para que participen importantes laboratorios e instituciones de los países industrializados. Toda la colaboración entre los países del Norte y del Sur tiene siempre que estar basada en el principio de asociación y equidad.

¹. Ver también Sida/SAREC-WHO, *Sexual and Reproductive Health: The Challenge for Research*, 1996.

Investigación y capacitación para la investigación

Asdi focalizará acciones estratégicas para:

- Investigación nacional y construcción de la capacidad de investigación con particular atención en las universidades;
- Programas internacionales de alta calidad en investigaciones relevantes para los países en vía de desarrollo;
- Cooperación institucional para la investigación de acuerdo a las necesidades y prioridades de los países en vía de desarrollo.

Publicaciones de Asdi

Departamento para Europa Central y Oriental, División de Programas Internacionales de Capacitación, *Training Programmes for Central and Eastern Europe* 1997.

Departamento de Cooperación con Organizaciones no-Gubernamentales y Asistencia Humanitaria, *Humanitarian Assistance through Swedish NGOs. Guidelines for Sida's grant to Swedish NGOs from the appropriation for humanitarian assistance*, Enero 1997.

Departamento de Democracia y Desarrollo Social/División para el buen gobierno, *Peace, Democracy and Humans Rights. Proposal for a Swedish Policy on Development Cooperation through Sida*, Enero 1997.

Departamento de Democracia y Desarrollo Social/División de Salud. *Bibliography - Policy for Development Cooperation in the Health Sector*, Mayo 1997.

Departamento de Democracia y Desarrollo Social/División de Salud, *Facts & Figures 1995/96, Health Sector Cooperation*, Mayo 1997.

Departamento de Democracia y Desarrollo Social/División de Salud, *Health Profile*, accesible para Angola, Bangladesh, El Salvador, Etiopía, Guatemala, Guinea Bissau, Honduras, India, Kenya, Laos, Nicaragua, Uganda, Vietnam, Cisjordania/Gaza, Zambia, Zimbabue, Preparado en 1995.

Departamento de Democracia y Desarrollo Social/División de Salud, *Población, Desarrollo y Cooperación*, Mayo 1997.

Departamento de Democracia y Desarrollo Social/División de Salud, *The Relevance of the Beijing Conference to Sida's Action Plan on Sexual and Reproductive Health*, Diciembre 1995.

Departamento de Infraestructura y Cooperación Económica, *The Swedish Concessionary Credit Scheme*, Junio 1996.

Departamento de Recursos Naturales y Medio Ambiente/División de Estrategia Ambiental, *Sida's Policy on Sustainable Development*, Enero 1997.

Departamento de Recursos Naturales y Medio Ambiente, *Swedish Support to Water and Sanitation in the Least Developed Countries. Lessons learned from 30 years of development cooperation*, Octubre 1996.

Departamento Jurídico y de Estrategias, *Sida's Action Programme for Promoting Equality between Women and Men in Partner Countries. Action Plan*, Abril 1997.

Departamento Jurídico y de Estrategias, *Sida's Action Programme for Promoting Equality between Women and Men in Partner Countries. Policy*, Abril 1997.

Departamento Jurídico y de Estrategias, *Sida's Poverty Programme. Action Programme to Promote Sustainable Livelihoods for the Poor and to Combat Poverty*, Diciembre 1996.

Departamento de Cooperación para Investigación y HRP/WHO, *Sexual and Reproductive Health: The Challenge for Research. A discussion paper by a group of consultants*. Estocolmo, Junio 1996.

Asdi, *Aid Dependency. Causes Symptoms and Remedies*. Project 2015, Tryckindustri, Solna 1996.

Asdi, *Annual Report 1995/96*, Agosto 1997.

List of Health Division Documents:

- | | | | |
|---------|---|---------|--|
| 1997:1 | Policy for Development Cooperation Health Sector | 1999:1 | Report on:
World Youth Conferences in Portugal August 1998, by Wanjiku Kaime-Atterhöj and Anna Runeborg |
| 1997:2 | Política para la Cooperación para el Desarrollo Sector Salud | 1999:2 | Facts & Figures 1998 Health Sector |
| 1997:3 | Position Paper Population, Development and Cooperation | 1999:3 | Issue Paper:
Socio-economic Causes and Consequences of HIV/AIDS by Stefan de Vylder |
| 1997:4 | Positionspapper Befolkning, utveckling och samarbete | 2000:1 | Issue Paper:
HIV/AIDS in the World Today – a Summary of Trends and Demographic Implications by Bertil Egerö and Mikael Hammarskjöld |
| 1997:5 | Marco de Referencia para la Cooperación para el Desarrollo Población, Desarrollo y Cooperación | 2000:2 | Guidelines for Action – Illicit Drugs and Swedish International Development Cooperation |
| 1997:6 | Strategy for Development Cooperation Sexual and Reproductive Health and Rights | 2000:3 | Facts & Figures 1999 Health Sector |
| 1997:7 | Estrategia para la Cooperación para el Desarrollo Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos | 2000:4 | Health Profile: Uganda |
| 1997:8 | Handbook for mainstreaming A Gender Perspective in the Health Sector | 2000:5 | Regional Health Profile: West Africa |
| 1998:1 | Issue Paper:
Maternal Health Care, by Staffan Bergström | 2000:6A | Framtid Afrika – Huvudrapport |
| 1998:2 | Issue Paper:
Supporting Midwifery, by Jerker Liljestrand | 2000:6B | Annex to Framtid Afrika – Health Support in Africa – Country Reports |
| 1998:3 | Issue Paper:
Contraception, by Kajsa Sundström | 2001:1 | Hälsa & Utveckling, Fattigdom & Ohälsa – ett folkhälsoperspektiv by Göran Paulsson, Ylva Sörman Nath and Björn Ekman |
| 1998:4 | Issue Paper:
Abortion, by Kajsa Sundström | | |
| 1998:5 | Issue Paper:
Female Genital Mutilation, by Beth Maina-Ahlberg | | |
| 1998:6 | Issue Paper:
Adolescent Sexuality Education, Counselling and Services, by Minou Fuglesang | | |
| 1998:7 | Issue Paper:
Discrimination and Sexual Abuse Against Girls and Women, by Mary Ellsberg | | |
| 1998:8 | Issue Paper:
Health Care of the Newborn, by Ragnar Thunell | | |
| 1998:9 | Issue Paper:
Men, Sexuality and Reproductive Health, by Beth Maina-Ahlberg, Minou Fuglesang and Annika Johansson | | |
| 1998:10 | Issue Paper:
Illicit Drugs and Development Cooperation, by Niklas Herrmann
– Replaced by 2000:2 – | | |

The Health Division has also published the following documents:

Facts & Figures 95/96 Health Sector Cooperation

Facts & Figures 1997 Health Sector

Fact sheets in Swedish;
Sveriges utvecklingssamarbete om:
Hälsa och sjukvård, Reformen inom hälsosektorn,
Rätten till sexuell och reproduktiv hälsa, Befolkning
och utveckling, Ungdomshälsa samt Handikappfrågor.

Country Health Profiles (from 1995):
Angola, Bangladesh, Bolivia, El Salvador, Ethiopia,
Guatemala, Guinea Bissau, Honduras, India, Kenya,
Laos, Nicaragua, Vietnam, West Bank/Gaza, Zambia
and Zimbabwe.

Health Division Documents and a complete list of earlier publications may be ordered from:

Infocenter, Sida S-105 25 Stockholm, phone: +46 (0)8 698 55 80, fax: +46 (0)8 698 56 15
www.sida.se, e-mail: info@sida.se



AGENCIA SUECA DE COOPERACION INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO
S-105 25 Estocolmo, Suecia.
Teléfono: +46 (0)8 698 50 00. Fax: +46 (0)8 20 88 64.
Correo electrónico: info@sida.se www.asdi.gov.se