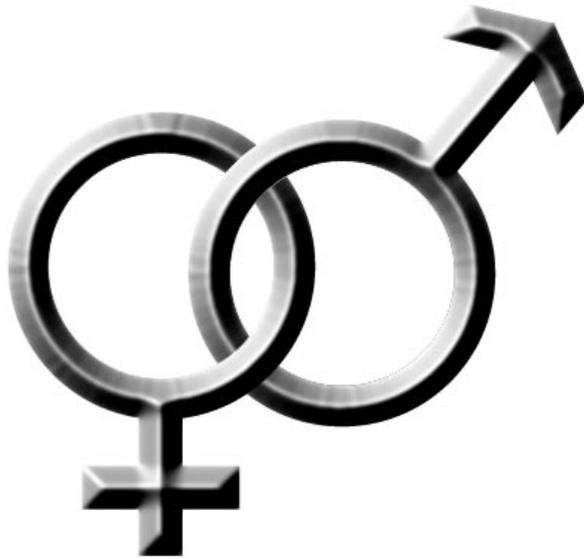




**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

**ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD**



# TALLER SOBRE GÉNERO, SALUD Y DESARROLLO

*Mujer*  
salud y desarrollo

**DIVISIÓN DE LA SALUD Y DESARROLLO HUMANO**

Se agradece la contribución de la Comisión Interamericana de Mujeres de la Organización de Estados Americanos para la publicación de este manual.

**Guía Para Facilitadores**

# TALLER SOBRE GÉNERO, SALUD Y DESARROLLO: GUÍA PARA FACILITADORES

Taller sobre Género, Salud y Desarrollo. Guía de Facilitadores--  
Washington, D.C.: OPS, ©1997.  
219 p.

ISBN 92 75 12211 3

I. Organización Panamericana de la Salud. II. Hartigan, Pamela.  
III. Gómez, Elsa. IV. de Schutter, Martine. V. da Silva, Janete.  
1. GÉNERO. 2. SALUD. 3. DESARROLLO COMUNITARIO  
4. EDUCACIÓN PARA LA SALUD-métodos.  
LC HQ1075



**ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
**Organización Mundial de la Salud**

**Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo**

525 Twenty-third Street, N.W., Washington, D.C. 20037, E.U.A.

Tel: (202) 974-3405 • Fax: (202) 974-3671  
Dirección electrónica: HDW@paho.org  
Internet: <http://www.paho.org/spanish/hdwmuje.htm>

Enero de 1997

©1997 Organización Panamericana de la Salud

**TABLA DE CONTENIDO**

Prólogo .....	1
Guía Para Facilitadores. ....	4
Un Panorama General del Taller sobre Género, Salud y Desarrollo. ....	14
Introducción al Taller .....	16
Componente A.1      Introducción al Género, la Salud y el Desarrollo .....	18
Componente A.2      Presentación de los que Participan. ....	22
Componente A.3      Objetivos y Resultado Esperado del Taller. ....	23
<b>MÓDULO 1</b> <b>SEXO Y GÉNERO</b>	
Resumen del Módulo .....	26
Componente 1.1      Hombres y Mujeres ¿Qué Nos Define? .....	27
Componente 1.2      Definiciones de Sexo y Género .....	28
<b>MÓDULO 2</b> <b>ROLES DE GÉNERO, ACCESO Y CONTROL SOBRE RECURSOS, Y ESTEREOTIPOS DE PLANIFICACIÓN</b>	
Resumen del Módulo .....	33
Componente 2.1      La Vida Cotidiana y los Roles de Género: El Trabajo .....	34 que Desempeñan Hombres y Mujeres
Componente 2.2      Acceso y Control sobre Recursos .....	43
Componente 2.3      Estereotipos de Planificación .....	49
Componente 2.4      Crisis de Salud .....	53
<b>MÓDULO 3</b> <b>ORIGEN DE LAS NECESIDADES EN SALUD</b>	
Resumen del Módulo .....	58
Componente 3.1      Diferencias en los Perfiles de Salud/Enfermedad. ....	59 de Hombres y Mujeres
Componente 3.2      Un Ejemplo de la Influencia de Sexo y Género en .....	66 los Perfiles de Salud de Hombres y Mujeres

# CONTENIDO

## MÓDULO 4

### ABORDAJES PRÁCTICOS Y ESTRATÉGICOS DE GÉNERO

	Resumen del Módulo . . . . .	72
Componente 4.1	Abordajes Prácticos y Estratégicos de Género . . . . .	74
Componente 4.2	Proceso de Empoderamiento . . . . .	79
Componente 4.3	Intervenciones en Salud - Aplicando los Conceptos . . . . .	87

## MÓDULO 5

### ENFOQUES DE DESARROLLO

	Resumen del Módulo . . . . .	102
Componente 5.1	Enfoques Utilizados por las Agencias de Desarrollo . . . . .	103
Componente 5.2	Equidad y Eficiencia . . . . .	106

## MÓDULO 6

### APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS: ESTUDIOS DE CASO

	Resumen del Módulo . . . . .	110
Componente 6.1	Aplicación de los Conceptos al Estudio de Caso Nº 1 . . . . .	111
Componente 6.2	Aplicación de los Conceptos al Estudio de Caso Nº 2 . . . . .	119

## MÓDULO 7

### APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE GÉNERO AL DISEÑO DE PROYECTOS DE SALUD

	Resumen del Módulo . . . . .	126
Componente 7.1	Resumen de los Conceptos . . . . .	128
Componente 7.2	Trabajo en el Proyecto . . . . .	132

EVALUACIÓN . . . . .	134
----------------------	-----

EJEMPLO DE UNA AGENDA PARA EL TALLER (2 DÍAS) . . . . .	138
---	-----

REFERENCIAS . . . . .	140
-----------------------	-----

ANEXOS	Rotafolios
	Distribuibles
	Láminas

Se dice que la manera más eficaz de adquirir un conocimiento sólido y profundo de un tema es enseñándolo. La historia de la elaboración de este manual es testigo de ese dicho. Hace casi tres años, en marzo de 1994, las cuatro profesionales que en ese entonces integrábamos el nuevo equipo regional del Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo (HDW) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) nos embarcamos en el proceso de convencer a nuestros colegas de la OPS de que, al considerar la salud desde una perspectiva de género, se contribuye significativamente a la comprensión de los procesos de salud y enfermedad del hombre y de la mujer y se puede aumentar la equidad en la distribución de roles, responsabilidades y recompensas en el ámbito de la promoción y la protección de la salud.

Empezamos por analizar lo que otros habían hecho antes que nosotras en las organizaciones que también forman parte de las Naciones Unidas, en organismos multilaterales y bilaterales de desarrollo y en las organizaciones no gubernamentales. Examinamos numerosos manuales de capacitación en género, conversamos con muchas mujeres que habían encabezado los esfuerzos de sensibilización a la perspectiva de género en las instituciones, recibimos importante asesoramiento de parte de quienes estuvieron comprometidos en los esfuerzos para poner en práctica mecanismos de incorporación de una perspectiva de género en la programación y la planificación de sus organizaciones.

Todas nosotras abordamos estas exploraciones iniciales con ambivalencia. Nos sentíamos muy optimistas y convencidas de que, con energía y dedicación y con la ayuda de los expertos en capacitación en género, podríamos emprender con éxito la labor de instilar sensibilidad frente a la relación de género y la salud en la OPS. Pero, teníamos una gran ansiedad porque estábamos convencidas de que emprender esta capacitación en la OPS era una aventura quijotesca en el mejor de los casos, en el peor de ellos, era sumamente peligrosa porque exponía nuestro programa a las críticas de los integrantes del personal técnico de la OPS, muchos de los cuales pensaban que el concepto de género era un hombre (o una mujer) de paja que poco podía contribuir al análisis riguroso necesario para examinar las interconexiones entre la salud y el desarrollo humano.

Nuestro afán por lograr la sensibilización de nuestros colegas se debía al reconocimiento de que no podíamos asegurar la incorporación de una perspectiva de género en los esfuerzos de cooperación técnica de la OPS si trabajábamos aisladamente, encerradas en nuestro Programa. Necesitábamos aliados y nuestros aliados tenían que ser los profesionales integrantes de los programas técnicos de la OPS enfocados a servicios de salud, agua y saneamiento, nutrición, salud reproductiva, salud mental, salud ocupacional, salud de los adolescentes, enfermedades transmisibles y no transmisibles, políticas de salud, investigación en salud... y así sucesivamente. Era sumamente importante que percibieran las maneras en que las construcciones sociales de género, al interactuar con los factores biológicos, pueden proteger o perjudicar la salud del hombre y de la mujer. En otros términos, era imprescindible emprender el esfuerzo para asegurar el cumplimiento cabal de los objetivos de toda la OPS.

Otro punto en el que todas estuvimos de acuerdo fue que este proceso debía dirigirlo una persona que no perteneciera al Programa; alguien experto en género y capacitado para enseñar a otros a aplicar esos conceptos al desarrollo humano. La razón principal del acuerdo era el temor a exponernos personal y profesionalmente. Al contratar a un experto externo, si todo salía bien, recibiríamos reconocimiento por ello; si todo salía mal, nos sería más fácil evitar ser criticados.

Los resultados del primer intento de capacitación en género y salud en la OPS fue una reunión de dos días celebrada en la Sede: resultó tal como lo temíamos. Afortunadamente, habíamos seleccionado cuidadosamente a los participantes entre el personal técnico de la OPS que eran "aliados", hombres y mujeres que pensaban que el género influía de manera significativa en la salud. Después de nuestra primera desilusión los reunimos para analizar el contenido, el método, la dinámica y por qué nos fue mal.

Concluimos en que la situación no se debió al consultor externo, una persona con muchos años de experiencia en capacitación en género y desarrollo y que había dirigido con éxito muchas reuniones de ese tipo para las organizaciones internacionales de desarrollo. Nuestro propio Programa había sido responsable de este primer intento trunco: no habíamos ayudado a nuestro consultor a establecer los nexos entre el género, la salud y el desarrollo humano. Las diferencias biológicas entre los sexos y los efectos que tiene la interacción entre lo biológico y lo social sobre la salud no se habían incorporado suficientemente en el análisis.

Esta primera experiencia fue crucial para nuestro Programa porque nos obligó a reconocer que, hasta la fecha, se había trabajado poco en la elaboración de una metodología para los profesionales de planificación en salud que pusiera de relieve los vínculos entre género, salud y desarrollo humano y que ayudara a todos los profesionales de la salud a sentirse seguros al aplicar ese método en sus campos de especialización. También, comprendimos la importancia que tiene estar completamente familiarizados con los programas de cooperación técnica de la OPS para tener éxito de nuestros esfuerzos. No era justo esperar que un consultor externo conociera la "cultura" de la OPS. Finalmente, afrontamos el hecho de que, independientemente de cómo nos sintiéramos en cuanto a nuestra capacidad y nuestros conocimientos, nosotras mismas teníamos que diseñar y conducir la capacitación en género y salud para la OPS: si no podíamos transmitir de una manera lógica y coherente la relación que guarda el género con la salud y el desarrollo, tanto de hombres como de mujeres, no teníamos por qué participar en la cooperación técnica en ese campo.

Ésa debería ser la conclusión de esta introducción, pero en realidad es sólo el comienzo. Dedicamos nueve meses a la elaboración del primer borrador de este manual; luego, lo presentamos a nuestros puntos focales en las Representaciones de la OPS en América Latina y el Caribe. Sus contribuciones sirvieron para mejorar la lógica de la secuencia de los módulos, ajustar la duración de los componentes y enriquecer el contenido. Después de incorporar sus modificaciones, recibimos de Cuba la primera solicitud para celebrar un taller en La Habana. La respuesta a este primer seminario fue vigorizante y nos dio la confianza necesaria para seguir adelante en Belice, Barbados, Bolivia, Perú, Venezuela, Colombia, Paraguay, Costa Rica, Nicaragua, St. Kitts y Nevis, Honduras, El Paso, México y Chile y, además, para celebrar una reunión en la Sede de la OMS, en Ginebra.

La experiencia en cada país ha sido esencial en la elaboración del texto: las sugerencias de los participantes han servido para enriquecer nuestros ejemplos; sus críticas constructivas así como su aprobación y aliento han estado presentes en el enfoque adoptado para todas las sesiones.

A medida que seguimos aprendiendo más sobre los factores que influyen en la salud del hombre y de la mujer, tanto biológicos como sociales, seguiremos mejorando el manual. El hecho de que se haya presentado en una carpeta de hojas sueltas confirma nuestra convicción de que debemos mejorarlo continuamente, agregando y modificando componentes.

Si bien es cierto que el Programa de Mujer, Salud y Desarrollo estuvo directamente a cargo de esta labor, la participación de muchos otros ha sido de incalculable valor en toda su elaboración. Queremos agradecer a Caroline Moser,

pionera en la planificación para el desarrollo con enfoque de género, por su orientación inicial y su apoyo y convicción continuos en el proceso que elegimos emprender; a Elizabeth Shrader Cox por sus importantes contribuciones y apoyo positivo; a Amelia Fort por sus sugerencias al comienzo de este proceso y a Stephanie Urdang, cuyas capacidades pedagógicas y de observadora perspicaz de la experiencia humana han sido inestimables en hacernos cada vez más conscientes de que las personas aprenden mejor cuando pueden basarse en sus propios conocimientos y experiencias y cuando participan activamente en el descubrimiento de nuevas maneras de mirar el mundo. La influencia de Stephanie se refleja claramente en la manera participativa y dialéctica en que se comunica el contenido de este taller.

En la OPS, agradecemos especialmente a Hernán Rosenberg, quien asistió pacientemente a nuestras numerosas reuniones piloto, nos animó a considerar temas que no habíamos abordado y no se dio por vencido hasta que todas estuvimos seguras de que podíamos responder en forma convincente los interrogantes.

Deseamos destacar los esfuerzos de Karen Sealey, Coordinadora del Programa del Caribe, y agradecerle su apoyo para que este manual y el proceso de su elaboración reflejaran las necesidades del Caribe de habla inglesa. Gracias, también, a todos nuestros colegas en la Sede de la OPS que participaron en las reuniones piloto y dedicaron su tiempo y sus reflexiones a este proceso y a su contenido.

En la sección de agradecimientos, se acostumbra a resaltar a las personas que ocupan cargos clave de gestión en una organización y que, de alguna forma, han facilitado o al menos no han impedido—estos esfuerzos. Nuestra experiencia hasta la fecha nos muestra lo raro que es encontrar a una persona que, a tal nivel, asuma la búsqueda de la equidad de género en salud como una meta personal y profesional. George A. O. Alleyne, quien durante cinco años estuvo directamente a cargo del Programa de Mujer, Salud y Desarrollo en la OPS y quien posteriormente pasó a ocupar el cargo de Director de la OPS, es una de esas personas. Las reflexiones realizadas durante la elaboración de este manual y los logros obtenidos por el Programa de Mujer, Salud y Desarrollo de la OPS, se han beneficiado de su orientación, sus retos, su participación en debates y conversaciones, y sobre todo, por su incansable convicción en la importancia que tiene la salud de la mujer y la incorporación de una perspectiva de género en el trabajo en salud y desarrollo humano que realiza la Organización Panamericana de la Salud.



Pamela Hartigan  
Coordinadora del Programa



Elsa Gómez Gómez  
Asesora Regional



Janete da Silva  
Asesora



Martine de Schutter  
Asesora

## TALLER SOBRE GÉNERO, SALUD Y DESARROLLO

### INTRODUCCIÓN:

Un manual de capacitación y entrenamiento es muy parecido a un recetario. El cocinero o cocinera, según su personalidad, estilo culinario y experiencia, puede seguir las instrucciones al pie de la letra, hasta el último ingrediente o añadir ésto o lo otro para que la receta le resulte más interesante. Con el tiempo, quien cocina puede prescindir totalmente de las instrucciones o seguir experimentando. Uno de los desafíos de instructores y de facilitadores es encontrar su propio estilo y explorar diferentes métodos. Emplee este manual de capacitación como una guía, cuya metodología ha de adaptar y ensayar, como las "recetas" de un libro de cocina. Los ingredientes básicos seguirán siendo los mismos.

El manual, diseñado para dirigir un taller sobre GÉNERO, SALUD Y DESARROLLO, incorpora distintos métodos y conceptos de capacitación dentro de un marco de aprendizaje destinada a las personas adultas. En las siguientes páginas encontrará algunos consejos útiles sobre cómo impartirlo empleando estos métodos. Esperamos que les sirvan tanto a quienes se inician en este campo como a las personas expertas, al seguir desarrollando y adaptando su método para incorporar sus propias técnicas y criterios.

### APRENDIZAJE DE LAS PERSONAS ADULTAS:

Hay una "pregunta" que quienes instruyen gustan de formular en los entornos que se prestan a ello. "¿Cuál es la diferencia entre la educación y el entrenamiento?" Y la respuesta es: "¿querría que su hijo y su hija recibieran educación sexual o entrenamiento sexual?"

Hay una diferencia tajante entre los dos; el entrenamiento es particularmente adecuado para el aprendizaje de personas adultas, puesto que requiere la participación activa del alumnado, se basa en los conocimientos que éste ha adquirido con el transcurso de los años, al mismo tiempo que se cierran las brechas en esos conocimientos. Las habilidades se enseñan mediante la práctica, en la que es indispensable proceder por ensayo y error. Cuando se cometen equivocaciones durante la capacitación, el aprendizaje mejora; cuando se hacen en el trabajo, pueden ser costosas.

La duración de la atención cambia. Sube y baja en olas. En una situación de capacitación, cada persona experimenta estas olas de forma desigual. Mientras una está en el flujo de la ola, otra está en el reflujo. Si se presenta una unidad de información en pleno reflujo, se la llevará la marea y no se asimilará. Por lo tanto, es preciso que durante la capacitación cada participante realice ejercicios prácticos y que los mensajes esenciales se repitan a intervalos regulares a fin de que la comprensión sea óptima.

Además, la investigación ha revelado que las personas adultas responden de modos distintos a los diferentes métodos de enseñanza de los conocimientos y que la retención varía según el medio por el que aprendió. Así es que su grupo destinatario retendrá:

10 por ciento de lo que lea;

20 por ciento de lo que oiga;

30 por ciento de lo que vea;  
50 por ciento de lo que oiga y use;  
70 por ciento de lo que haga.

**Este principio puede resumirse en un proverbio chino:**

*"Lo que se escucha, se olvida; lo que se ve, se recuerda; lo que se hace, se entiende."*

La capacitación puede ser muy eficaz en las personas adultas porque ellas tienden a ser autosuficientes, ya que tienen fe en que sus experiencias personales les darán los elementos de juicio y confían en ellas. Aprenden mejor cuando el tema es realmente pertinente y se puede aplicar poco después de la capacitación. En efecto, si las nuevas habilidades no se emplean en un tiempo corto después de recibir la capacitación, es probable que se atrofien muy fácilmente.

La tarea de instruir a menudo es facilitar este proceso en lugar de proporcionar conocimientos, aunque tiene que haber especialistas disponibles. Es preferible que cada instructor también domine la materia, pero no es indispensable porque puede trabajar estrechamente con un experto.

Este manual tiene como finalidad que las personas participen activamente para adquirir habilidades, en lugar de aprender en un ambiente pasivo donde se les imparten conocimientos en clases formales dictadas por un experto.

## METODOLOGÍA:

Se emplean diferentes métodos en las sesiones para variar la manera de aprender el material y de adquirir habilidades. A continuación se enumeran algunos.

### TRABAJO EN PARES:

Se invita a las personas que participan a formar parejas para presentarse, tratar un tema que surja durante el taller, analizar una pregunta concreta formulada por el/la facilitador(a) y preparada de antemano. Si se emplea este método varias veces durante el taller, conviene cerciorarse de que las parejas cambien en cada ejercicio, ya que esto ayuda a los participantes a conocerse mejor entre ellos.

**Ventaja:** Su uso puede ser más formal; por ejemplo, en la presentación de los(as) participantes. Permite la comunicación directa, con lo que aumenta la cohesión del grupo. Puede emplearse espontáneamente cuando surge una pregunta que se considera que requiere discusión. Esto es útil cuando la pregunta es difícil de responder, por la razón que sea. Se les pide a los(as) participantes que se reúnan en parejas, analicen la pregunta durante unos minutos (3 a 5) (con la posible ayuda de un cronómetro) y luego expongan sus conclusiones en el debate en plenaria. De esta forma, pueden analizar un tema y explicarlo mejor que si quien instruye presenta individualmente su punto de vista o sus ideas al respecto.

**Desventaja:** Puede consumir tiempo cuando se emplea espontáneamente y, aunque es un medio útil, puede ser un obstáculo para controlar el tiempo. Es preferible emplear este método con medida para que surta el mejor efecto.

**TRABAJO EN GRUPOS PEQUEÑOS:** El taller incorpora el trabajo en grupos pequeños para analizar estudios de caso, para realizar ejercicios breves y para trabajar con proyectos actualmente en marcha. Esta herramienta pedagógica es muy importante para promover la participación activa, además de ser un método clave de capacitación. Proporciona un cambio importante a la discusión en plenaria, y es una de las maneras claves de aumentar la comprensión, la conciencia y las habilidades. También les permite a las personas más tímidas la oportunidad de expresar sus opiniones.

Como máximo, cada grupo se debe limitar a seis integrantes. Este número proporciona suficiente variedad, pero reduce al mínimo el tiempo para la presentación en plenaria y la discusión.

Para los ejercicios más largos (estudios de caso y análisis de proyectos en marcha) se necesitan varias salas o un salón lo suficientemente grande como para que los participantes se subdividan en grupos de seis por mesa, con suficiente espacio entre las mesas para permitir un trabajo grupal sin distracciones.

Cambiar de mesa todos los días mejorará la participación, la interacción y el aprendizaje. Esto puede hacerse pidiéndoles a los participantes que estén sentados a la izquierda de una mesa que roten, cambiándose de lugar a la siguiente mesa a la derecha. Las personas del lado derecho de la mesa se cambiarán a la mesa de la izquierda. Si el número de participantes por mesa lo justifica, se podría repetir la rotación.

El cambio de asientos también se puede planificar la noche del primer día, para que el segundo día la participación se haga con una nueva distribución, cambiando los diversos tipos de personalidad y niveles de conocimientos y experiencia. En este caso, se le pide a cada participante que deje el letrero con su nombre sobre las mesas con el objeto de que los pueda reorganizar.

**Proceso para la discusión de pequeños grupos:** Plantee las preguntas para la discusión (tarea de grupo) y distribuya los casos, si se están usando. De antemano, escriba la tarea de grupo en un rotafolio. Informe a los participantes cuánto tiempo tienen para trabajar en grupo, pídale que nombren un relator y a otra persona para que tome notas y escriba sus conclusiones en el rotafolio. Los facilitadores deben hacer rondas al comienzo para cerciorarse de que cada participante comprenda el ejercicio y para aclarar sus dudas.

Hay que avisar a los grupos en varias ocasiones cuánto tiempo les queda, por lo menos a la mitad del tiempo, y diez y tres minutos antes de que tengan que regresar a plenaria.

De vuelta en plenaria, solicite que algún grupo se ofrezca como voluntario para presentar el primer informe. Conceda cinco minutos a cada grupo (o el tiempo idóneo) para la presentación de sus conclusiones. Cuando la representación del grupo haya terminado su informe, pregúnteles a los demás integrantes si tienen algo que agregar. Pídales que solamente aclaren dudas (el debate se celebrará después de que todos los grupos hayan terminado su presentación). Repita este proceso con cada grupo.

## GRUPOS DE EXAMEN RÁPIDO:

Estos son grupos informales que pueden integrarse espontáneamente cuando se formula una pregunta importante, pero compleja, y la persona que facilita no quiere convertirse en "experta" o ponerse en evidencia. Pida a quienes participan que integren grupos de dos o tres personas para examinar la pregunta, y deles tiempo para que expresen sus opiniones. El tiempo asignado debe ser breve: unos cinco minutos.

También se puede recurrir intencionalmente a estos grupos de examen rápido para interrumpir una presentación en plenaria. Piense con antelación en las preguntas que va a plantear y escribalas en un rotafolio.

Estos grupos y las parejas son particularmente útiles después del almuerzo en un día cálido, cuando la atención empieza a disminuir.

## PRESENTACIÓN EN PLENARIA:

Piense en las clases formales que ha escuchado. Puede ser que muchas de ellas realmente hayan mantenido su interés durante toda la clase. ¿Cuánto recuerda de lo que escuchó? ¿Participó o, más bien, sólo escuchó pasivamente, consciente del paso del tiempo? Esta es la desventaja de estas presentaciones como método de capacitación. Los(as) instructores(as) cautivantes tienen un talento especial que no tenemos la mayoría de nosotros.

En nuestra experiencia, la atención en la edad adulta no es constante, va y viene, y este método de adquirir la información puede ser decepcionantemente ineficaz. Las clases formales tienden a poner a la persona que facilita en el papel de experto, y a reducir al mínimo las posibilidades de que cada participante examine y utilice sus propios conocimientos y experiencia.

Sin embargo, las presentaciones en plenaria TIENEN su lugar en un taller de capacitación.

- Introducen un contraste con los otros métodos utilizados en el taller.
- Permiten presentar la información en poco tiempo y, seguidas de ejercicios que utilizan esa información, pueden ser sumamente provechosas.
- En un taller bien equilibrado se limitará el número de sesiones organizadas como clases formales y se limitará a la transmisión de la información y los conocimientos.

En consecuencia, en este manual encontrará sesiones en las que se imparten clases formales, así como breves presentaciones en plenaria. Estas últimas son preferibles debido a su corta duración, de modo que es más fácil asimilar la información, ya que suelen ser un medio sumamente eficaz para presentar un tema.

**Cuándo impartir una presentación formal o breve:** A continuación se dan algunos consejos útiles para que su clase formal o breve sea lo más interesante posible.

- **Contenido:**
  - Declare los objetivos desde el principio.
  - Personalice el contenido: experiencias, ilustraciones, riase de usted mismo.
  - Integre anécdotas, humor, ejemplos, metáforas.
  - Trate de atraer la atención con sus revelaciones.
  - Repita los mensajes fundamentales de diferentes maneras.
  - Resuma al final los conceptos principales.
  
- **Preparación:**
  - Practique con grabadora, espejo, cámara de video.
  - Prepárese en exceso.
  - Escriba los conceptos sobresalientes en el rotafolio y apunte indicaciones a lápiz.
  
- **Técnicas de presentación:**
  - Nunca lea una presentación.
  - Use ayudas visuales, tales como rotafolios y transparencias para retroproyector, con información precisa y concisa y en letra grande
  - Evite las notas o tarjetas de apuntes (use rotafolios, como se indicó antes, por ejemplo).
  - Varíe la voz, el ritmo.
  - Evite estar de pie en un solo lugar, "pronunciando un discurso".
  - Mantenga el contacto visual, pero con el grupo entero. No se concentre en un participante o dos.
  - Hable en voz alta, clara, en tono de conversación.
  - ¡Concluya a tiempo!
  
- **Cómo incluir a los participantes**

Quizás la clave más importante del éxito de una clase formal sea incluir a quienes participan. Por ejemplo:

  - Invítelos a formular preguntas.
  - Plantee una pregunta y pídale que se dividan en parejas o grupos de examen rápido durante tres minutos para discutirla y dar las respuestas.

- Use ayudas visuales (rotafolios, retroproyectors, folletos) [Ver más adelante].
- Asigne de antemano una lectura corta.
- Solicite la participación para que corroboren sus aseveraciones compartiendo sus experiencias y anécdotas.
- Devuélvale al grupo alguna pregunta formulada por un participante, por ejemplo: "Esa es una buena pregunta. Discútanla en parejas por dos minutos y veamos a que conclusión llegan."
- Empiece con una lluvia de ideas.

### LLUVIA DE IDEAS:

Este método da opciones a que cada participante exprese libremente sus ideas, sin pensar antes de hacerlo. Así, se generan ideas innovadoras y fructíferas.

El método consiste en que el facilitador plantee una pregunta y solicite de los participantes sus respuestas espontáneas en voz alta. Nada se censura. Todo se escribe en el rotafolio, incluso las respuestas repetidas. El objetivo es generar tantas ideas como sea posible en el mínimo de tiempo. Los participantes se adaptarán al ritmo del ejercicio con rapidez y entusiasmo. Cuando se acaba el tiempo, el facilitador le pide al grupo que clasifique las respuestas por temas. Empleando marcadores de colores, se asigna una letra de distinto color a cada idea. Al final, se pueden eliminar las yuxtaposiciones y repeticiones y, si se desea, dar una orden de prelación a las ideas. Sigue el debate en grupo, durante el cual se puede hacer hincapié en algunos conceptos, descartar otros, hasta que se logra el consenso del grupo.

Algunas normas:

- Plantee un problema o pregunta limitada.
- Escriba las ideas en el rotafolio.
- Cuando grabe, no edite ni comente.
- Solo se pueden hacer comentarios generales (por ejemplo: "¡Ajá! ¡estamos sacando muchas ideas buenas!"), no elogiar una idea o decir que algo no viene a cuento. Esto detendrá el proceso porque los participantes se cohibirán.
- Mantenga el ritmo rápido.
- Dídale a los participantes que no se autocensuren. Dígales que algunas de las mejores ideas son las espontáneas, que no se juzgan. No se permite criticar y la evaluación de las ideas viene una vez que han cesado de fluir, o que se acaba el tiempo.

Este es un ejercicio provechoso porque la participación es muy activa, es divertido y todos tienen oportunidad de contribuir.

## PREGUNTAS:

Se puede fijar un momento determinado para las preguntas o el debate; por ejemplo, al final de una clase formal durante la plenaria. En efecto, en los talleres de capacitación con participación activa, las preguntas son fundamentales y necesitan fomentarse.

Sin embargo, hay riesgos inherentes: i) participantes a quienes les gusta oírse hablar y que hacen preguntas constantemente, aun cuando no sean pertinentes; ii) la pregunta verdaderamente pertinente a cuya respuesta hay que dedicarle tiempo y que altera el horario de la sesión; iii) las preguntas que se convierten en comentarios; y iv) las que se convierten en debate activo. Los talleres de capacitación se distinguen por la necesidad de cubrir mucho material en poco tiempo y las preguntas pueden desviar el tema. Sin embargo, son una parte intrínseca del proceso de participación activa.

Quienes facilitan tienen que ser firmes acerca del tiempo que se dedica a las preguntas, en particular cuando no vienen al caso.

- **ESTACIONAMIENTO:** Una manera de evitar este problema es designar un "ESTACIONAMIENTO" al comienzo del taller. Encabece una hoja del rotafolio con esta palabra y péguela a la pared en un sitio visible. Algunas preguntas se pueden responder más adelante en el taller si consumen mucho tiempo en una sesión determinada. Cuando ésto suceda, "estacione" la pregunta en la hoja del rotafolio para estar seguro de responderla durante el taller. Algunas de las preguntas dejarán de ser candentes en el transcurso del taller, otras se responderán, y las que todavía estén pendientes al final pueden contestarse si todavía se considera necesario. Este es un mecanismo útil para controlar el tiempo sin que los participantes sientan que se los hizo a un lado.
- **Devuelva las preguntas:** A veces un(a) facilitador(a) no está seguro de cómo responder a una pregunta; a veces la pregunta es clave y/o la pregunta surge cuando la concentración está decayendo. En ese caso, devuélvale la pregunta al grupo y:
  - Elogie la pregunta y solicite las respuestas de los participantes.
  - Someta la pregunta a la consideración de parejas o a un grupo de examen breve.
- **Cómo manejar a una participación dominante:** Usted tendrá que tratar de calmar a quienes persistan en preguntar.
  - Diga con amabilidad, pero con firmeza, que el resto de las personas también necesitan tener oportunidad de preguntar.
  - Estacione sus preguntas, mientras elogia su entusiasmo.
  - Sugiera la posibilidad de conversar posteriormente y aclarar sus dudas, si usted piensa que el resto no está interesado. A menudo, una vez que

- estén cara a cara, la persona que preguntó perderá el interés en ella.
- Recorra al humor para mitigar la tensión o el resentimiento que se pueda estar acumulando entre otros participantes que se sienten dominados.
  - Haga que se formen grupos de examen rápido con mayor frecuencia.
  - Cerciórese que las personas dominantes pasen de un grupo pequeño a otro, para que ninguno tenga que "tolerar" a un participante de estos durante todo el taller.
  - Si insisten en preguntar y se está acabando el tiempo, pídele a todo el grupo que decida si le gustaría seguir con este tipo de preguntas aunque pierdan parte del contenido de la sesión. De esta forma la participación del resto del grupo es lo que detiene las preguntas, y no quienes facilitan.

## AYUDAS VISUALES:

Las ayudas visuales que se emplean más comunmente en este taller son las transparencias para retroproyector, los rotafolios y los distribuibles. En la última sección del manual hay transparencias listas para fotocopiar para retroproyección. Además, el contenido de los rotafolios se ha colocado junto, a fin de facilitar su reproducción.

**LÁMINAS PARA RETROPROYECTOR:** La ventaja de estas ayudas visuales es que pueden proporcionar información importante de una manera clara y prolija. Se puede presentar el contenido de una clase breve completa en láminas para retroproyector, o se pueden utilizar intermitentemente para reforzar un concepto y ayudar a los participantes a retener la información, puesto que se está presentando tanto en forma auditiva como visual. Cuando hay mucho material que presentar visualmente, las láminas para retroproyector son más útiles que los rotafolios. Son fáciles de llevar. Pueden estar escritas a mano o a máquina, y éstas últimas se pueden realzar con marcadores para retroproyección de distintos colores.

**Desventajas:** la interacción pasiva entre los participantes y el facilitador; la necesidad de fijar la vista en una pantalla encendida; y el hecho que el facilitador no puede desplazarse.

- Uso de las láminas para retroproyector:
  - Escriba cuatro o cinco palabras por renglón; cinco o seis renglones por página.
  - Utilice tipo de letra grande.
  - Use colores.
  - Emplee diagramas/gráficos.
  - Use tarjetas para destacar un renglón o dos a la vez o para esconder lo que no es motivo de interés en ese momento.
  - Los marcos de cartón ayudan a manipular las transparencias (evitan que se vuelen o se deslicen en momentos críticos) y usted puede usarlos para apuntar indicaciones para la clase formal.
  - Cerciórese de tener a la mano una bombilla de reserva para el proyector.

## ROTAFOLIOS:

Los rotafolios facilitan la interacción.

Se puede escribir a última hora en el salón; se pueden lograr efectos extraordinarios usando colores.

Se pueden pegar en las paredes para usarse después o para ver varias hojas del rotafolio al mismo tiempo o consultarlas en sesiones posteriores.

### ■ Uso de los ROTAFOLIOS:

- Prepárelos de antemano, incluso los rotafolios que va a emplear para la lluvia de ideas o para las conclusiones en plenaria, las que solo necesitan el título,
- Es indispensable que la escritura sea legible y en letra grande (las personas que estén en el fondo del salón tienen que ser capaces de verlas sin esfuerzo).
- Agregue vida con colores: subraye, use dos colores para los conceptos, alternándolos.
- Pegue un papel o cinta adhesiva a la orilla de las hojas del rotafolio para que sobresalgan y anote el contenido y el número correspondientes, con lo que tendrá una referencia fácil durante la presentación.
- Apunte indicaciones a lápiz en las hojas del rotafolio para eliminar las tarjetas u hojas sueltas. Los participantes no alcanzan a ver las marcas en lápiz.
- Párese a un lado para no darles la espalda a los participantes.
- Fíjese que tenga suficientes marcadores frescos de diferentes colores. Los marcadores casi secos son una molestia, se endurecen, y es difícil ver la tinta.
- Cuando pueda, use marcadores a base de agua, ya que a algunos participantes les molesta el olor fuerte.
- Tenga bastante cinta adhesiva a mano para pegar las hojas del rotafolio a la pared. Corte los pedazos de cinta previamente y péguelos en hilera al soporte del rotafolio.
- Pinte el borde de las hojas del rotafolio de distinto color para realzar la presentación.
- Es útil tener hasta tres rotafolios listos desde el principio para que el facilitador pueda exhibir información en varios de ellos a la vez, pasando de uno a otro.
- Separe las hojas intercalando otra hoja en blanco si el papel del rotafolio es demasiado delgado y se transparenta lo que está escrito en la hoja anterior. Pegue las dos hojas del rotafolio con cinta adhesiva.

## DISPOSICIÓN DEL SALÓN DE CAPACITACIÓN:

La configuración más común es sentar a las personas que participan formando una "U" profunda, con quien está facilitando de pie frente a la abertura. Esto es útil si el grupo es pequeño, puesto que el facilitador puede caminar al centro y quedar cerca del grupo.

Para grupos más grandes—de 20 a 30 participantes—funciona mejor sentar a los participantes de cinco en cinco en mesas individuales, de suerte que puedan mirar hacia el frente del salón. Pueden conversar en grupos de examen rápido o trabajar en sus mesas en los estudios de casos.

Para lograr que todos trabajen entre sí y se beneficien de una variedad de aportes y experiencia, reorganice los grupos todos los días [Ver anterior sección: Trabajo en grupos pequeños].

## TIEMPO:

Uno de los elementos más importantes para que un taller funcione sin problemas—y a menudo uno de los más difíciles de lograr—es ceñirse estrictamente al horario.

Hay que programar los componentes realistamente para que los facilitadores no se vean atrapados. Se pueden hacer ajustes para grupos más grandes, reduciendo el contenido de alguna de las sesiones a fin de conseguir interacción y participación plenas.

En el salón de capacitación debe haber un reloj grande y visible.

Es importante lograr un equilibrio entre la necesidad y el deseo de que los participantes contribuyan con sus preguntas, comentarios y anécdotas y la necesidad de avanzar para cubrir eficientemente el contenido.

Uno de los mejores comentarios que se puede recibir en la evaluación es que el tiempo fue demasiado corto, siempre y cuando la organización del taller haya sido eficiente y se haya cubierto el material.

Durante el trabajo de grupo, avise a intervalos regulares cuanto tiempo queda. Durante las clases breves, las sesiones de retroalimentación y otras actividades en plenaria, recuerde a los participantes cuanto tiempo disponen para la sesión. Si están enfrascados en un tema y están teniendo dificultades para captarlo y desean continuar, deténgalos y pídale su opinión acerca de si desean seguir trabajando. Puede ser que tengan que quedarse después del tiempo programado. Los participantes necesitan tomar su propia decisión sobre esto. A menudo optarán por permanecer más tiempo si creen que están obteniendo resultados valiosos de la sesión.

## LECTURAS ADICIONALES

Eitingham, J. *The Winning Trainer*. Houston: Gulf Publishing Company, 1989.

Silberman, M. *Active Training: A Handbook of Techniques, Designs, Case Examples, and Tips*. Nueva York: MacMillan, 1990.

## PANORAMA GENERAL

### RESUMEN DEL LA PANORAMA GENERAL

<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Examinar la diferencia entre sexo y género</li><li>■ Discutir el enfoque de género y su relevancia para la salud y el desarrollo humano</li><li>■ Desarrollar habilidades y metodologías para hacer operativo el enfoque de género en el trabajo de salud y desarrollo humano</li></ul>
<b>Población Objeto:</b>	Funcionarios responsables por el desarrollo de políticas, programas y proyectos de salud y desarrollo humano
<b>Tamaño:</b>	20 participantes, con un máximo de 24 y un mínimo de 12
<b>Metodologías:</b>	Altamente participativo en que se incluye: <ul style="list-style-type: none"><li>• Discusiones en plenaria y en grupos</li><li>• Presentaciones en plenaria</li><li>• Trabajo en grupos pequeños</li><li>• Videos</li><li>• Sesiones de preguntas y respuestas</li><li>• Estudios de caso</li></ul>
<b>Duración:</b>	14 horas (2 días)
<b>Facilitadores:</b>	Un mínimo de dos facilitadores, uno de ellos con experiencia en la conducción de talleres participativos y uno especializado en salud y desarrollo humano y familiarizado con una amplia gama de actividades en salud.
<b>Disposición de las facilidades:</b>	Un salón para acomodar al grupo. Disponibilidad de salas más pequeñas para el trabajo de grupos, o que el salón sea lo suficientemente grande para que el trabajo pueda realizarse en grupos sin estorbarse los unos a los otros. El salón debe contar con espacio en la pared para pegar las hojas de rotafolio.
<b>Materiales:</b>	Hojas de rotafolio y trípode para colocar rotafolios Plumones de colores Cinta de pegar (que no marque las paredes) Retroproyector (para láminas) Videocasetera y televisor Tarjetas de cartón para los nombres de los que participan Papel para tomar apuntes, lápices

**Filosofía del taller:** Este manual se basa en el supuesto que las personas adquieren conocimientos con más facilidad cuando pueden basarse en sus propios conocimientos y experiencias y cuando participan activamente en el descubrimiento de nuevas maneras de mirar al mundo.

## INTRODUCCIÓN AL TALLER

### RESUMEN DE LA INTRODUCCIÓN

<b>Objetivo:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Ofrecer un marco de referencia</li><li>■ Que las personas que participan se conozcan</li><li>■ Presentar los objetivos del Taller</li></ul>
<b>Mensaje central:</b>	El Taller tiene un uso eminentemente práctico para el trabajo de los participantes.
<b>Resultado esperado:</b>	Las personas que participan ubicarán al taller en el contexto de la OPS.
<b>Metodología:</b>	Presentación en Reunión Plenaria Trabajo en Pares Discusión en Reunión Plenaria
<b>Materiales:</b>	Organizar Rotafolios para poder hacer gráficos durante la presentación <i>Rotafolio N° 1:</i> Preséntese <i>Rotafolio N° 2:</i> Objetivos del Taller <i>Rotafolio N° 3:</i> Resultado Esperado del Taller Distribuable N° 1: Objetivos del Taller Distribuable N° 2: Resultado Esperado del Taller Carpetas para los participantes que contengan la agenda, la lista de participantes, los objetivos y los resultados esperados del taller. Conforme se va avanzando en los módulos, se van entregando los distribuibiles correspondientes a estos.
<b>Componentes:</b>	A.1: Introducción al Género, la Salud y el Desarrollo A.2: Presentación de los que participan A.3: Objetivos y Resultado Esperado del Taller
<b>Tiempo:</b>	A.1: 10 min. A.2: 35 min. A.3: 10 min. <u>Total: 55 min.</u>
<b>Preparación:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ Completo conocimiento del contenido de la presentación plenaria para poder hacer correctamente la introducción al Taller.</li><li>■ Preparar Rotafolios 1, 2 y 3 (ver sección del manual con contenidos de los Rotafolios) y si fuera necesario, leer sección en la guía para facilitadores sobre cómo preparar Rotafolios.</li></ul>

- Fotocopiar Distribuibles N° 1 y 2
- Las carpetas para entregar a los participantes deben incluir:
  - Objetivos
  - Resultados Esperados
  - Agenda
  - Lista de Participantes
  - Divisores para separar el material de acuerdo a cada módulo
  - Papel en blanco para tomar notas
  - Asegurar que la sala esté arreglada para facilitar el trabajo en grupos (ver sección del manual que describe cómo arreglar la sala)

## INTRODUCCIÓN AL GENERO, LA SALUD Y EL DESARROLLO

<b>Metodología:</b>	Mini-Presentación en Plenaria
<b>Materiales:</b>	Carpetas para Participantes
<b>Tiempo:</b>	10 minutos
<b>Preparación:</b>	Completo conocimiento por parte de la persona que facilite del contenido de la Introducción

---

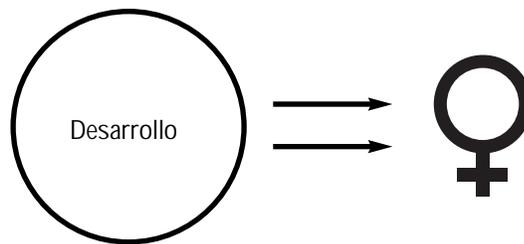
### PROCESO

- BIENVENIDA: Facilitador(es)(as) dan la bienvenida a los participantes y se presentan.
- MINI-PLENARIA: Facilitador(a) explica:
  - Taller sobre Género, Salud y Desarrollo fue elaborado por el Programa Regional de Mujer, Salud y Desarrollo (HDW) de la División de Salud y Desarrollo Humano de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).
- Historia de HDW:
  - 1986: Programa se inicia con su aprobación por parte de la XXIIª Conferencia Sanitaria Panamericana que da lineamientos generales.
  - 1987: Primera Reunión de Puntos Focales de HDW. Acuerdo de necesidad de impulsar planes nacionales y subregionales de acción para mejorar la situación de la salud de la mujer.
  - 1988: Reunión Latinoamericana en Cuba analizó la situación de salud de la mujer y su participación en la salud.
  - 1988: Aprobación de la primera iniciativa subregional para la mujer en Centroamérica en el marco de la estrategia "La Salud, un Puente para la Paz".

■ Facilitador(a) explica:

Durante las tres últimas décadas, la problemática de la mujer y su participación en el desarrollo ha sido objeto de creciente interés. Tal interés se manifestó inicialmente a través del llamado enfoque de "Mujer en el Desarrollo", que nació de la idea que la mujer había quedado fuera de los procesos de salud y desarrollo y que, para integrarla, había que focalizar esfuerzos destinados a corregir esta situación. Este abordaje se dirige a las mujeres aisladamente, con proyectos específicos destinados a generar ingresos, mejorar la situación nutricional de los niños, o controlar la fecundidad. La meta: un desarrollo socio-económico más efectivo y eficiente, mediante el mejoramiento de las condiciones de las mujeres.

■ Facilitador(a) dibuja:



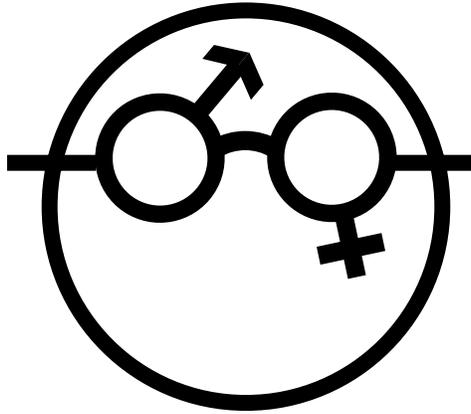
■ Facilitador(a) sigue:

Posteriormente, se reconoció que la mujer, lejos de estar "fuera del desarrollo", siempre había sido parte indispensable, aunque invisible de dicho proceso. Se empezó a entender que el problema no era la mujer y su condición de pobreza y salud en sí, sino las relaciones entre hombres y mujeres que relegaban a la mujer a una situación de desventaja y de subordinación, con respecto al acceso y control sobre los recursos que promueven el desarrollo.

Este nuevo enfoque, denominado de "Género y Desarrollo" sostiene que la inequidad en las relaciones entre hombres y mujeres puede colocar a uno u otro sexo en desventaja frente al acceso y control de los recursos necesarios—en este caso particular—para proteger la salud. Comenzó a entenderse que para equilibrar estas relaciones, se deben mirar los procesos de promoción de la salud y el desarrollo, a través de los lentes de género.

## COMPONENTE A.1

- Facilitador(a) dibuja:



- Facilitador(a) termina diciendo:

Actualmente, nuestros esfuerzos se encaminan a corregir el desequilibrio de las posiciones respectivas del hombre y la mujer frente a los recursos. Se busca llegar a un estado de desarrollo ideal, en el cual las relaciones de género sean equitativas.

En la mayoría de los casos, las mujeres están en una posición de desventaja socio-económica que afecta negativamente su salud, de ahí que hay que promover intervenciones que mejoren esa situación de desventaja de las mujeres. Con miras a ese fin, y hasta que lleguemos a esa equidad, el foco particular de la perspectiva de género, seguirán siendo las mujeres.

Como señala el Informe del Desarrollo del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD): "Ninguna sociedad trata a sus mujeres tan bien como a sus hombres". Es importante notar, sin embargo, que en algunas instancias del proceso de salud/enfermedad, los hombres se encuentran en situación de desventaja por la construcción social de género y, por lo tanto, es necesario promover intervenciones que busquen mejorar esas situaciones particulares.

- El nuevo abordaje que emerge, ya no considera a la mujer per se, como unidad de análisis, sino que estudia las dinámicas de las relaciones entre los sexos para evaluar el impacto que tiene esa relación sobre la salud de la mujer y del hombre.
- Esta nueva perspectiva conocida como la perspectiva de género se dirige a identificar, analizar y modificar situaciones que pueden estar creando o manteniendo desigualdades o inequidades sociales por pertinencia uno u otro sexo.
- ¿Por qué un programa de Mujer, Salud y Desarrollo si los hombres se mueren antes que las mujeres? La investigación científica muestra que, a pesar de los grandes avances de la medicina, las mujeres todavía continúan experimentando una mayor morbilidad que los hombres, y que no obstante su mayor longevidad, su salud y calidad de vida se comprometen a lo largo de su ciclo vital.

- Uso de los servicios de salud: ¿Las mujeres se favorecen por ser las usuarias principales? Por un lado, las mujeres tienen un nivel más alto de morbilidad y una mayor necesidad de servicios ligados a su función reproductiva. También, por las construcciones sociales de género, las mujeres consultan para buscar ayuda para los demás, de lo cual ellas son responsables, y no necesariamente consultan los servicios como usuaria, en pos de un mejoramiento de su propia salud.
- Las mujeres como categoría general no son grupo vulnerable; por el contrario, las mujeres nacen con una ventaja biológica relativa a los varones.
- Los efectos de la socialización sobre la conducta pueden ser también altamente perniciosos para la salud del hombre. Los hombres se mueren más jóvenes por varias razones, entre ellos accidentes, actos violentos, cirrosis, cáncer del pulmón, etc.
- La construcción de género conlleva factores protectores y perniciosos tanto para la salud de las mujeres como para la de los hombres.
- El enfoque de género está estrechamente relacionado con uno de los desafíos principales de la OPS, el de superar las inequidades sociales y económicas que se manifiestan en los perfiles diferenciados de salud en la Región.
- Este taller es un primer paso en la sensibilización de profesionales, sobre la forma en que las construcciones sociales de género interactúan con la salud. Esta sensibilización facilitará luego la incorporación del enfoque de género en el trabajo cotidiano.

## PRESENTACIÓN DE LOS QUE PARTICIPAN

**Metodología:** Trabajo en Pares/Reunión Plenaria

**Materiales:** Rotafolio N° 1: Preséntese

**Tiempo:** 5 min: Entrevistas en Pares:  
30 min: Plenaria  
35 min: Total

**Preparación:** Preparar Rotafolio N° 1

### PROCESO

- La persona que facilite solicita a los participantes:

Formar parejas y entrevistarse, respondiendo a las preguntas señaladas en el Rotafolio N° 1. Cada entrevista debe durar 2 minutos (4 minutos por pareja).

*NOTA:* Dependiendo del número de participantes y del tiempo destinado para el Taller, las dos preguntas (2 y 3) pueden incluirse, o se puede suprimir una de estas, según las necesidades y el contexto del taller. Las personas que facilitan se deben incluir en el proceso de presentación.

Texto del Rotafolio N° 1

#### PRESÉNTESE

- ¿Cuál es su nombre y en qué trabaja?;
- ¿Qué quería ser de adulto(a) cuando era niño(a)?;
- ¿Qué le gusta hacer en sus ratos de ocio?  
(no vale indicar que no los tiene);
- ¿Qué expectativas tiene del taller?

- Vigile el tiempo: Se anuncia cuando han pasado dos minutos y se invita a los participantes a entrevistar a su pareja. Después de 4 minutos, finalizar este proceso.
- Durante las entrevistas se prepara una hoja de rotafolio con el título "Expectativas" y se coloca en un lugar visible y de fácil acceso.
- Se le solicita a cada par presentar a su pareja compartiendo los datos obtenidos en las entrevistas. Facilitador(a) va anotando las expectativas en la hoja de rotafolio según se van señalando. El último día se revisa el nivel de cumplimiento de estas expectativas.

**OBJETIVOS Y RESULTADO ESPERADO DEL TALLER**

**Metodología:** Presentación en Reunión Plenaria/Preguntas

**Materiales:** Rotafolio N° 2: Objetivos del Taller  
Rotafolio N° 3: Resultado Esperado del Taller

**Tiempo:** 10 minutos

**Preparación:** Preparar Rotafolios N°s 2 y 3

---

**PROCESO**

- Facilitador(a) presenta los OBJETIVOS.

*Texto del Rotafolio N° 2*

**OBJETIVOS DEL TALLER**

- Examinar el concepto de género
- Discutir el enfoque de género y su relevancia para la salud
- Desarrollar habilidades y metodologías para hacer operativo el enfoque de género

## COMPONENTE A.3

Texto del Distribuible N° 1

OBJETIVOS DEL TALLER
<ul style="list-style-type: none"><li>● Examinar las diferencias entre sexo y género.</li><li>● Discutir el enfoque de género y su relevancia particular en el área de la salud y el desarrollo.</li><li>● Desarrollar habilidades y metodologías para hacer operativo el enfoque de género en los programas de salud y desarrollo.</li></ul>

- Facilitador(a) presenta el RESULTADO ESPERADO del taller, y luego señala cuáles de las expectativas presentadas por los participantes serán cumplidas y cuáles no.

Texto del Rotafolio N° 3

RESULTADO ESPERADO DEL TALLER
<ul style="list-style-type: none"><li>● Mayor comprensión de la relevancia del enfoque de género como elemento esencial de la planificación en salud para el logro de un desarrollo humano sostenible.</li></ul>

Texto del Distribuible N°2

RESULTADO ESPERADO DEL TALLER
<ul style="list-style-type: none"><li>● Mayor comprensión de la relevancia del enfoque de género como elemento esencial de la planificación en salud para el logro de un desarrollo humano sostenible.</li></ul>

Se invitan preguntas.

- Facilitador(a) explica la agenda del taller, señalando que contiene 7 módulos. La metodología utilizada es altamente participativa y se basa en la premisa de que todos los participantes cuentan con una amplia gama de experiencia y con conocimientos que nutrirán el proceso de aprendizaje. La metodología del taller espera estimular sus contribuciones. El proceso incluye trabajo individual y grupal, con informes de los grupos a la plenaria, discusión plenaria, y estudios de caso utilizando proyectos, programas y/o políticas de salud, ya sean de la OPS o del país. Tendrán la oportunidad de aplicar lo aprendido al análisis y a la formulación de recomendaciones para fortalecer estos proyectos, programas y políticas.

**MÓDULO**

**1**

**SEXO Y GÉNERO**



**SEXO Y GÉNERO**

**RESUMEN DEL MÓDULO 1**

<b>Objetivo:</b>	Examinar el concepto de género y sus características particulares, y la diferencia entre sexo y género.
<b>Mensaje central:</b>	Las características que definen las categorías de hombre y mujer son en gran parte determinadas culturalmente.
<b>Resultado esperado:</b>	El conocer que el género es una construcción social que define los roles y las relaciones entre los sexos y, por ende, hombres y mujeres desarrollan diferentes experiencias, habilidades y necesidades.
<b>Metodología:</b>	Lluvia de ideas/ discusión en Reunión Plenaria Mini-presentación en Reunión Plenaria
<b>Materiales:</b>	Rotafolio N° 4: Hombres/Mujeres Rotafolio N° 5: Características del Concepto de Género Lámina N° 1.a: Sexo/Género Lámina N° 1.b: Biológico/Social Lámina N° 1.c: Género en la Salud Distribuable N° 3: Definiciones de Sexo y Género (Copia de Lámina N° 1.a)
<b>Componentes:</b>	1.1 Hombres y Mujeres: ¿Qué Nos Define? 1.2 Definiciones de Sexo y Género
<b>Tiempo:</b>	1.1 10 min. 1.2 20 min. <u>Total: 30 min.</u>
<b>Preparación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fotocopiar Distribuable N° 3</li> <li>■ Preparar Rotafolio N° 4 y 5</li> </ul>

## HOMBRES Y MUJERES: ¿QUÉ NOS DEFINE?

**Metodología:** Lluvia de ideas/ Discusión en Reunión Plenaria

**Materiales:** Rotafolio N° 4: Hombres/Mujeres

**Tiempo:** 10 minutos

**Preparación:** Preparar Rotafolio N° 4

### PROCESO

- Facilitador(a) escribe MUJERES a la izquierda de la hoja del ROTAFOLIO y HOMBRES a la derecha, separando la página en dos secciones, por medio de una línea vertical. Luego, pregunta a los participantes: ¿Qué quiere decir ser hombre o ser mujer?<sup>1</sup> Facilitador(a) estimula a que los participantes espontáneamente contribuyan sus respuestas sin reflexión, para lograr así una dinámica rápida y enérgica (ver guía de Facilitadores sección sobre “Lluvia de ideas”). Facilitador(a) va anotando las respuestas en forma de adjetivos en las columnas correspondientes, sin comentario. Si nadie señala el parir/la maternidad o la lactancia, se formula una pregunta para lograr incluir estas funciones biológicas.

*Texto del Rotafolio N° 4*

MUJERES	HOMBRES

- Al terminar las contribuciones, dice: "Vamos a cambiar los supuestos". Se tacha los títulos originales de las listas y los reemplaza por los antónimos (la palabra "mujer" se tacha y se sustituye por "hombre" y vice versa). Luego pregunta: **¿Cuáles de éstas características no serían posibles en cualquier sociedad?** El/la facilitador(a) subraya con un plumón aquellas características que los participantes señalan como características que no podrían ser asumidas por hombres o por mujeres, es decir, las que son determinadas biológicamente como, por ejemplo, parir o amamantar.
- A continuación, se pregunta:
  - **¿Qué tienen en común éstas características que ustedes han identificado como socialmente construidas?**
  - Se espera que se identifiquen aspectos tales como: cambian a través del tiempo, son culturalmente específicas, son aprendidas a través de la socialización. Se señala que estas son características claves del género.

1. Para el caso que surjan interrogantes sobre esta consigna (por ejemplo, más especificidad sobre la sociedad particular, el tiempo histórico, la clase social o lugar geográfico, etc.) hacer énfasis que no importa cómo lo quieren representar (lugar, espacio, tiempo, etc.)

## COMPONENTE 1.2

### DEFINICIONES DE SEXO Y GÉNERO

Metodología:	Mini-presentación en Reunión Plenaria
Materiales:	Lámina N° 1.a: Sexo/Género Lámina N° 1.b: Biológico/Social Lámina N° 1.c: Género en la Salud Rotafolio N° 5: Características del Concepto de Género Distributable N° 3: Definiciones de Sexo y Género (Copia de Lámina 1.a)
Tiempo:	20 minutos
Preparación:	Fotocopiar Distributable N° 3 Preparar Rotafolio N° 5

---

#### PROCESO

- Facilitador(a) muestra la Lámina N° 1.a y entrega el distributable N° 3 con la siguiente definición:

Lámina N° 1.a/  
Distributable N° 3

#### DEFINICIONES DE SEXO Y GÉNERO

**"Sexo"** hace referencia a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer.

**"Género"** identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femeninos y masculinos, dentro de contextos específicos.

Género se refiere a la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencia los sexos, al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos.

Texto del Rotafolio N° 5

CARACTERÍSTICAS DEL CONCEPTO DE GÉNERO	
● Relacional:	Interdependencias construidas socialmente
● Jerárquico:	Relaciones de poder
● Cambiante:	Modificable a través del tiempo
● Contextual:	Varía de acuerdo con clase, cultura, etnia y edad
● Institucional:	Sistémico

- El/la facilitador(a) indica que lo que los participantes han definido en el ejercicio anterior es la diferencia entre sexo y género. Se resalta el hecho que, a través de las diferentes etapas de la vida, son muy pocas las características que están biológicamente determinadas: la gran mayoría están construidas socialmente. Haciendo referencia al Rotafolio N° 5, se señala que el concepto de género tiene las siguientes características:
  - Es **RELACIONAL** porque no se refiere a mujeres o a hombres aisladamente, sino a las relaciones que se construyen socialmente entre unas y otros.
  - Es **JERÁRQUICO** porque las diferencias que establece entre mujeres y hombres, lejos de ser neutras, tienden a atribuir mayor importancia y valor a las características y actividades asociadas con lo masculino y a producir relaciones desiguales de poder.
  - Es **CAMBIANTE** a través del tiempo porque los roles y las relaciones se modifican a lo largo del tiempo y, por ende, son susceptibles a cambios por medio de intervenciones.
  - Es **CONTEXTUALMENTE** específico porque existen variaciones en las relaciones de género de acuerdo a etnia, clase, cultura etc., que subrayan la necesidad de incorporar en el análisis de género la perspectiva de la diversidad.
  - Es **INSTITUCIONALMENTE ESTRUCTURADO** porque se refiere no sólo a las relaciones entre mujeres y hombres a nivel personal y privado, sino a un sistema social que se apoya en valores, legislación, religión, etc.
- **NOTA:** Al presentar las características de género, idealmente el/la facilitador(a) solicitaría de los que participan sus propios ejemplos. Si el tiempo es limitado, se pueden ofrecer ejemplos. Sería importante que el/la facilitador(a) utilice ejemplos que sean relevantes al contexto/país en donde se está desarrollando el taller.
- Facilitador(a) muestra las láminas 1.b y 1.c, leyendo lo siguiente:

## COMPONENTE 1.2

Lámina N° 1.b

### BIOLÓGICO/SOCIAL

El énfasis en lo social dentro del abordaje de género no implica una exclusión del elemento biológico. Por el contrario, el foco de análisis dentro de esta perspectiva, se dirige al examen de las interacciones entre los factores biológicos y los del medio social, que conducen a situaciones de desventaja o ventaja relativa, para uno de los sexos.

Lamina N° 1.c

### GÉNERO EN LA SALUD

En el ámbito de la salud, tal ventaja o desventaja relativa se puede medir primero en términos de las probabilidades de mantener la salud o de enfermar o morir por causas prevenibles; y, segundo, en la equidad con que aparecen distribuidos los recursos, las responsabilidades y las retribuciones en el trabajo en salud.

**MÓDULO**

**2**

**ROLES DE GÉNERO, ACCESO  
Y CONTROL SOBRE RECURSOS,  
Y ESTEREOTIPOS DE  
PLANIFICACIÓN**



## ROLES DE GÉNERO, ACCESO Y CONTROL SOBRE RECURSOS, Y ESTEREOTIPOS DE PLANIFICACIÓN

### RESUMEN DEL MÓDULO 2

**Objetivo:** Adquirir los elementos para el análisis de los roles de género y el acceso y control sobre los recursos.

**Mensaje central:** Las mujeres tienen múltiples roles que, por lo general, no son reconocidos social y económicamente. Estos roles implican un diferente acceso y control sobre los recursos y una diferente exposición a factores de riesgo o protectores para la salud.

**Resultado esperado:** Los que participan podrán aplicar los conceptos analíticos para : (a) visibilizar los roles de género de hombres y mujeres; (b) identificar cómo el acceso y el control sobre los recursos para proteger la salud están afectados por estos roles de género.

**Metodología:** Estudios de Casos  
Trabajo en Grupos/Discusión en Plenaria

**Materiales:** Distribuible Nº 4: Seis casos  
Distribuible Nº 5: Cuadro de las 24 Horas  
Distribuible Nº 6: Definición: Roles de Género  
Distribuible Nº 7: Definición: Acceso y Control  
Distribuible Nº 8: Cinco Tipos de Recursos  
Distribuible Nº 9a, b y c: Estereotipos de familia (Copia Láminas 2a, b, c)  
Distribuible Nº 10: Situaciones Familiares: Crisis de Salud

Lámina Nº 2.a: Estereotipo/1  
Lámina Nº 2.b: Estereotipo/2  
Lámina Nº 2.c: Estereotipo/3

Rotafolio Nº 6: Definiciones: Roles de Género  
Rotafolio Nº 7a: Título: PRODUCTIVO  
Rotafolio Nº 7b: Título: REPRODUCTIVO  
Rotafolio Nº 7c: Título: GESTIÓN COMUNITARIA

**Materiales (cont.):**

- Rotafolio N° 8: Definiciones: Acceso y Control
- Rotafolio N° 9a: Recursos Materiales/Económicos
- Rotafolio N° 9b: Recursos Políticos
- Rotafolio N° 9c: Recursos de Información/Educación
- Rotafolio N° 9d: Recurso de Tiempo
- Rotafolio N° 9e: Recursos Internos
- Rotafolio N° 10: Tres Preguntas Claves para el Análisis de Género
- Rotafolio N° 11: Tarea para la Crisis de Salud

---

**Componentes:**

- 2.1 La Vida Cotidiana y los Roles de Género: El Trabajo que Desempeñan Hombres y Mujeres
- 2.2 Acceso y Control sobre Recursos
- 2.3 Estereotipos de Planificación
- 2.4 Crisis de Salud

---

**Tiempo:**

- 2.1 70 min.
- 2.2 35 min.
- 2.3 15 min.
- 2.4 30 min.
- Total: 150 min.

---

**Preparación:**

- Repasar situaciones familiares A-F y adaptar, si fuera necesario, al contexto local para asegurar mayor relevancia al país.
- Hacer fotocopias de Distribuibles N° 4 al 10
- Preparar hojas de Rotafolio N° 6 al 11

---

## COMPONENTE 2.1

### LA VIDA COTIDIANA Y LOS ROLES DE GÉNERO: EI TRABAJO QUE DESEMPEÑAN HOMBRES Y MUJERES

<b>Metodología:</b>	Trabajo en Grupos, Discusión en Reunión Plenaria
<b>Materiales:</b>	Distribuible N° 4: Seis Casos Distribuible N° 5: Cuadro de las 24 Horas Distribuible N° 6: Definición: Roles de Género Rotafolio N° 6: Definiciones: Roles de Género Rotafolio N° 7a: Título: PRODUCTIVO Rotafolio N° 7b: Título: REPRODUCTIVO Rotafolio N° 7c: Título: GESTIÓN COMUNITARIA
<b>Tiempo:</b>	30 min: Trabajo en Grupos 40 min: Discusión de Resultados en Reunión Plenaria <u>70 min:</u> Total
<b>Preparación:</b>	Revisar y modificar casos, según sea necesario. Preparar Rotafolios N° 6 y 7a, b, c Fotocopiar Distribuibles N° 4 a 6

#### PROCESO

- Facilitador(a) divide a los que participan en 4 grupos (o de manera que cada grupo cuente con un máximo de 6 participantes y un mínimo de 4). Se entrega a cada grupo el Distribuible N° 4 de los estudios de caso y el distribuible N° 5 del cuadro de las "24 Horas". El/la facilitador(a) debe proporcionar a cada grupo un estudio de caso diferente. Los estudios de caso se deberían adaptar a las situaciones de cada país.

- Se indica a los grupos lo siguiente:

A cada grupo se le ha entregado una situación familiar similar a las que existen en nuestro continente. Su tarea como grupo, consiste en imaginarse cómo las responsabilidades y actividades son distribuidas y realizadas por los hombres y las mujeres de ese hogar a lo largo de un día no feriado. De acuerdo con lo consensuado, anotarlos como horario en el esquema de las 24 Horas.

#### NOTA:

- El cuadro de las 24 horas puede facilitar la discusión. Sin embargo, es más fácil al utilizarlo enfocarlo en un hombre y una mujer adultos dentro del hogar. Este ejercicio se puede hacer sin el cuadro, simplemente dividiendo por la mitad y verticalmente, una hoja en blanco. En una mitad se

detallan las actividades y responsabilidades de las mujeres, y en la otra mitad las correspondientes a los hombres.

- Los/las facilitadores(as) deben pasearse por los grupos mientras se realiza el ejercicio, cerciorándose que los grupos estén elaborando las situaciones con cierto nivel de detalle.

*Texto del Distribuible N° 4*

**SITUACIÓN A:**

Un hombre, Pedro, y una mujer, Isabel, conviven hace varios años. Pedro tiene 52 años, es chofer de taxi y trabaja en el turno de la noche; Isabel, de 48 años, trabaja de lunes a sábado en una fábrica. Para aumentar los ingresos familiares, Isabel también hace empanadas que lleva todas las mañanas para vender en el trabajo a la hora del almuerzo. Rosa es la madre de Pedro, tiene 75 años y vive con ellos. Isabel tiene un hijo, Mario, de 28 años, soltero, que vive con ellos y trabaja en el sector informal, vendiendo cassettes de música; Pedro tiene una hija, María, de 25 años, casada y con hijos pequeños, que vive en el vecindario.

**SITUACIÓN B:**

Teresa es divorciada, profesional, gerente de una empresa privada. Es Presidenta del Comité de Mujeres Gerentes de la Capital. Con ella, viven sus dos hijos, el mayor, Raúl, es un varón de 18 años y la menor, Anita, tiene 11 años. Teresa tiene una empleada, Raquel, que trabaja de lunes a sábado, de 8 de la mañana a 7 de la noche.

**SITUACIÓN C:**

Fernando y Elena Martínez viven con sus tres hijos: Mónica, de 12 años y dos varones, Rafael y Manuel de 9 y 7 años, respectivamente. Elena es diseñadora gráfica en una compañía publicitaria, Fernando es profesor en la Escuela de Salud Pública. Dos noches por semana y dos sábados por mes, Elena se ocupa de visitar y ayudar a sus padres quienes, debido a que son de avanzada edad, no están en condiciones de hacer las compras, limpiar la casa, cocinar, etc. Fernando participa activamente en la Asociación de Salud Pública.

## COMPONENTE 2.1

Texto del Distribuible N° 4 (cont.)

### SITUACIÓN D:

Gabriel y Guadalupe son una pareja campesina de 30 y 22 años, respectivamente. Viven con sus cuatro hijos en una comunidad rural. La hija mayor, Ester, tiene 8 años, seguida por dos varones de 6 y 3 años, respectivamente, y por una niña de 1 año que está siendo amamantada. La familia subsiste con producción agrícola para uso doméstico. Gabriel y Guadalupe suplementan el ingreso familiar, ella confeccionando canastas finas y él cultivando lo que puede y vendiendo estos productos en el mercado del pueblo que queda a una hora de distancia a pie. Guadalupe es promotora de salud en su comunidad.

### SITUACIÓN E:

Sonia Martínez, de 38 años de edad, vive en un barrio urbano marginal construido a las orillas de un estero. Trabaja de día en una fábrica de enlatados. Con ella viven varias personas: su mamá, Doña Zaida, de 64 años, que tiene un negocio de costura en la casa, sus dos hijos, Raúl, de 17 años que está terminando el bachillerato y Conchita, de 14 años que está en el colegio. Hace dos años vino a vivir con Sonia su hermana, Josefina, de 28 años, con su hijo de 10 años; Josefina vende comida en un kiosko en la calle principal de la ciudad. El marido de Sonia, Jorge, es trabajador migrante que labora en la industria bananera y regresa cada quincena, los fines de semana.

### SITUACIÓN F:

Celso Ramírez tiene 45 años y es dueño de un pequeño almacén de abarrotes en una ciudad al interior de un país. Su mujer, Francisca, trabaja en una peluquería. Con ellos vive el papá de Francisca, Don Javier, de 80 años. Celso y Francisca tienen dos hijos ya grandes de 27 y 22 años, respectivamente. El menor, Sergio, le ayuda a su papá en la tienda. El mayor se fue a vivir a la capital con su familia.

Texto del Distribuible N°5

CUADRO DE LAS 24 HORAS		
HORA	MUJERES	HOMBRES
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
etc.		

- Al terminar 20 minutos, facilitador(es) indica(n) que faltan 10 minutos para completar el ejercicio. Al cumplirse los 30 minutos se les solicita a los grupos que finalicen la tarea. Facilitador(a) empieza la discusión en plenaria señalando que el objetivo de este ejercicio es de ubicar las tareas y las actividades identificadas en el esquema de las 24 horas, dentro del rol reproductivo, productivo o de gestión comunitaria. Para facilitar este proceso, el/la facilitador(a) entrega el Distribuible N° 6 y muestra el Rotafolio N°6.
- Facilitador(a) señala que en las economías capitalistas, el trabajo que realizan hombres y mujeres en "reproducción humana" se ha dividido en tareas productivas y reproductivas.

Texto del Distribuible N° 6

ROLES DE GÉNERO
<p><b>PRODUCTIVO:</b> Incluye la producción de bienes y servicios remunerados en dinero o en especie.</p> <p><b>REPRODUCTIVO:</b> Se refiere a la reproducción biológica y a todas las actividades necesarias para garantizar el bienestar y la supervivencia de los individuos que componen el hogar. Incluye, por ejemplo, la crianza y la educación de los/las hijos(as), el asegurar la alimentación de la familia, la organización y el mantenimiento del hogar, y la atención y cuidado de sus miembros.</p> <p><b>GESTIÓN COMUNITARIA:</b> Se refiere a todas las actividades que se realizan para aportar al desarrollo o a la organización política de la comunidad. Toma la forma de participación voluntaria en la promoción y el manejo de actividades comunales.</p>

Texto del Rotafolio N° 6

DEFINICIONES: ROLES DE GÉNERO
<p><b>PRODUCTIVO:</b> Trabajo realizado por hombres y mujeres que se remunera en dinero o especie.</p> <p><b>REPRODUCTIVO:</b> Reproducción/cuidado de hijos(as) y responsabilidades asociadas con hogar.</p> <p><b>GESTIÓN COMUNITARIA:</b> Actividades comunitarias voluntarias y no remuneradas que contribuyen a su bienestar y organización.</p>

■ Facilitador(a) señala:

- El **Rol Productivo** de hombres y mujeres incluye el trabajo que realizan por pago, ya sea en dinero o en especie.
- El **Rol Reproductivo** de hombres y mujeres, o rol doméstico, incluye aquellas actividades que se realizan para la continuación de la sociedad, ya sea la reproducción biológica, o la transmi-

sión del sistema de valores que caracteriza esa sociedad. El/la facilitador(a) puede indicar que el rol reproductivo asegura que las personas puedan participar en las labores productivas (remuneradas).

- Facilitador(a) indica que hay un tercer rol que desarrollan hombres y mujeres en nuestras sociedades que se denomina el Rol de Gestión Comunitaria. Este rol comprende las actividades voluntarias que desarrollan hombres y mujeres a nivel de sus comunidades, para aportar al desarrollo o a la organización de ésta. Sin embargo, este rol también se puede dividir de acuerdo a las construcciones sociales de género que existen en las diferentes sociedades y comunidades. En muchos de nuestros países, el sector salud busca la participación de la mujer más bien que la del hombre para ser promotoras de salud, o para participar en campañas de vacunación (ya sea para vacunar a sus hijos o a sus animales), o para cocinar en los comedores populares.

Cada grupo informa sobre los resultados, destacando lo que hacen las mujeres en el hogar y lo que hacen los hombres. El/la facilitador(a) va escribiendo las tareas en los Rotafolios N° 7a, b y c, de acuerdo a los roles adjudicados a cada uno. Por ejemplo, si el grupo con la Situación A dice que Isabel prepara las empanadas para la venta, esa tarea se escribiría bajo la columna "Mujer" de la hoja del rotafolio con el título PRODUCTIVO. Si ellos indican que cocina para su familia, esta tarea se escribiría en la sección correspondiente a "Reproductivo" y en la columna correspondiente a MUJER. De igual manera, si el grupo que tuvo la Situación C dice que Fernando ayuda a sus hijos con las tareas del colegio, el/la facilitador(a) escribe "ayudar con tareas" en la hoja correspondiente a "Reproductivo" y en la columna de HOMBRE.

*NOTA:*

- Facilitador(a) hace énfasis en que no se trata de restringir las actividades humanas a rubros mutuamente excluyentes<sup>2</sup>. Muchas actividades no se pueden categorizar de esta manera tan rígida. El/la facilitador(a) debe hacer lo posible por no entrar en este debate que puede desviar el propósito de este ejercicio. La división de roles es útil para realizar un análisis de género con el fin de asegurar que lo reproductivo, no únicamente lo productivo, sea una contribución visible al desarrollo y funcionamiento de la sociedad.

- Puntos a tomarse en cuenta:

**Áreas Grises:** Los/las participantes pueden comentar que estos rubros son demasiado rígidos. Algunas actividades pueden incluirse en más de un rubro. Por ejemplo, si una mujer cocina pasteles y sirve la mitad a su familia para la cena y la otra mitad la vende en la fábrica donde trabaja, ¿Dónde se asigna la labor de hacer pasteles? ¿Bajo qué clasificación se asigna esta actividad? ¿Rol reproductivo? ¿Rol productivo? La contestación es: en ambos. Otras áreas grises podrían ser educación (educación informal transmite sistemas de valores vs. educación formal), o agricultura de subsistencia (trabajo agrícola que se realiza únicamente para proveer alimentación familiar y no para mercado). Lo importante es hacer visible las tareas que realizan hombres y mujeres. **Por ende, no constituye problema el que se identifiquen áreas grises.**

<sup>2</sup> La división de trabajo para la "reproducción humana" en tareas productivas y reproductivas, se ha cuestionado mucho desde diferentes disciplinas. No obstante, las economías actuales se han ceñido a esta dicotomía y el ejercicio destaca por qué esta dicotomía es cuestionable.

- Cuando los que participan hayan terminado de informar en plenaria sobre sus hogares, el/la facilitador(a) pregunta:
  - ¿Se puede hacer ésto (señalando el Rotafolio con el rubro PRODUCTIVO) sin lo otro? (señalando el Rotafolio con el rubro REPRODUCTIVO).

- Se espera que los participant indiquen que sin el cumplimiento del rol reproductivo, habría mucha dificultad para realizar la producción de bienes y servicios. El/la facilitador(a) traza una línea horizontal en ROJO que atraviesa los dos rotafolios y escribe la palabra ECONÓMICO sobre esa línea. Señala que:

- Los dos roles tienen un fondo **profundamente económico**. Sin el cumplimiento del rol reproductivo, como hemos visto, el rol productivo no se podría cumplir o se vería seriamente limitado. ¿Quiénes son las personas que en general, desarrollan las tareas, responsabilidades y actividades que hemos destacado bajo el ROL REPRODUCTIVO?

Los que participan señalarán, probablemente, que la mujer es la responsable de dichas tareas y responsabilidades en la mayoría de los casos.

- El/la facilitador(a) indica:
  - Sin embargo, en la contabilización del Producto Nacional Bruto, solamente se incluye lo que se produce aquí (señalar rotafolio con el título ROL PRODUCTIVO). La contribución que, en su gran mayoría, las mujeres hacen a la economía nacional, queda invisible porque no se considera como "trabajo" en el sentido económico de la palabra, sino que es visto como parte de una función natural que deviene de su rol como reproductora de la especie humana.

- El/la facilitador(a) también indica:
  - El rol reproductivo **es menos valorado** socialmente por ser trabajo "**de mujeres**". Muchos trabajos en el área de la producción de bienes y servicios, como en el área de la salud, se han dividido también de acuerdo con roles de género. Por ejemplo, el trabajo de las enfermeras y auxiliares de enfermería, trabajo desarrollado en su gran mayoría por mujeres, es mucho menos prestigioso y remunerado que el trabajo del médico, trabajo desarrollado en gran mayoría por hombres. Pero vale la pena señalar que en los países de lo que antes era la Unión Soviética, la medicina siempre fue una carrera femenina, y en esa área del mundo, la profesión médica es menos respetada o no tiene la misma aura de importancia que se le asigna en nuestros países occidentales.

- Facilitador(a) se refiere a la página con el título **GESTIÓN COMUNITARIA**, en donde los/las participantes ya han destacado el nivel de participación que tienen en ello los miembros de su hogar asignado. Indica:
  - Como se había señalado, la participación voluntaria de la mujer en actividades comunitarias,

como promotora de salud, participante activa en campañas de vacunación (ya sea para vacunar a sus hijos o a sus animales) y cocineras en los comedores populares, se ha considerado indispensable en el desarrollo de la salud. Pero esto lleva un fuerte supuesto: la mujer tiene **más tiempo libre**. Eso no ha sido visto así en el ejercicio anterior. El tipo de trabajo de gestión comunitaria que realizan las mujeres, está fuertemente asociado con su rol reproductivo y con estereotipos que le asignan ciertos tipos de trabajo.

- Facilitador(a) presenta el concepto de ROLES MÚLTIPLES (a veces conocido como doble o triple rol):
  - Es la realización en una misma jornada, a veces simultáneamente, de dos o tres tipos de roles. Dado que el rol reproductivo es realizado en un grado mayor y con mayor intensidad por mujeres, los roles múltiples son más comunes a las mujeres.
  - Mantener este balance trae consecuencias, en términos del manejo del tiempo y de los efectos sobre la salud mental y física de quien lo realiza.
- Facilitador(a) señala que:
  - El propósito de la identificación de los roles de género es hacer **visible el trabajo anteriormente no reconocido**. En general, en las economías capitalistas, solamente el trabajo productivo, por su valor de cambio, es considerado como trabajo; el trabajo reproductivo y el de gestión comunitaria no son valorizados porque se los considera como "naturales" y no-productivos. **Estos conceptos traen serias consecuencias para las mujeres, porque significa que una gran parte del trabajo que realizan, permanece sin ser valorizado.**
- Es importante que el/la facilitador(a) de algunos ejemplos de lo que se ha observado generalmente en el análisis de la división de trabajo por género, como serían:
  - Las mujeres realizan tareas en forma más fragmentada y tienen que repartir su tiempo entre tareas domésticas y productivas y, a veces, desarrollarlas simultáneamente; por otro lado, las tareas de los hombres se caracterizan por desarrollarse en bloques de tiempo destinados a actividades separadas.
  - Las mujeres son las responsables de las tareas domésticas, aunque el hombre las "ayude".
  - Las mujeres desempeñan tareas productivas, además de las tareas domésticas; los hombres realizan tareas productivas en lugar de las domésticas.
  - Las mujeres tienen menos ratos de "recreación", trabajan más horas que los hombres.
  - Cuando la mujer es jefa del hogar, se observa que la mujer profesional tiene que distribuir su tiempo para desempeñar el rol "masculino" y el "femenino", en la familia.
  - Cuando las mujeres salen a trabajar fuera del hogar, otras mujeres realizan las actividades domésticas.

## COMPONENTE 2.1

- Con el fin de hacer énfasis en (1) la necesidad básica del análisis de roles de género y, (2) la planificación sensible a los factores de género para lograr intervenciones sostenibles en salud y desarrollo, el/la facilitador(a) señala que:
  - El análisis de los roles y las relaciones de género es un paso indispensable para asegurar el desarrollo de proyectos que sean sensibles a los factores de género. Puede evitar el fracaso de un proyecto, como también puede minimizar el "daño" que muchas veces se causa involuntariamente debido a supuestos inválidos o estereotipados.
  - La división de trabajo determina diferentes factores de riesgo y protección para hombres y mujeres, en el proceso salud-enfermedad. Al realizar el análisis de roles de género, los planificadores de proyectos pueden responder con intervenciones apropiadas, diferenciadas, y sostenibles.
  - La planificación que toma en cuenta los múltiples roles que desempeñan las mujeres y que valoriza su trabajo puede disminuir la dependencia económica y subordinación que contribuyen a su baja autoestima a lo largo de sus vidas. Puede también disminuir la tensión inherente al desempeño de sus roles múltiples y a la fragmentación de sus tareas, y puede aumentar sus momentos de recreación y promover su salud física, emocional y mental.
  - Un enfoque de género en la salud y el desarrollo puede satisfacer las necesidades de hombres y mujeres y, por ende, promover el bienestar de una comunidad.

## ACCESO Y CONTROL SOBRE RECURSOS

<b>Metodología:</b>	Presentación en Reunión Plenaria Discusión en Grupo
<b>Materiales:</b>	Rotafolio N° 8: Definiciones: Acceso y Control Rotafolio N° 9a: Recursos Materiales/Económicos Rotafolio N° 9b: Recursos Políticos Rotafolio N° 9c: Recursos de Información/Educación Rotafolio N° 9d: Recurso de Tiempo Rotafolio N° 9e: Recursos Internos Distribuable N° 7: Definición: Acceso y Control Distribuable N° 8: Cinco Tipos de Recursos
<b>Tiempo:</b>	35 minutos
<b>Preparación:</b>	Preparar Rotafolios N° 8 y 9(a)-(e) Fotocopiar Distribuibles N° 7 y 8

---

### PROCESO

- Facilitador(a) indica que:
  - El hecho que hombres y mujeres desempeñen diferentes roles en nuestras sociedades implica diferentes niveles de acceso y control sobre los recursos que permiten cuidar y proteger la salud.

Esta división del trabajo por género tiene algunas características importantes:

  - Diferentes culturas le asignan a los roles un valor diferencial de acuerdo a si son considerados roles masculinos o femeninos.
  - Este valor diferencial implica diferentes grados de acceso y control sobre recursos de la colectividad amplia y del hogar mismo. En estos recursos se incluyen aquellos que son necesarios para proteger y promover tanto la propia salud como la de la familia y la sociedad.
  - Se articula dentro de relaciones de poder, que a su vez tienen impacto sobre el nivel de acceso y control sobre estos recursos.

- Facilitador(a) presenta las definiciones de ACCESO y CONTROL (Rotafolio No 8) y entrega el distributable correspondiente:

## COMPONENTE 2.2

Texto del Rotafolio N° 8  
Distribuible N° 7:

DEFINICIONES: ACCESO Y CONTROL
<b>ACCESO</b> La posibilidad de usar un recurso.
<b>CONTROL</b> La posibilidad de definir y hacer decisiones valederas sobre el uso de un recurso.

- Facilitador(a) indica:

La diferencia entre tener acceso y tener control sobre determinados recursos es importante porque la posibilidad de USAR un recurso, no necesariamente implica la posibilidad de DEFINIR el uso de ese recurso y vice versa. Por ejemplo, la mujer o el hombre pueden tener acceso a la utilización del condón para protegerse de las ETS, pero en el momento de tener relaciones sexuales, ella puede no tener la posibilidad de definir o controlar el uso de ese condón.

- Facilitador(a) presenta Rotafolios N° 9 (a)-(e):

Texto del Rotafolio N°. 9(a):

RECURSOS MATERIALES/ECONÓMICOS
<ul style="list-style-type: none"><li>● trabajo y tipo de trabajo</li><li>● crédito</li><li>● dinero y remuneración</li><li>● transporte</li><li>● equipo</li><li>● alimentación</li><li>● facilidades para cuidado de hijos</li><li>● facilidades para realizar tareas domésticas</li><li>● seguridad social y seguro médico</li><li>● servicios y suministros de salud</li><li>● vivienda</li></ul>

Texto Rotafolio N° 9(b):

**RECURSOS POLÍTICOS**

- posición de liderazgo y movilización de los actores en posiciones de decisión
- espacios de opinión, comunicación, negociación y concertación

Texto Rotafolio N° 9(c):

**RECURSOS DE INFORMACIÓN/EDUCACIÓN**

- insumos para poder tomar decisiones con el fin de modificar o cambiar una situación, condición o problema
- educación formal
- educación informal
- educación no formal
- entrenamiento en el trabajo
- espacios de intercambio de opinión e información

Texto Rotafolio N° 9(d):

**RECURSOS DE TIEMPO**

- horas del día disponible para uso discrecional
- tiempo laboral remunerado flexible

Texto de Rotafolio N° 9(e):

**RECURSOS INTERNOS**

- auto-estima
- confianza en sí
- capacidad para expresar intereses propios

- Facilitador(a) indica que:

Es necesario destacar la importancia que el acceso y control sobre estos recursos tienen para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos internos, que determinan el desarrollo personal y la toma de decisiones a nivel individual.

- Facilitador(a) entrega Distribuible N° 8, el cual contiene los cinco tipos de recursos.

## COMPONENTE 2.2

Texto del Distribuible N° 8

CINCO TIPOS DE RECURSOS
<p><b>MATERIALES/ECONÓMICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● trabajo y tipo de trabajo</li><li>● crédito</li><li>● dinero y remuneración</li><li>● transporte</li><li>● equipo</li><li>● alimentación</li><li>● facilidades para cuidado de hijos</li><li>● facilidades para realizar tareas domésticas</li><li>● seguridad social y seguro médico</li><li>● servicios y suministros de salud</li><li>● vivienda</li></ul>
<p><b>POLÍTICOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● posición de liderazgo y movilización de los actores en posiciones de decisión</li><li>● espacios de opinión, comunicación, negociación y concertación</li></ul>
<p><b>INFORMACIÓN/EDUCACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● insumos para poder tomar decisiones con el fin de modificar o cambiar una situación, condición o problema</li><li>● educación formal</li><li>● educación informal</li><li>● educación no formal</li><li>● entrenamiento en el trabajo</li><li>● espacios de intercambio de opinión e información</li></ul>
<p><b>TIEMPO</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● horas del día disponible para uso discrecional</li><li>● tiempo laboral remunerado flexible</li></ul>
<p><b>RECURSOS INTERNOS</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>● auto-estima</li><li>● confianza en sí</li><li>● capacidad para expresar intereses propios</li></ul>

Ejemplos:

### LA INTERACCIÓN ENTRE GÉNERO Y ACCESO Y CONTROL

**Implicaciones para la Salud de las Mujeres:** Se suele escuchar que las mujeres utilizan mucho más que los hombres los servicios de salud. Pero esa utilización se puede ver obstaculizada en diferentes momentos por falta de acceso y control sobre los recursos:

- Para que la mujer reconozca que tiene, por ejemplo, un problema ginecológico, ella necesita tener **acceso a información/educación** que le posibilite identificar los síntomas de un problema de salud. El acceso a la información es entonces un elemento crucial, para que la mujer tome la decisión de dirigirse a los servicios de salud.
- Aún cuando la mujer reconoce que tiene un problema ginecológico, ella puede estar demasiado avergonzada y tímida como para plantearse al médico. En esta instancia el grado de desarrollo de sus **recursos internos** le da la **confianza** necesaria para tomar acción.
- La mujer puede opinar que quiere atención médica. Sin embargo, la decisión de ir o no ir al médico, puede no ser tomada por ella solamente y estar sujeta a la aprobación del esposo, la suegra, los padres, etc. De ahí que es necesario el **control de la mujer sobre los recursos políticos y económicos** (en relación con este punto, es importante el tipo de seguro de salud que tiene la mujer).
- Además de la falta de acceso a un seguro médico, los servicios de salud pueden no ser accesibles a la mujer, al no tener ella dinero para el transporte. De igual, o mayor importancia, es el hecho que la mujer puede no tener con quien dejar los hijos, los enfermos o los abuelos a su cargo.
- El horario de atención del servicio médico y el tiempo de espera y viaje, pueden significar obstáculos adicionales para la mujer quien no tiene **control sobre su tiempo**.

### Implicaciones para la Salud de los Hombres:

- En cuanto al acceso y control de los recursos necesarios para su salud, los hombres pueden, por ejemplo, no tener **acceso a la información** sobre los programas de detección de cáncer de próstata. Asimismo, aunque puedan estar informados, pueden decidir no hacerse la revisión médica adecuada, por temor o por vergüenza.
- Por otro lado, el hombre, puede tener **control sobre las relaciones sexuales**, pero su conocimiento sobre la sexualidad y reproducción, puede ser deficiente y erróneo, por no tener **acceso a la información** adecuada. La falta de acceso a la información, puede conllevar prácticas sexuales que ponen en riesgo, tanto al hombre como a la mujer, de contraer enfermedades de transmisión sexual.

## COMPONENTE 2.2

### ACCESO Y CONTROL DIFERENCIAL

- La definición del nivel diferencial del acceso y control sobre los recursos que tienen la mujer y el hombre, es extremadamente importante en el desarrollo de intervenciones y en la evaluación de los beneficios de estas intervenciones. Por ejemplo, se conoce que hay una relación entre una mayor capacidad de la mujer de incidir sobre las decisiones que atañen a la economía y el bienestar de su familia, y un mayor nivel educativo y nutricional de los hijos.
- Con el fin de lograr que las mujeres tengan más control sobre los recursos dentro del hogar, cualquier intervención debiera incluir actividades que fortalezcan la capacidad de las mujeres ante otros (el compañero u otros familiares). Por eso, es importante utilizar el concepto de acceso y de control, no únicamente en el diseño del proyecto, sino también en el monitoreo, para tratar de corregir o modificar desviaciones, y en la evaluación final, para medir hasta qué punto el proyecto logró sus objetivos iniciales, y de no serlo así, por qué no.

#### ■ Facilitador(a) resume:

- **Las relaciones de género**, como hemos visto, están institucionalmente estructuradas; se refieren a un sistema social que se apoya en valores que asignan un valor mayor a las características vistas como masculinas. El sistema de salud nos da un ejemplo de cómo las relaciones de género están institucionalmente estructuradas. Podemos verlo de cerca utilizando el concepto de acceso y control:

### EL TRABAJO DE LAS MUJERES

- La sociedad le ha asignado la atención y el cuidado de los demás a la mujer. Esta asignación se extiende al trabajo PRODUCTIVO de las mujeres; muchas profesiones en las cuales dominan las mujeres son extensiones de sus roles REPRODUCTIVOS (maestras de primaria, secretarías, asistentes, empleadas domésticas). El supuesto es que el cuidar y servir a otros es parte de la "función natural", es inherente, al ser mujer. En el sistema de salud de nuestros países, el trabajo de enfermería, a pesar de su rol central, se sitúa en una situación de desventaja en comparación con los médicos, en términos del acceso a la remuneración y al control sobre decisiones laborales. Por ejemplo:
- Las mujeres constituyen aproximadamente un 80% de los trabajadores de salud de la Región, pero representan sólo una minoría, en términos de poder de decisión dentro del sistema de salud.
- Tanto las actividades que las mujeres realizan, por ejemplo las enfermeras, como el horario en que lo hacen son, en general, controlados y decididos por médicos; esta situación provoca en las enfermeras un profundo sentimiento de falta de autonomía y poder de decisión.

## ESTEREOTIPOS DE PLANIFICACIÓN

<b>Metodología:</b>	Mini-Plenaria
<b>Materiales:</b>	Lámina N° 2.a Estereotipo/1 Lámina N° 2.b Estereotipo/2 Lámina N° 2.c Estereotipo/3 Distribuable N° 9 a,b y c: Estereotipos de Familia Rotafolio N° 10: Tres Preguntas Claves para el Análisis de Género
<b>Tiempo:</b>	15 minutos
<b>Preparación:</b>	Preparar láminas N° 2 a, b y c, Distribuibles 9a,b y c y Rotafolio 10

---

### PROCESO

- Facilitador(a) introduce tres estereotipos prevalentes en la planificación para el desarrollo, que tienen que ver con lo que constituye el concepto de "hogar", y señala:

Gran parte de la política y la práctica actual de la planificación parte de tres supuestos generales con respecto a la familia como unidad de análisis y de asignación de recursos. Estos supuestos ejercen una fuerte influencia sobre el diseño de las intervenciones destinadas a mejorar las condiciones de vida de la población.

- Presenta la **Lámina N° 2.a** (dibujo de una pareja con sus dos hijos) y explica:

**El Primer Supuesto:** es que el hogar consiste en una familia nuclear de padre, madre, y dos o tres hijos.

- Facilitador(a) solicita a los que participan que piensen en las comunidades en las cuales trabajan o conocen. ¿El dibujo refleja la realidad? ¿Qué tipos de hogares conocen?

Indica que:

- Existe una variedad de estructuras de hogar y que la familia extendida es muy frecuente.
- Muchos de los hogares en el mundo están encabezados por mujeres.

- Facilitador(a) pregunta:

¿Conocen el porcentaje de hogares encabezados por mujeres?

## COMPONENTE 2.3

**Respuesta:** En muchas regiones del Caribe y de Latinoamérica, el porcentaje es de 40% o más. Mundialmente, se estima que el porcentaje es de alrededor de un tercio.

- Facilitador(a) enseña la **Lámina 2.b** (dibujo de la pareja con sus tareas divididas) y explica:

**El Segundo Supuesto:** es que dentro del hogar existe una clara división del trabajo por género, en la cual el hombre, como "proveedor", se encarga del trabajo productivo fuera del hogar y la mujer, como "ama de casa", se limita básicamente al trabajo doméstico que supone la organización del hogar.

- Facilitador(a) pregunta:

**¿Cuántas mujeres conocen ustedes que NO realizan labores productivas?**

- Cuando los que participan han concluido sus contribuciones, se indica que:

- Un número importante de mujeres desarrolla sus labores en el mercado formal.
- Las mujeres constituyen, en muchos casos, una porción mayoritaria del mercado informal.
- Las mujeres que tienen que desempeñar labores productivas debido a necesidades económicas, está incrementando.
- Hay un crecimiento importante del número de mujeres calificadas para trabajos que anteriormente se consideraban exclusivamente de hombres, y también del número de mujeres que trabajan por satisfacción propia.
- La mayoría de las mujeres no tienen otra alternativa que balancear los compromisos del trabajo remunerado, con los del trabajo no remunerado relacionado con el cuidado de los hijos y el hogar.
- Los salarios de las mujeres continúan siendo considerados como secundarios, o complementarios, al del "jefe del hogar".
- El estereotipo de las mujeres como receptoras pasivas de los esfuerzos productivos de sus compañeros, se evidencia en nuestra región, en el hecho que las mujeres se afilian a los sistemas de seguridad social, a través de sus maridos.

- Facilitador(a) muestra la **Lámina 2.c** (dibujo de la pareja) y explica:

**El Tercer Supuesto:** es que el hogar funciona como una unidad socio-económica, en la cual los miembros adultos ejercen igual acceso y control sobre los recursos y la toma de decisiones que afectan la subsistencia familiar.

- Facilitador(a) indica que:

Este supuesto está siendo cuestionado en las ciencias sociales y económicas por varias razones:

- Desigualdades que prevalecen en la distribución intrafamiliar de recursos. Un supuesto equivocado es que los ingresos se juntan y las decisiones sobre el uso de esos ingresos, se toman en conjunto entre los adultos del hogar. Es reconocido mundialmente que hay importantes diferencias entre hombres y mujeres no sólo en cuanto a poder de decisión sino, también, en cuanto a patrones de consumo. Las mujeres tienden a invertir sus ingresos en la familia, mientras que los hombres tienden a hacerlo en sí mismos o en productos de consumo de los cuales no depende el bienestar familiar - productos electrónicos o aquellos relacionados con la diversión y el ocio; el alcohol, por ejemplo. Dentro de la familia, estos patrones tienen el efecto de hacer que las mujeres tengan más poder de decisión sobre gastos de alimentación y otros gastos domésticos, mientras que los hombres tienen más control sobre gastos, o compras de tierras, automóviles u otros bienes importantes.
- La mujer, a pesar de tener el control de la distribución de los alimentos entre los miembros del hogar, puede estar fuertemente influenciada por ciertos patrones culturales que tratan preferencialmente a los hombres, (por ejemplo, darles más proteína a aquellos, porque se piensa que los hombres necesitan más porque son más grandes físicamente y/o porque trabajan más que las mujeres).
- Hasta en el campo de la reproducción humana, es evidente que las decisiones sobre el número de hijos deseados, el ejercicio de la sexualidad y la utilización de anticonceptivos, no son tomadas por la mujer. Si lo son, a veces son decisiones tomadas por la mujer sola sin poderla compartir con su compañero.

#### **Implicaciones para los diseñadores de políticas:**

La focalización de proyectos hacia "el hogar" presupone una visión de esta institución, como la de una unidad económica cerrada, igualitaria y de tipo único. Se deben romper estos mitos acerca del hogar/unidad doméstica de tipo único y profundizar sobre la variedad existente en tipos de hogares, el perfil cambiante de los roles de sus miembros, y las formas de distribución interna de recursos. Estas consideraciones tienen implicaciones directas sobre la "economía interna" de la unidad familiar.

- Facilitador(a) entrega los distribuibles 9 a, b y c, que son copias de las láminas presentadas y hace un resumen de los puntos principales presentados en este módulo:
- Hasta ahora se han señalado tres pasos importantes para realizar análisis de género, cuyo resultado se debería incorporar en las políticas y programas de salud para lograr un desarrollo efectivo y sostenible:
  - i) Análisis de la división de trabajo por género (productivo, reproductivo y de gestión comunitaria) y las relaciones sociales y de poder que emanan de estos roles.

## COMPONENTE 2.3

- ii) Análisis del acceso y el control sobre los recursos.
- iii) Concientización sobre los estereotipos en la planificación.

- Facilitador(a) muestra el Rotafolio N°10, señalando que hay que plantear tres preguntas claves en todas las etapas de la planificación en salud y desarrollo:

*Texto del Rotafolio N° 10:*

### TRES PREGUNTAS CLAVES PARA EL ANÁLISIS DE GÉNERO:

1. ¿Quién hace qué, cuándo, dónde y con quién? (ROLES)
2. ¿Quién tiene el uso de qué? (ACCESO)
3. ¿Quién decide qué se usa, quién lo usa y cómo se usa? (CONTROL)

**CRISIS DE SALUD**

<b>Metodología:</b>	Trabajo en Grupos/Discusión en Reunión Plenaria
<b>Materiales:</b>	Distribuible N° 10: Situaciones Familiares: Crisis de Salud Rotafolio N°11: Tarea para la Crisis de Salud
<b>Tiempo:</b>	15 min: Trabajo en Grupo 15 min: Discusión en Reunión Plenaria <u>30 min:</u> Total
<b>Preparación:</b>	Fotocopiar Distribuible N° 10 Preparar Rotafolio N° 11

**PROCESO**

- Facilitador(a) reparte Distribuible N° 10. Cada grupo enfoca la situación que corresponda al "hogar" anteriormente asignado a su grupo (los grupos deben conformarse de acuerdo con el trabajo realizado en el Componente 2.1):

*Texto del Distribuible N°10*

<b>CRISIS DE SALUD</b>
<p><b>Situación A:</b> La mamá de Pedro se fractura la cadera. La operan de emergencia. Después de una estadía en el hospital llega a la casa para que la cuiden.</p>
<p><b>Situación B:</b> Raúl, el hijo mayor, sufre un accidente de motocicleta, necesita terapia de rehabilitación y descanso por dos meses. No están seguros de que se recuperará completamente.</p>
<p><b>Situación C:</b> Fernando tiene cáncer terminal de pulmón.</p>

## COMPONENTE 2.4

Texto del Distribuible N°10  
(cont.):

### Situación D:

Guadalupe amanece con sangrado vaginal y dolor fuerte; es hospitalizada por emergencia obstétrica de aborto espontáneo. El hospital queda a una hora a pie, del pueblo donde viven.

### Situación E:

Jorge sufre un accidente laboral y su mano izquierda tiene que amputarse. Es despedido de su trabajo con una compensación mínima. Regresa a su casa.

### Situación F:

La artritis de Francisca se agudiza de tal forma que ya no puede trabajar como peluquera.

- El/la facilitador(a), reparte el Distribuible N° 10 con las situaciones y explica:
  - Tomando en cuenta la asignación de roles que ustedes hicieron anteriormente, para cada una de las situaciones familiares contempladas, imaginen ahora cómo se verán afectados esos roles y el acceso y control de los recursos, como consecuencia de esta crisis en salud.
- El/la facilitador(a) lee del Rotafolio N° 11 las siguientes instrucciones que quedarán expuestas mientras los grupos trabajan:

Texto del Rotafolio N°11:

### TAREA PARA LA CRISIS DE SALUD

- Examinen el efecto que tiene esta crisis sobre la distribución de roles y responsabilidades que ocurre entre los hombres y las mujeres del caso estudiado, en el corto y el mediano plazo.
- Examinen las posibilidades de acceso y control sobre los recursos, que tienen las mujeres y los hombres, frente a esta crisis de salud.
- ¿Qué cambios dentro del hogar podrían asegurar que la responsabilidad para responder a esta crisis no recaiga principalmente sobre un miembro del hogar?

Tiempo para el trabajo en grupos: **15 minutos**

- En reunión plenaria se recogen las observaciones de los grupos. En este ejercicio, la crisis puede representar una carga adicional para las mujeres en el hogar, o para el rol femenino. Sin embargo, otro resultado puede ser que a corto plazo haya una distribución más equitativa de las responsabilidades entre los hombres y las mujeres del hogar, una distribución que en el largo plazo puede no ser sostenida.



**MÓDULO**

**3**

**ORIGEN DE LAS  
NECESIDADES  
EN SALUD**



**ORIGEN DE LAS NECESIDADES EN SALUD**

**RESUMEN DEL MÓDULO 3**

<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Comprender cómo la interacción de los factores biológicos y psicosociales genera necesidades de salud particulares de mujeres y hombres.</li> <li>● Realizar un análisis de género, basándose en esta comprensión, para lograr profundizar en la necesidad de desarrollar intervenciones que respondan equitativamente a las necesidades en salud de los dos sexos.</li> </ul>
<b>Mensaje central:</b>	Para conseguir la equidad en salud es necesario identificar las necesidades particulares de los sexos, para luego poder atenderlas diferencialmente.
<b>Resultado esperado:</b>	Los que participan podrán identificar diferencias de género en las situaciones, condiciones y problemas en salud.
<b>Materiales:</b>	<p>Láminas N° 3a, b, c: Círculos: Biología de Hombres y Mujeres; Construcciones de Género; Necesidades en Salud</p> <p>Lámina N° 4: Equidad y Necesidad</p> <p>Lámina N° 5: Origen de las Diferencias en los Perfiles de Salud/Enfermedad de Hombres y Mujeres</p> <p>Lámina N° 6: VIH/SIDA</p> <p>Distribuible N° 11: Copia del conjunto de la Lámina 3</p> <p>Distribuible N° 12: Origen de las Diferencias en los Perfiles de Salud/Enfermedad</p> <p>Rotafolio N° 12: Tarea grupal</p>
<b>Componentes:</b>	<p>3.1 Diferencias en los Perfiles de Salud/Enfermedad de Hombres y Mujeres</p> <p>3.2 Un ejemplo de la influencia de Sexo y Género en los Perfiles de Salud de Hombres y Mujeres</p>
<b>Tiempo:</b>	<p>3.1 30 min.</p> <p>3.2 40 min.</p> <p><u>Total:</u> <u>70 min.</u></p>
<b>Preparación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fotocopiar Distribuibles N° 11 y 12</li> <li>■ Preparar Rotafolio N° 12</li> </ul>

## DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE SALUD/ENFERMEDAD DE HOMBRES Y MUJERES

<b>Metodología:</b>	Presentación en Reunión Plenaria Grupos de Discusión Discusión en Reunión Plenaria
<b>Materiales:</b>	Láminas N° 3a, b, c: Círculos Lámina N° 4: Equidad en Salud Lámina N° 5: Origen de las Diferencias en Los Perfiles de Salud/Enfermedad de Hombres y Mujeres Distributable N° 11: Copia del conjunto de la Lámina 3 Distributable N° 12: Origen de las Diferencias en Los Perfiles de Salud/Enfermedad
<b>Tiempo:</b>	40 minutos
<b>Preparación:</b>	Fotocopiar Distributable N° 11 y 12

### PROCESO

- El/la facilitador(a) inicia la discusión diciendo:

Todos sabemos que existen diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a problemas y necesidades en salud. No obstante, tradicionalmente, la ciencia médica, en particular la profesión médica, ha tratado las diferencias en el proceso de salud/enfermedad de hombres y mujeres como si emanaran únicamente de las diferencias biológicas entre los sexos.

- Facilitador(a) muestra la **Lámina N° 3.a**, el círculo con "Biología de Hombres y Mujeres" en su centro.
- Facilitador(a) continúa, colocando la **Lámina N° 3.b** directamente encima de la anterior.

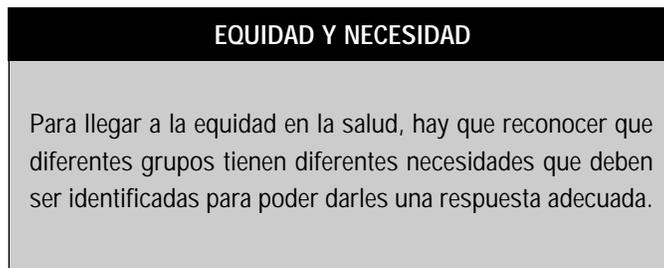
No obstante, como hemos venido viendo, los hombres y las mujeres también desempeñan diferentes roles en las sociedades (señala círculo con "Roles de Género"), que envuelven diferentes factores de riesgo y que facilitan el desarrollo de diferentes habilidades y destrezas (señala círculo con "Habilidades y Destrezas"). Estos roles, habilidades y destrezas les son asignados un valor diferencial (señala círculo con "Valor Diferencial"), y generalmente aquellos que son asociados con lo masculino reciben un mayor reconocimiento social y valor que aquellos asociados con lo femenino. Este valor diferencial tiene implicaciones directas en el nivel de acceso a, y control sobre, los recursos (señala círculo con "Acceso y Control sobre Recursos"). En su conjunto, los roles y las responsabilidades sexualmente asignados, las habilidades y destrezas que se desarrollan a partir de ellos, y el

## COMPONENTE 3.1

nivel diferencial de acceso y control sobre los recursos que estas asignaciones implican, dan lugar a las inequidades de género.

- Facilitador(a) señala las asignaciones de "cultura", "etnia" y "clase" que están fuera del círculo, resaltando que es esencial reconocer que las construcciones de género están fuertemente influenciadas por la cultura, el nivel socioeconómico, el grupo étnico y la edad del subgrupo poblacional. Todos estos factores hay que considerarlos cuando se analiza la influencia de género en la salud y el trabajo en salud.
- Facilitador(a) coloca Lámina N° 3.c ("Necesidades") directamente encima de las dos anteriores, diciendo: Si los hombres y las mujeres son biológicamente diferentes y, en diferentes culturas, niveles socioeconómicos, etnias y generaciones son sujetos a diferentes construcciones de género, entonces, podemos también asumir que hombres y mujeres tendrán diferentes necesidades en salud que hay que identificar y conocer para poder responder de manera equitativa y eficiente.
- Facilitador(a) entrega Distribuible N°11 y finaliza la discusión señalando que para lograr la equidad en salud, es necesario reconocer las diferentes situaciones, condiciones y problemas en salud de cada sexo. Facilitador(a) muestra la Lámina N° 4:

Lámina N° 4:

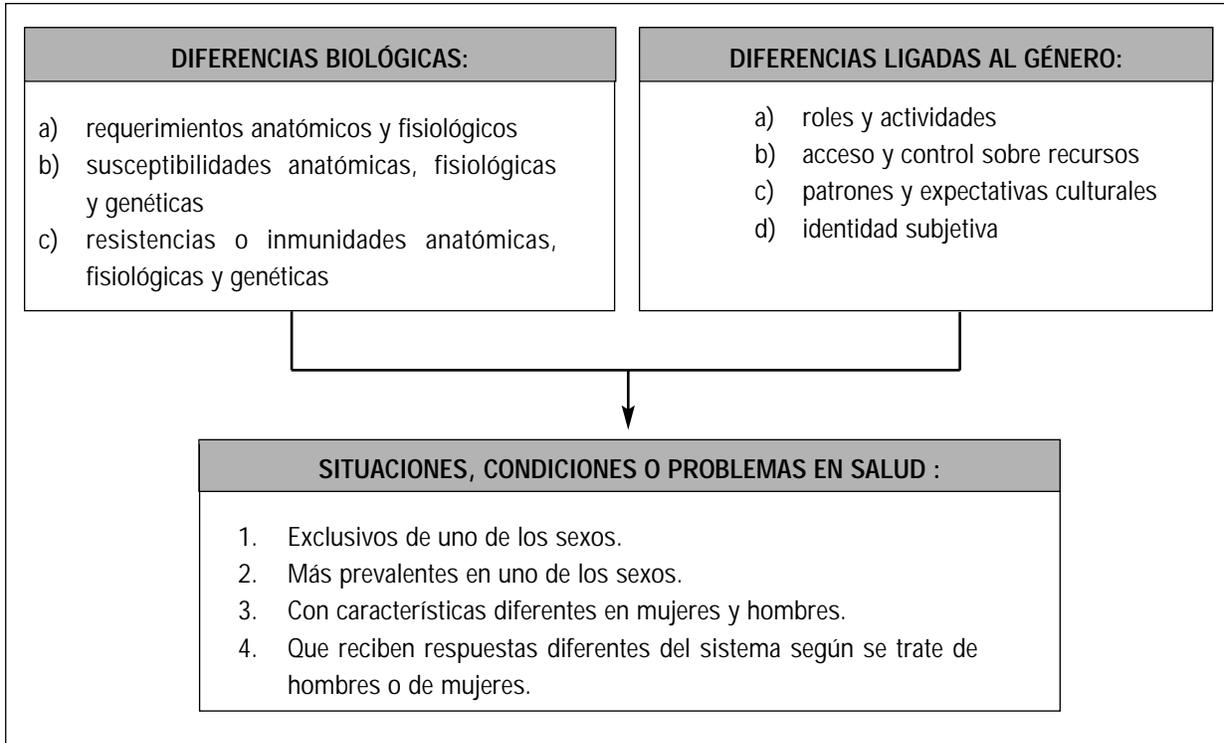


- Facilitador(a) indica que ahora se va a examinar más detenidamente el origen de esas diferencias en salud de hombres y mujeres. Entrega el Distribuible N° 12 y presenta la Lámina N° 5, cubriendo el cuadro grande que se deriva de la interacción de lo biológico y lo psicosocial.

Explica: Esta lámina indica el origen de las diferencias en las necesidades en salud entre hombres y mujeres.

Lámina N° 5/Distribuible N° 12:

## ORIGEN DE LAS DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE SALUD/ENFERMEDAD



- El/la facilitador(a) da ejemplos para cada categoría y solicita ejemplos adicionales a los que participan:

### i. Situaciones, condiciones o problemas exclusivos de cada sexo:

- ♀ embarazo (en la adolescencia); cáncer cervicouterino; menopausia; mortalidad materna; aborto (que pueden tener consecuencias tales como anemia, infecciones del aparato reproductivo, prolapso uterino, incontinencia urinaria).
- ♂ Cáncer de próstata; hemofilia.

### ii. Situaciones, condiciones o problemas con diferentes tasas de prevalencia

- ♀ Anemia por deficiencia de hierro, ligada a la mayor pérdida de hierro en la mujer por causa de la menstruación, del embarazo y la lactancia, y exacerbada por prácticas culturales que privilegian al hombre en la distribución intrafamiliar de los alimentos ricos en proteínas; osteoporosis (8 veces más alta en ♀ que en ♂), asociada no sólo con factores biológicos sino también con estilos de vida; diabetes, hipertensión y obesidad, condiciones más frecuentes en mujeres que en hombres, pero también más frecuentes en grupos de menores ingresos; depresión (dos a tres veces más frecuente en ♀ que en ♂ en todas las etapas de la vida, relacionada con estilos de personalidad y experiencias ligadas a

## COMPONENTE 3.1

tipos de socialización y a oportunidades diferenciales de ♀ y ♂); violencia sexual en la niñez, la adolescencia y la adultez; sobremortalidad por cáncer durante la edad adulta (asociado menos con letalidad de los cánceres propios de la mujer, que con el acceso limitado a tecnologías médicas de detección temprana y al tratamiento de cánceres en sus etapas iniciales); várices; incontinencia urinaria; artritis; enfermedades del sistema autoinmunitario.

- ♂ Cirrosis del hígado, asociada con abuso en el consumo de alcohol; esquizofrenia; cáncer del pulmón asociado con tabaquismo; sobremortalidad por accidentes y violencias, incluyendo homicidio y suicidio (visible desde la niñez y asociada con actitudes y conductas estereotipadamente masculinas tales como, agresividad, intrepidez, osadía, ingestión excesiva de alcohol); silicosis causada por trabajo en minas; hernias; defectos de la visión en colores (20 veces más en ♂); enfermedades arteriales coronarias, causantes de una mayor mortalidad durante las edades productivas; mayor incidencia de dislexia, hiperactividad y tartamudez en la niñez.

### iii. Situaciones, condiciones o problemas con características diferentes. Estas características incluyen diferentes factores de riesgo, diferentes manifestaciones o desarrollos naturales, y consecuencias de diferente naturaleza o severidad.

- El riesgo de contraer esquistosomiasis es más frecuente entre aquellas mujeres que, por su rol en el lavado de ropas, tienen un contacto mayor con aguas infectadas;
- las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son asintomáticas por más tiempo en las mujeres, y tienen consecuencias más severas para ellas tales como la esterilidad e, incluso, la muerte en casos de inflamación pelviana;
- las deficiencias nutricionales pueden causar muertes en el parto;
- el alcoholismo y el tabaquismo tienen consecuencias diferentes para la salud de las mujeres, particularmente en caso de embarazo;
- la violencia sexual para las mujeres puede significar embarazos no deseados y ETS;
- la malaria durante el embarazo es una causa importante de mortalidad materna, aborto espontáneo y mortalidad fetal; particularmente durante el embarazo, la malaria contribuye significativamente al desarrollo de la anemia crónica;
- las muertes por armas de fuego (ya se trate de suicidio u homicidio) son más características de los hombres que de las mujeres;
- en crímenes violentos, las mujeres tienden a ser, con mucha mayor frecuencia que los hombres, víctimas de personas con quienes están relacionadas íntimamente.
- en nuestra sociedad, la "impotencia" sexual genera una sanción social más negativa cuando se trata de un varón, en comparación con la "frigidez" femenina. Esto se debe a la gran importancia que se le asigna a la destreza sexual masculina que, en muchas culturas define lo que es ser "hombre". No poder lograr una erección implica no ser un "verdadero hombre";
- la falta de conexión intradomiciliaria de agua afecta más a las mujeres que a los hombres, en razón de que en la mayoría de las sociedades son ellas sus mayores usuarias, y también son ellas (y sus niños(as)) quienes se encargan de su acarreo;
- el desfiguramiento por leishmaniasis, esquistosomiasis, lepra, oncocercosis genera un rechazo social más agudo con respecto a las mujeres, dado el énfasis en belleza física que se pone en relación con la valía de las mujeres.

Dentro de este acápite se pueden incluir, también, diferencias por sexo en la percepción de síntomas y en las conductas de búsqueda de atención. En muchas sociedades, por ejemplo:

- ♂ solamente acuden a los servicios cuando una enfermedad ya se encuentra en estado avanzado;
- ♀ no acuden a las clínicas de ETS por el estigma social asociado con estas enfermedades en las mujeres.

- Facilitador(a) menciona que la última categoría, "la respuesta del sistema", en numerosas instancias, está claramente diferenciada por género. Es decir, algunas importantes barreras estructurales al acceso a los recursos y beneficios del sistema de salud devienen de los roles asignados al hombre y a la mujer en distintas sociedades y de las relaciones que se derivan del valor asignado a esos roles.

**iv. Situaciones, condiciones o problemas: diferentes respuestas por parte del sector salud, o de la sociedad en general**

- Problemas cardiovasculares: se sigue teniendo la imagen de que son enfermedades típicas de los hombres, por lo tanto no se reconocen los síntomas en las mujeres. La realidad indica que las enfermedades cardiovasculares son una de las primeras causas de defunción—en muchos casos la primera—entre las mujeres mayores de 49 años.
- Esterilización voluntaria: la proporción es de 1 a 300 en esterilizaciones masculinas/femeninas, no obstante que la vasectomía es una intervención más sencilla, más económica y menos invasiva que la esterilización femenina.
- La violencia doméstica contra la mujer es juzgada de manera diferente a la violencia pública contra desconocidos. Se puede observar que la sociedad tiene un mayor grado de tolerancia de la violencia hacia la mujer cuando ésta es cometida por su pareja. Esta tolerancia se refleja en la legislación sobre violencia doméstica e intrafamiliar. En los Estados Unidos, por ejemplo, las mujeres sufren más lesiones serias por causa de las agresiones infligidas por sus compañeros, que las causadas por la suma de los accidentes automovilísticos, violaciones por desconocidos y asaltos de distintos tipos.
- La exclusión de las mujeres en los estudios clínicos sobre patologías que afectan a ambos sexos, tiene como consecuencia que las terapias derivadas de dichos estudios, se basan en información de dudosa aplicabilidad a las mujeres, y que incluso, son de riesgosa aplicabilidad en ésta. La consideración del cuerpo del hombre como el estándar en los estudios clínicos, excluye estudios de situaciones tales como, el embarazo y el amamantamiento, y la relación de éstos con el medicamento o tratamiento estudiado. Este uso del cuerpo masculino adulto como estándar en la investigación ha tenido consecuencias desfavorables para las mujeres en el diseño de equipos para seguridad ocupacional y se ha hecho evidente, también, en relación con el diseño de cinturones de seguridad para vehículos automotores.

## COMPONENTE 3.1

- La baja prioridad asignada a la investigación de patologías y a los tratamientos que afectan exclusiva o preferencialmente a la mujer. Un ejemplo dicente en nuestros países se refiere al hecho de que el cáncer cérvico uterino continúe constituyendo una de las primeras causas de mortalidad de las mujeres adultas, pese al carácter esencialmente prevenible de dichas muertes.
- La focalización de los servicios de planificación familiar en la mujer, ha implicado exclusión y por lo tanto, limitación, del acceso de los hombres a tales servicios.
- Diferencias según el sexo en la calidad de atención de los servicios; investigaciones en los Estados Unidos de América, Canadá, Australia y Suecia, y países de Latinoamérica muestran que la calidad de atención recibida, difiere según se trate de hombres o mujeres.

- Facilitador(a) solicita que los/las participantes rápidamente se formen en grupos de tres para desarrollar un ejercicio breve.

**La tarea:** Revisar las categorías de condiciones, problemas o situaciones de salud o enfermedad, que se anotaron en los Rotafolios, e identificar cuáles situaciones/condiciones están fuertemente influenciados por construcciones de género, además de estar ligados a diferencias biológicas.

**Ejemplo:** A pesar de que la mortalidad materna es el resultado de la capacidad biológica de la mujer de parir, el hecho que las mujeres mueran en el parto de causas prevenibles está claramente influenciado por el valor que la sociedad en general, y que el sector salud en particular, le asigna a la mujer.

- Al procesar las respuestas de los(as) participantes, el/la facilitador(a) señala que:
  - Muchas de estas situaciones, a pesar de que pueden ser exclusivas de un sexo y parecieran no estar influenciadas por factores sociales o de género, de hecho lo están; tal influencia se haría evidente si se examinara, por ejemplo, cómo, cuándo y por quién, las enfermedades son diagnosticadas y tratadas, y cómo aquellas personas que presentan síntomas de la enfermedad son percibidas por los demás y cómo ellas mismas se perciben.

**NOTA PARA FACILITADOR/A:** Es importante iniciar este análisis desde la perspectiva que todas las situaciones en salud tienen un componente de género, y solicitar a los/as participantes que identifiquen las implicaciones de género para cada una de esas situaciones.

**Discusión en Plenaria:** Se les solicita a los que participan que den ejemplos de situaciones en salud y de las implicaciones de género.

- Algunos ejemplos adicionales:

- La diabetes es más prevalente entre las mujeres que entre los hombres. Muchos estudios muestran que los hombres diabéticos tienen más éxito en el cumplimiento de la dieta que las mujeres. Estos mismos estudios demuestran que las mujeres, por ser las responsables del cuidado

de los demás en el hogar, se aseguran de preparar los alimentos que su marido o compañero requiere para cumplir con dicha dieta, mientras que ella misma, si es diabética, se siente menos cómoda recibiendo atención y cumpliendo con una dieta especial.

- A nivel de la escuela primaria, no se reconoce las diferencias en el desarrollo de las niñas y los niños, hecho que resulta en un mayor diagnóstico de los varones con problemas de aprendizaje e hiperactividad.
- Facilitador(a) resume lo discutido, haciendo énfasis en que:
  - Las diferencias y desventajas de género en el campo de la salud se manifiestan no solamente en la forma en que se distribuye la enfermedad en una población sino, también, en la forma en que se promueve la salud, se previene y controla la enfermedad, se cuida a los enfermos, y en los modelos empleados para estructurar sistemas de salud y seguridad social.
  - Si no se toma en cuenta la influencia y el impacto de los roles y las relaciones de género en los procesos de salud/enfermedad, los proveedores de salud no darán atención adecuada a ciertos sub-grupos e individuos, y los planificadores en salud no podrán responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población.

### UN EJEMPLO DE LA INFLUENCIA DE SEXO Y GÉNERO EN LOS PERFILES DE SALUD DE HOMBRES Y MUJERES

<b>Metodología:</b>	Mini-Presentación en Plenaria Grupos de Trabajo/Discusión en Reunión Plenaria
<b>Materiales:</b>	Lámina N° 6: VIH/SIDA Rotafolio N° 12: Tarea de Grupo
<b>Tiempo:</b>	40 minutos
<b>Preparación:</b>	Preparar Rotafolio N° 12

---

#### PROCESO

- El/la facilitador(a) enfatiza que las diferencias bio-psico/sociales en los perfiles de salud de hombres y mujeres, implican diferencias en las respectivas necesidades de respuesta a condiciones, situaciones, o problemas.

- El/la facilitador(a) se dirige al grupo y dice:

Ahora que hemos examinado las diferencias entre los perfiles de salud de hombres y mujeres, para el cual la información separada por sexo es fundamental, miremos cómo la perspectiva de género nos puede ayudar a anticipar la probabilidad de que un hombre, o una mujer, se enferme y muera de una enfermedad específica. Utilizando el ejemplo de VIH/SIDA, podemos ver lo siguiente:

- En la actualidad, el VIH tiene una mayor prevalencia entre los hombres. Sin embargo, las mujeres constituyen el grupo de infectados que crece con mayor rapidez. Hoy en día, las mujeres constituyen el 75 por ciento de los nuevos casos infectados en el mundo.

¿Por qué? La perspectiva de género nos ayuda a esclarecer el por qué de esta dinámica. También nos da pautas para el diseño de intervenciones que respondan adecuadamente a las necesidades de salud específicas a hombres y mujeres.

En relación al SIDA, se sabe que existen:

- diferentes factores de riesgo según el sexo
- diferentes grados de severidad de las consecuencias
- diferentes respuestas de parte de mujeres y hombres, del sector salud en particular y de la sociedad en general

- El/la facilitador(a) muestra la Lámina N° 6, en la cual se resume lo que se presentará a continuación.

### Lámina N° 6

Con la Lámina N° 6 en la pantalla, el/la facilitador(a) elabora sobre los puntos destacados:

**VIH/SIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS  
PARA HOMBRES Y MUJERES**

**Las mujeres son más vulnerables:**

- Semen altamente infectante
- Membrana mucosa vaginal más vulnerable
- Semen permanece en tracto vaginal
- Factor de Edad: ↑ menor de 18; ↑ después de menopausia
- ETS: Cofactor para VIH. ↑ Mayor incidencia de ETS en mujer

### RESPUESTAS:

La mujer tiene una mayor vulnerabilidad que el hombre a la infección por VIH, a través de relaciones heterosexuales: los estudios muestran que las mujeres tienen probabilidades, dos a cuatro veces mayores que los hombres, de contagiarse mediante esta vía, siendo varias las explicaciones para ello, entre otras:

- *Semen altamente infectante:* El VIH necesita de células vivas para transmitirse. Los fluidos corporales más ricos en células son los más infectantes. Por lo tanto, el semen es más infectante porque posee mayor contenido celular que los fluidos vaginales;
- *Membrana mucosa vaginal más vulnerable:* la calidad epitelial de la mucosa vaginal es más vulnerable a las infecciones que el pene;
- *Semen permanece más tiempo:* El semen permanece en el tracto vaginal, o rectal, por más tiempo que los fluidos vaginales en el pene; por lo tanto, en las relaciones heterosexuales, el tiempo de exposición de las mujeres al virus es mayor que el del hombre;
- *Factor Edad:* La edad es un factor independiente, que incrementa la susceptibilidad al VIH de las mujeres menores de 18 años y en la etapa post-menopáusica. Esto se debe a que la membrana mucosa vaginal en la joven no adquiere una densidad celular que actúe como barrera eficaz hasta después de los 18 años; después de la menopausia, la membrana mucosa vaginal se vuelve más delgada y débil y es más permeable al VIH.

## COMPONENTE 3.2

- **ETS - VIH/SIDA:** Las mujeres sufren más que los hombres de enfermedades de transmisión sexual, hecho que aumenta el riesgo a la infección por VIH mediante la relación heterosexual. En muchos casos las ETS son asintomáticas en las mujeres, lo que impide la detección temprana y el tratamiento oportuno.

**PERSPECTIVA DE GÉNERO:** Aunque existen diferencias biológicas importantes entre mujeres y hombres en cuanto a la vulnerabilidad al VIH, estas diferencias biológicas no explican el hecho que las mujeres ahora constituyan el 75 por ciento de los nuevos infectados. Tenemos que considerar la interacción entre factores psicosociales y biológicos: los factores de género incrementan la vulnerabilidad de la mujer a la infección por VIH.

- El/la facilitador(a) solicita que los/las participantes se dividan en cuatro (diferentes) grupos y muestre las instrucciones escritas en el Rotafolio N° 12:

Texto del Rotafolio N° 12

### TAREA GRUPAL

- 1) Identifiquen situaciones donde LAS CONSTRUCCIONES SOCIALES DE GÉNERO INCREMENTEN LOS RIESGOS DE CONTRAER EL VIH EN UNO U OTRO SEXO.
- 2) Incluyan experiencias concretas, observaciones de sus culturas, sociedades o vidas, que comprueben lo señalado en 1).

Respuestas posibles:

- *Tolerancia social de la promiscuidad masculina:* la idea arraigada que los hombres por "naturaleza" tienen necesidades sexuales más urgentes, hacen que las mujeres, y la sociedad en general, encuentren "perdonable" que estas necesidades se satisfagan indiscriminadamente;
- *Asignación social de un mayor valor a lo masculino y la sanción social positiva a la pasividad y abnegación femeninas:* las mujeres internalizan desde muy pequeñas que es "natural" que el hombre "valga más" y, por ende, que las mujeres valen menos. En muchas culturas, la mujer ideal es aquella resignada, pasiva y dependiente. La construcción psicológica de la sexualidad femenina, inhibe a muchas mujeres para cuestionar a los hombres en cualquier terreno y, más aún, en el sexual;
- *Falta de comunicación abierta sobre la sexualidad en las parejas:* un problema para muchas mujeres es que, al desconocer los hábitos sexuales de sus parejas, asumen que les son fieles y, por lo tanto, no tienen conciencia de estar en riesgo de contagio de VIH y otras ETS. En otros casos, también operan mecanismos psicológicos de negación;

- *Rechazo masculino al condón:* el rechazo ocurre con más frecuencia en la relación sexual del hombre con su pareja estable (se quiere controlar la sexualidad y fidelidad de la mujer y se asocia el uso del condón con las relaciones con trabajadoras del sexo). Además, la definición de masculinidad está construida alrededor del concepto de "tomar riesgo", lo que implica que un "hombre real", un "macho", se arriesgará en vez de tomar precauciones (por ejemplo, no practicar relaciones sexuales seguras o conducir en estado de ebriedad). También, existe muchas veces el rechazo por parte de las mujeres a que la pareja use condón, por asociar el uso de condón con relaciones sexuales promiscuas, o con las trabajadoras del sexo;
- *Construcción psíquica femenina en base a la subordinación económica y social:* las mujeres tienen conciencia de su vulnerabilidad pero suelen carecer del poder interpersonal, debido a lo anterior, para reducir o eliminar el riesgo en sus relaciones sexuales. Los hombres que no quieren usar condón, en general, no lo harán y las mujeres no arriesgarán sus relaciones de pareja ni el apoyo económico masculino, ni enfrentarán la violencia de una confrontación que este tipo de situaciones puede ocasionar. Se asume que las estrategias de prevención son iguales para hombres y mujeres, una suposición que no se traduce a la realidad, como se ha demostrado en el ejemplo del uso del condón;
- *Las mujeres no han sido tomadas en cuenta por la comunidad científica al realizar investigaciones clínicas sobre VIH/SIDA:* con la excepción de las trabajadoras sexuales, las mujeres fueron ignoradas por muchos años en las acciones para prevenir la transmisión del VIH y de las investigaciones sobre el SIDA. Probablemente, esto se debió al hecho que había una proporción mucho mayor de hombres que de mujeres afectados, en los países que encabezaban la investigación biomédica internacional. En consecuencia, por años, se definió y estudió la historia natural del VIH en los hombres, sin tomar en cuenta que el VIH/SIDA podía tener características diferentes en las mujeres;
- *Prohibiciones de acceso a la educación sexual y a los anticonceptivos,* entre ellos, el condón: entre las múltiples barreras al uso del condón, se hallan las prohibiciones religiosas impuestas por la iglesia y los sectores más conservadores de la sociedad; el argumento masculino basado en la pérdida de sensibilidad para el goce sexual y la percepción que asocia el uso del condón con las ETS y las relaciones casuales; la falta de educación sexual adecuada, y la falta de acceso a anticonceptivos y condones;
- *Falta de servicios de salud para las mujeres con ETS o VIH* que tomen en cuenta las necesidades de género: en general, el sector salud no ha desarrollado una respuesta satisfactoria para las mujeres que sufren de ETS, siendo este uno de los factores que aumenta de manera importante su susceptibilidad biológica al VIH. Aún cuando las mujeres sospechan que pueden tener una ETS, no buscan atención médica debido al estigma social que la situación acarrea;
- *Violencia sexual:* la violencia sexual contra las mujeres, tanto pública como doméstica, aumenta el riesgo de que la mujer contraiga ETS y VIH;

## COMPONENTE 3.2

- *Fidelidad y virginidad*: ambas características son consideradas culturalmente muy valiosas para la mujer. Dado este contexto, la mujer no comparte fácilmente con su pareja sexual su historia sexual, poniendo la pareja en riesgo.
- Informe de la Discusión en Grupos: Cada grupo presenta los resultados de la discusión. Facilitador/a pregunta, al terminar la presentación de cada grupo, si hay alguna observación por parte de los otros grupos.

**MÓDULO**

**4**

**ABORDAJES PRÁCTICOS Y  
ESTRATÉGICOS DE GÉNERO**



## ABORDAJES PRÁCTICOS Y ESTRATÉGICOS DE GÉNERO

### RESUMEN DEL MÓDULO 4

<b>Objetivos:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Conocer los conceptos de abordajes prácticos y estratégicos de género.</li> <li>● Empezar a aplicar los abordajes de género y las dinámicas para promover procesos de empoderamiento, con el fin de responder a las necesidades en salud.</li> </ul>
<b>Mensaje central:</b>	Los abordajes prácticos y estratégicos de género, se deben aplicar conjuntamente, si se busca asegurar equidad en la respuesta a las necesidades de salud de hombres y mujeres.
<b>Resultado esperado:</b>	Los que participan podrán distinguir entre los abordajes prácticos y estratégicos de género que responderían a las necesidades en salud, y empezarán a aplicar estos conceptos, identificando las necesidades en salud y desarrollo que son específicas a las mujeres o los hombres.
<b>Metodología:</b>	Presentación Plenaria Grupos de Discusión
<b>Materiales:</b>	<p>Lámina N° 7: Abordajes Prácticos y Estratégicos de Género</p> <p>Rotafolio N° 13: Definición de Empoderamiento</p> <p>Rotafolio N° 14: Mecanismos de Empoderamiento</p> <p>Rotafolio N° 15: Tarea de Grupo - Intervenciones en Salud</p> <p>Distributable N° 13: Abordajes Prácticos y Estratégicos de Género</p> <p>Distributable N° 14a: Continuo de Empoderamiento</p> <p>Distributable N° 14b: Esquema del Continuo de Empoderamiento</p> <p>Distributable N° 15a: Promoción de la Lactancia Materna</p> <p>Distributable N° 15b: Programa para la Detección y el Control de la Tuberculosis</p> <p>Distributable N° 15c: Diseño de una Intervención Comunitaria para la Promoción de la Salud Mental del Adulto Mayor</p> <p>Distributable N° 15d: Lucha contra el Tabaquismo</p>
<b>Componentes:</b>	<p>Introducción al Módulo 4</p> <p>4.1 Abordajes Prácticos y Estratégicos de Género</p> <p>4.2 Proceso de Empoderamiento</p> <p>4.3 Intervenciones en Salud - Aplicando los Conceptos</p>

## RESUMEN DEL MÓDULO 4 (CONT.)

Tiempo:	5 min.	Introducción:
	20 min.	4.1
	20 min.	4.2
	50 min.	4.3
	<u>95 min.</u>	Total

- Preparación:
- Preparar Rotafolios N°s 13 al 15.
  - Fotocopiar los Distribuibles N°s 13 al 15a, b, c, d.

## INTRODUCCIÓN AL MÓDULO 4: REVISIÓN DE LOS MÓDULOS 1- 3

### PROCESO

- Antes de comenzar con el componente 4.1, facilitador(a) resume:

En este taller se ha definido la diferencia entre sexo y género, viéndose género como una construcción social sujeta a modificaciones a través del tiempo y del espacio, que difiere entre subgrupos poblacionales, y es institucionalmente estructurada.

Se ha discutido cómo en todas las sociedades, la división sexual del trabajo asigna diferentes **roles y responsabilidades** a mujeres y hombres y que la valoración que se asigna a esos roles y responsabilidades implica diferentes niveles de **acceso y control** sobre los recursos necesarios para promover y proteger la salud.

También se ha visto que los roles y las responsabilidades tienen diferentes manifestaciones en la expresión de las **necesidades en salud específicas de hombres y mujeres** y que el origen de los perfiles diferenciales de salud/enfermedad de los sexos, surge a raíz de **la interacción entre factores biológicos y psicosociales** que conducen a situaciones, problemas o condiciones en salud particulares para cada sexo. También hemos destacado que, para conocer esas diferencias entre hombres y mujeres y elaborar intervenciones y políticas equitativas y eficaces, la **desagregación de datos por sexo** es un "sine qua non" sobre el cual se construye el análisis de género.

Para resumir, si hombres y mujeres son **biológicamente diferentes** y si la sociedad les asigna **roles y responsabilidades diferentes**, entonces podemos entender que las **necesidades en salud son diferentes** y que la respuesta a esas necesidades para lograr **la equidad y la eficiencia**, debería tomar en cuenta esas diferencias.

### ABORDAJES PRÁCTICOS Y ESTRATÉGICOS DE GÉNERO

Metodología:	Presentación en Reunión Plenaria/Discusión
Materiales:	Distribuble N°13 - Abordajes Prácticos y Estratégicos de Género Lámina N° 7 - Abordajes Prácticos y Estratégicos de Género
Tiempo:	20 minutos
Preparación:	Fotocopiar Distribuble N° 13

---

#### PROCESO

- Facilitador(a) indica que: Anteriormente hemos identificado necesidades en salud específicas a hombres y mujeres. Hay diferentes maneras de responder a estas necesidades en salud. Un concepto que enriquece nuestra posibilidad de dar respuesta satisfactoria, es el que diferencia entre el abordaje práctico de género (APG) y el abordaje estratégico de género (AEG).

Estos dos abordajes se basan en dos supuestos:

- (1) La **división sexual del trabajo** puede generar un desequilibrio en las responsabilidades asignadas a hombres y mujeres para promover y atender la salud, tanto la propia como la de los otros.
- (2) El **desequilibrio en poder** entre mujeres y hombres, implica diferentes grados de acceso y control sobre los recursos necesarios para responder a situaciones y problemas de salud.

Los abordajes prácticos y estratégicos de género, nos proporcionan conceptos útiles para asegurarnos que las intervenciones en salud y desarrollo tomen en cuenta estos dos supuestos.

El **abordaje práctico de género (APG)** busca responder a las necesidades de salud de mujeres y hombres, dentro de roles socialmente aceptados por la sociedad, sin intentar cambiar las inequidades que los apuntalan. El APG mejora la condición de salud de hombres y mujeres, porque identifica los roles y las responsabilidades diferenciales de cada sexo en un contexto dado y trata de elaborar intervenciones, que respondan a la situación actual de hombres y mujeres, en ese contexto social. Los APG son ingredientes fundamentales de las respuestas eficientes, **pero no se dirigen a corregir la situación de inequidad de género**. Incluso, pueden llegar a reforzar o exacerbar las inequidades de género ya existentes.

Un **abordaje estratégico de género (AEG)**, además de responder a necesidades concretas de salud de hombres y mujeres, se dirige a redistribuir **los roles, las responsabilidades y el poder**

entre los sexos, con el fin de reducir inequidades, que perjudican la salud y los procedimientos de búsqueda de atención en salud de ambos sexos. Este abordaje apunta hacia el mejoramiento de la posición de la mujer en la sociedad, **buscando facilitarle** el control sobre los recursos necesarios para promover y proteger su salud.

■ Facilitador(a) da un ejemplo:

**Abordaje Práctico de Género:** Aunque tanto los padres como las madres tienen el máximo interés en la inmunización de sus hijos, generalmente las mujeres son las que llevan a los niños a los servicios de salud con este fin. Quiere decir, que mujeres y hombres comparten la necesidad de tener hijos inmunizados en un sentido general, pero la necesidad de tener servicios de vacunación, disponibles en un horario conveniente, puede ser más importante para la mujer que para el hombre. Aquí observamos diferencias de género en las necesidades en salud ocasionadas por una división de trabajo, que delega el rol reproductivo a la mujer. Un APG aseguraría que los servicios de salud sean sensibles a las necesidades de la mujer y ofrezcan un horario flexible. Esto tendría como consecuencia un mayor acceso de la mujer a los servicios. Hablamos entonces de un abordaje práctico de género, el cual facilita que la mujer cumpla mejor con el rol que se le ha asignado socialmente.

**Abordaje Estratégico de Género:** Además de responder a la necesidad en salud específica e inmediata de inmunizar a los niños, los servicios de salud podrían apuntar hacia una redistribución de tareas y responsabilidades, buscando integrar al padre de manera que comparta el cuidado de los hijos, llevando ellos también los niños a la vacunación. Un abordaje estratégico de género en salud que emane de los servicios podría, también, desde el momento del nacimiento de los hijos, elaborar sesiones informativas sobre el cuidado del recién nacido, que incluyan a los padres. El fin sería involucrar activamente al varón en la crianza de los hijos, a fin de que llegue a compartir la responsabilidad del cuidado de la salud de los hijos. Este abordaje estratégico de género podría así, aportar a la construcción de una sociedad que tenga relaciones de género más equitativas.

■ Facilitador(a) enfatiza que:

**Los APG y AEG no son dicotómicos.** Los APG son fundamentales para responder eficientemente a las necesidades en salud de hombres y mujeres, porque reconocen que ambos tienen diferentes roles y responsabilidades, lo que implica acceso y control diferencial sobre los recursos necesarios para proteger la salud. Por ejemplo, la ausencia de un APG en el diseño de un proyecto de inmunizaciones podría llevar al fracaso del proyecto si las horas de inmunización no coinciden con las horas disponibles en que las mujeres puedan llevar a sus hijos/as, en virtud de sus responsabilidades domésticas y laborales. Con un APG, el horario de las inmunizaciones se flexibiliza para responder a los horarios disponibles de las madres, y también facilita el que las mujeres tengan más control sobre el tiempo disponible. Aunque esto no necesariamente cambiaría los roles de género, sí aliviaría la carga de esos múltiples roles.

En el caso de un proyecto de prevención del VIH/SIDA, un APG altamente eficiente para proteger a las personas del contagio es el acceso al preservativo. En ciertos contextos culturales, esto podría

## COMPONENTE 4.1

ser suficiente para proteger a hombres y a mujeres del virus. En algunos países la reducción de nuevos casos de VIH ha sido asociado directamente a un aumento en el uso del preservativo. Por lo tanto, una campaña de información y el acceso fácil a preservativos podrían ser suficientes para proteger a los dos sexos del VIH.

Sin embargo, en muchas culturas el uso del preservativo por parte del varón produce rechazo porque existe la creencia que el preservativo reduce el placer sexual y, también, porque se asocia el "ser hombre" con "tomar riesgo". Por lo tanto, un hombre no acepta fácilmente que una mujer le sugiera usar un preservativo. Para la mujer en estas culturas, los roles de género restringen la posibilidad de que ella pueda negociar el uso del preservativo con su pareja sexual. La amenaza de abandono por parte del hombre puede tener el efecto de evitar este enfrentamiento, y que la mujer prefiera el peligro del contagio a la posibilidad de perder un apoyo económico.

Por otro lado, en algunas situaciones el hecho de que una mujer sugiera a su pareja sexual el uso del preservativo implica una falta de confianza por parte de ella. En otros contextos, las mujeres consideran un insulto el que el varón sugiera el preservativo, al inferir ella que el hombre la piensa promiscua.

Por lo tanto, para lograr que el uso de un preservativo sea aceptado por hombres y por mujeres, los roles de ambos y las relaciones que emanen de esos roles tienen que ser modificados. Únicamente un AEG puede facilitar este proceso, y EL ABORDAJE que se utiliza para diseñar e implementar un proyecto de protección del VIH tendría que ser diferente para hombres y para mujeres. De hecho, un APG altamente eficiente para proteger a los varones del contagio es el acceso al preservativo. Sin embargo, esa misma intervención no tiene el mismo impacto en las mujeres debido a que los roles de género restringen la posibilidad de éstas para negociar el uso del preservativo con su pareja sexual. Debido a que los AEG involucran cambios fundamentales de comportamiento y normas culturales, son muy difíciles de lograr a corto plazo.

- Facilitador(a) reparte el Distribuible N°13 y muestra la Lámina N° 7

Texto del Distribuible N° 13

ABORDAJES PRÁCTICOS Y ESTRATÉGICOS DE GÉNERO	
<p><b>A. ABORDAJE PRÁCTICO DE GÉNERO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Responde a las necesidades en el corto plazo.</li> <li>● Responde a necesidades generalmente identificables fácilmente por los/las usuarios(as) y proveedores(as).</li> <li>● Responde a requerimientos biológicos y condiciones específicas de salud.</li> <li>● Se cumple a través de la provisión de bienes y servicios de salud.</li> <li>● Tiende a involucrar a mujeres y hombres como objetos de la intervención.</li> <li>● Puede mejorar la condición de salud de la mujer y el hombre, mediante el acceso a los recursos.</li> <li>● Generalmente no altera los roles y las relaciones de género.</li> </ul>	<p><b>B. ABORDAJE ESTRATÉGICO DE GÉNERO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Tiende a ser una estrategia de largo plazo, como parte integral de un desarrollo humano sostenible.</li> <li>● Responde a necesidades no siempre fácilmente identificables por las personas.</li> <li>● Se desarrolla a través de procesos de empoderamiento: la creación de conciencia, el aumento de la autoestima, la educación, el fortalecimiento de las organizaciones, la movilización política, etc.</li> <li>● Tiende a involucrar las personas como sujetos activos, o las habilita para esto.</li> <li>● Puede mejorar la posición de las mujeres, mediante el aumento del control sobre los recursos.</li> <li>● Focaliza las inequidades en las responsabilidades y relaciones de poder entre mujeres y hombres.</li> <li>● Mejora el equilibrio entre las posiciones de poder de hombres y mujeres frente al uso de recursos para la salud a través de un aumento del control sobre los factores internos y externos que inciden sobre las posibilidades de proteger la salud.</li> </ul>

Lámina N° 7

## APG/AEG

ABORDAJES PRÁCTICOS DE GÉNERO	ABORDAJES ESTRATÉGICOS DE GÉNERO
● Responde a corto plazo.	● Estrategia de largo plazo.
● Necesidades fácilmente identificables.	● Necesidades no fácilmente identificables.
● Requerimientos biológicos y condiciones específicas.	● Focaliza inequidades en relaciones de poder.
● Proporciona bienes y servicios.	● Focaliza procesos de empoderamiento.
● Involucra hombres/mujeres como agentes pasivos.	● Involucra personas como participantes activos.
● Mejora condición.	● Mejora posición.
● No altera roles y relaciones de género.	● Mejora equilibrio en relaciones de poder.

## COMPONENTE 4.1

### ■ Facilitador(a) menciona:

Las bases de los conceptos para los abordajes prácticos y estratégicos de género, emanan de lo que se han reconocido comunmente en la literatura de género y desarrollo, como necesidades prácticas y estratégicas de género. Estos conceptos fueron elaborados por los movimientos de las mujeres, y por los estudios realizados en diversas disciplinas.

La OPS ha adaptado este concepto para aplicarla en salud y desarrollo, pero en lugar de hablar de necesidades, nos hemos referido a abordajes prácticos y estratégicos, para hacer énfasis en el hecho de que en salud, la clave para lograr equidad de género está en el CÓMO se responde a las necesidades y se diseñan, de manera acorde, los proyectos, programas y políticas de salud.

No obstante, vale la pena señalar que como la herramienta originalmente emana de movimientos de mujeres, tiene como consecuencia lógica, la focalización sobre aquellas necesidades y abordajes identificados por las mujeres y no por los hombres. Recién en los últimos años, en algunos países, se han formado movimientos de hombres que han identificado que la construcción social de las relaciones de género, también les ha causado situaciones de desventaja. Esperamos que conforme vayamos socializando esta herramienta dentro del sector salud, los hombres también contribuyan a identificar sus necesidades y los abordajes estratégicos de género necesarios para mejorar su salud y bienestar.

## PROCESO DE EMPODERAMIENTO<sup>3</sup>

<b>Metodología:</b>	Presentación en Reunión Plenaria
<b>Materiales:</b>	Rotafolio N°13: Definición de Empoderamiento Rotafolio N°14: Mecanismos de Empoderamiento Distributable N° 14a: Continuo de Empoderamiento (adaptado de Ronald Labonté) Distributable N° 14b: Esquema del Continuo de Empoderamiento
<b>Tiempo:</b>	20 minutos
<b>Preparación:</b>	Preparar Rotafolio N° 13 y 14 Fotocopiar Distribuibles N° 14a, b

### PROCESO

- Facilitador(a) señala que:

Aunque parezca que los abordajes prácticos y estratégicos son conceptos dicotómicos, la realidad es diferente. La distinción entre práctico y estratégico se hace fundamentalmente a nivel analítico ya que, en el terreno, las intervenciones pueden—e idealmente debieran—integrar elementos de ambos abordajes. Hay que tener en cuenta, además, que lo que hace que estos abordajes sean prácticos o estratégicos no es de naturaleza estática ni universal. Tampoco puede dejarse de contemplar el hecho de que el proceso de cambio de posiciones implicado en un AEG puede conllevar conflictos y costos internos y externos para las personas. Central dentro de los AEG es la noción del proceso de empoderamiento de individuos y de grupos. Este es un proceso interno que permite a las personas desarrollar "la capacidad de hacer o de actuar" y es un ingrediente fundamental para el cambio.

El tema del empoderamiento, al contrario de lo que algunos piensan, no emana del feminismo. No es un tema ajeno a la salud pública, pues se ha utilizado ampliamente en el contexto de PROMOCION de la salud. Se refiere a un proceso interno de las personas—y los grupos—a través del cual éstas y éstos desarrollan fortalezas y destrezas que les permiten actuar en pos del bien personal o colectivo, ya se trate del mejoramiento de la salud, o de otros aspectos vinculados con la calidad de la vida (educación, crédito, trabajo, etc.).

Un concepto que facilita la comprensión y puesta en práctica del concepto de empoderamiento, es el "Continuo de Empoderamiento", originado en el campo de la promoción de la salud y propuesto por el canadiense Ronald Labonté. Labonté utiliza este continuo para referirse al proceso de transformación, no sólo de mujeres sino también de hombres y, en general, de clases sociales, por medio

3 El término "empoderamiento" es usado por el programa MSD como traducción de "empowerment", término inglés. Todavía no existe acuerdo sobre una palabra única en castellano, otros términos utilizados son por ejemplo "apoderamiento, potenciamiento, habilitación". Queda a la selección de los/las facilitadores (as) el término utilizado, tomando en cuenta el contexto nacional o local.

## COMPONENTE 4.2

del cual el "poder sobre" la población, que ejerciera el sector salud, se transformaría en una nueva relación de "poder con" la población.

Texto del Rotafolio N° 13

PROCESO DE EMPODERAMIENTO
<p><b>Definición</b></p> <p>Proceso subjetivo a través del cual las personas desarrollan las fortalezas y las destrezas que les permiten actuar en pos del bien personal o colectivo.</p>

Labonté establece diferentes momentos en el proceso para alcanzar esta transformación, o empoderamiento. Hemos adaptado lo propuesto por este autor y dividimos el Continuo de Labonté en cuatro mecanismos o espacios de empoderamiento:

- i) encuentro interpersonal;
- ii) grupos de autoayuda;
- iii) organización comunitaria;
- iv) coaliciones de acción política.

■ Facilitador(a) entrega Distribuible N° 14a y b

Estos mecanismos se ubican en un "Continuo de Empoderamiento", herramienta analítica que ayuda a esclarecer la utilización del concepto multifacético del abordaje estratégico de género en salud. El proceso de empoderamiento no es un proceso lineal, como veremos más adelante, y este continuo es útil para entender mejor cómo nuestras intervenciones en salud pueden facilitar, o inhibir el empoderamiento de las personas.

En el caso específico de la temática de género, podemos distinguir entre las posibilidades de la mujer y del hombre para mejorar su situación de salud, mediante un abordaje práctico de género que le facilite el acceso a recursos necesarios para satisfacer sus necesidades, y un empoderamiento que apunte al mismo tiempo hacia una mayor equidad en las relaciones de género. En este último sentido, estaríamos hablando de un cambio que mejoraría la posición relativa de la mujer, mediante un abordaje estratégico de género que le facilitaría el control sobre los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades. En la práctica, como ya se había señalado, la distinción empírica entre los dos abordajes no es tan tajante, y el aumento del acceso a los recursos ha sido visto por muchas mujeres como una forma de empoderamiento. Conceptualmente, sin embargo, se hace necesario diferenciar entre acceso y control, ya que tal distinción es un elemento crucial en la definición operacional del empoderamiento.

Distributable N° 14b

**CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO DE LABONTÉ**

Una herramienta que facilita la comprensión y puesta en práctica del concepto del empoderamiento es el "Continuo de Empoderamiento" originado en el campo de la promoción de la salud y propuesto por el canadiense Ronald Labonté. Labonté utiliza este continuo para referirse al proceso transformativo, no sólo de mujeres sino también de hombres y, en general, de clases sociales, por medio del cual el "poder sobre" la población, que ejerciera el sector salud, se transformaría en una nueva relación de "poder con" la población.

Labonté establece diferentes momentos en el proceso para alcanzar esta transformación, o empoderamiento. Hemos adaptado lo propuesto por este autor y dividimos el continuo de Labonté en cuatro mecanismos o espacios de empoderamiento:

- i) encuentro interpersonal;
- ii) grupos de autoayuda;
- iii) organización comunitaria;
- iv) coaliciones de acción política.

Estos mecanismos se ubican en un "Continuo de Empoderamiento", herramienta analítica que ayuda a esclarecer la utilización del concepto multifacético del abordaje estratégico de género en salud. El proceso de empoderamiento no es un proceso lineal, y este continuo es útil para entender mejor cómo nuestras intervenciones en salud pueden facilitar, o inhibir el empoderamiento de las personas.

En el caso específico de la temática de género, podemos distinguir entre las posibilidades de la mujer para mejorar su situación de salud, mediante un abordaje práctico de género que le facilite el acceso a los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades, y un empoderamiento que apunte al mismo tiempo hacia una mayor equidad en las relaciones de género. En este último sentido, estaríamos hablando de un cambio en la que mejoraría la posición relativa de la mujer, mediante un abordaje estratégico de género que le facilitaría el control sobre los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades. En la práctica, como ya se había señalado, la distinción empírica entre los dos abordajes no es tan tajante, y el aumento del acceso a los recursos ha sido visto por muchas mujeres como una forma de empoderamiento. Conceptualmente, sin embargo, se hace necesario diferenciar entre acceso y control, ya que tal distinción es un elemento crucial en la definición operacional del empoderamiento.

Los cuatro mecanismos de empoderamiento mediante los cuales los servicios de salud pueden iniciar o fortalecer un abordaje estratégico de género son:

a. Encuentro interpersonal: Puede ocurrir a nivel de servicio directo, en donde los(as) trabajadores(as) de salud tienen una interacción directa con los(las) usuarios(as).

Los dos pilares de interacción que permiten que los servicios contribuyan al empoderamiento son:

- I. Que los servicios sean ofrecidos en un estilo apoyador, no controlador;
- II. Que éstos no se limiten a los servicios y recursos ofrecidos por la agencia.

### CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO DE LABONTÉ - (CONT.)

Este tipo de apoyo respeta la autonomía del individuo y busca la comprensión de los contextos psicosociales y socioambientales de sus problemas. La relación proveedor(a) - usuario(a) es horizontal y el diálogo en la misma refuerza la búsqueda conjunta de una solución a los problemas de salud. Tal tipo de clima impulsa constantemente al individuo hacia el desarrollo de una mayor capacidad de actuar tanto sobre los síntomas como sobre las causas de los problemas. Este tipo de relación del(a) usuario(a) con los servicios para manejar un problema de salud a nivel individual, puede facilitar el empoderamiento personal.

Tomando el ejemplo de la violencia doméstica, se diría que la terapia individual que la mujer recibe de los servicios de salud puede promover el desarrollo del empoderamiento personal, en la medida en que ella aumenta su auto-respeto y progresa desde el status de víctima pasiva al de sujeto activo. Por supuesto, la atención individual y el manejo de crisis no tienen impacto sobre el problema estructural de la tolerancia de la violencia contra la mujer.

b. Desarrollo de Grupos de Autoayuda: El empoderamiento personal requiere oportunidades para que los individuos superen su aislamiento y la "indefensión aprendida" que este ambiente propicia.

Esto, de acuerdo con Labonté, puede lograrse a través del "trabajo de grupo" en el cual el individuo reconoce que no es el(la) único(a) que sufre el problema y que, por lo tanto, sus problemas, enfermedades, etc., no son algo particular. El trabajo de grupo ayuda a la persona a ver sus propias experiencias dentro de un contexto social. Estos grupos, sin embargo, aunque son muy importantes para generar procesos de empoderamiento, pueden permanecer aislados de diversas formas de acción y de organización política dirigidas a la resolución de problemas estructurales.

Siguiendo con el ejemplo de la violencia doméstica, vemos que los grupos de autoayuda formados por mujeres abusadas son una fuente importante para la promoción de autoestima y empoderamiento personal, pero no ofrecen insumos suficientes como para modificar las condiciones estructurales que toleran la violencia.

c. Organización Comunitaria: El desarrollo de grupos de autoayuda promueve el que las personas se organicen alrededor de problemas o situaciones que les son específicos.

La organización comunitaria, en contraste, envuelve un proceso de organización de las personas alrededor de problemas o situaciones que desbordan los intereses particulares de los involucrados. Los grupos de autoayuda alivian el sufrimiento particular y específico de sus miembros; las organizaciones comunitarias apuntan al enfrentamiento de las causas de ese sufrimiento. Ambos tipos de organizaciones son necesarias para generar procesos de cambio individual y colectivo.

La organización comunitaria a menudo envuelve conflicto con otros grupos de intereses. De acuerdo con Labonté, el conflicto, como antecedente de una negociación fructífera, es un ingrediente fundamental para lograr la democracia participativa. No obstante su importancia, la organización comunitaria puede limitarse a lo local y lo parroquial, sin tener efecto alguno sobre el control de los recursos en el nivel macro.

Para el caso de la violencia doméstica, vemos que las últimas décadas han presenciado la emergencia de organizaciones comunitarias no-gubernamentales de mujeres activistas que han ofrecido refugio y atención integral (legal, psicológica y física) a mujeres agredidas y que, además, han sensibilizado y concientizado la opinión pública sobre el problema.

d. Coaliciones de Acción Política: La formación de coaliciones para la acción política proporciona elementos que permiten superar las limitaciones propias de la organización comunitaria. Las acciones de tales coaliciones se

**CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO DE LABONTÉ - (CONT.)**

dirigen generalmente a los niveles superiores de toma de decisión gubernamental. Se denominan coaliciones porque la acción es llevada a cabo por un número de grupos que se unen para ejercer presión con el fin de lograr un cambio político o una reforma social.

Las coaliciones de acción política usan el cabildeo como medio para lograr sus metas. Labonté define cabildeo (advocacy) como la "toma de posición frente a un asunto", en este caso, para iniciar acciones en un intento deliberado de influenciar las escogencias de la opinión pública.

Los profesionales de la salud pueden contribuir al surgimiento de coaliciones de acción política de tres maneras:

(1) constituyéndose en recursos para el proceso, facilitando información y asesoría a los grupos en relación con las estructuras y funciones burocráticas;

(2) legitimando las preocupaciones de salud de las coaliciones. Esto no significa que las agencias de salud tomen la misma posición sobre el problema que la coalición, pero sí que tomen posición sobre las implicaciones para la salud que reviste el problema; y

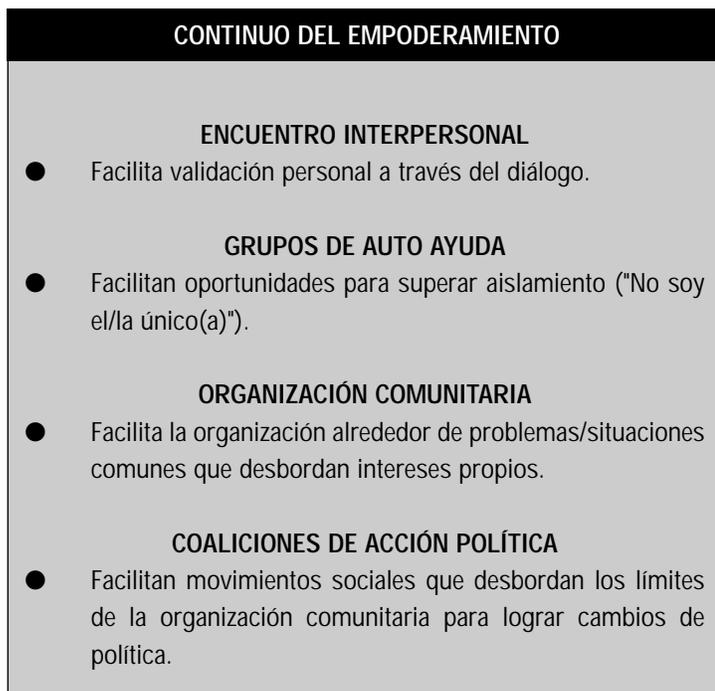
(3) tomando posición ellos mismos frente a los problemas de salud. Una voz política organizada de profesionales puede ser crucial para el avance hacia formas de organización social más equitativas, sostenibles y sensibles a consideraciones de género.

Utilizando nuevamente el ejemplo de la violencia doméstica, veríamos que el sector salud podría legitimar las preocupaciones de los grupos de mujeres y reconocer en declaraciones públicas que la violencia en contra de las mujeres constituye un problema de salud pública de severidad creciente. De esta manera, se facilitaría que los grupos de mujeres y otros grupos de derechos humanos pudieran poner el tema de violencia contra la mujer "en la agenda" de los foros públicos y privados que gestan decisiones políticas. Un ejemplo en este sentido es la legitimidad que varios gobiernos han otorgado a los temas levantados por ONGs de mujeres, ilustrado por la creciente presencia de las ONGs en los foros intergubernamentales.

## COMPONENTE 4.2

- Facilitador(a) entrega el Distribuible 14 a y b y muestra el Rotafolio N° 14 donde anteriormente ha anotado los cuatro mecanismos del proceso de empoderamiento y dice:

*Texto del Rotafolio N° 14  
y del Distribuible N° 14b:*



### **Puntos para destacar:**

Los cuatro mecanismos de empoderamiento mediante los cuales los servicios de salud pueden iniciar o fortalecer un abordaje estratégico de género son:

#### **a. Encuentro interpersonal:**

Puede ocurrir a nivel de servicio directo, en donde los que trabajan en salud tienen una interacción directa con los/las usuarios(as).

Los dos pilares de interacción que permiten que los servicios contribuyan al empoderamiento son:

- I. Que los servicios sean ofrecidos en un estilo apoyador, no controlador;
- II. Que éstos no se limiten a los servicios y recursos ofrecidos por la agencia.

Este tipo de apoyo respeta la autonomía del individuo y busca la comprensión de los contextos psicosociales y socioambientales de sus problemas. La relación proveedor(a)-usuario(a) es horizontal y el diálogo en la misma refuerza la búsqueda conjunta de una solución a los problemas de salud. Tal tipo de clima impulsa constantemente al individuo hacia el desarrollo de una mayor capacidad de actuar tanto sobre los síntomas como sobre las causas de los problemas. Este tipo de relación del(a) usuario(a) con los servicios, para manejar un problema de salud a nivel individual, puede facilitar el empoderamiento personal.

Tomando como ejemplo la violencia doméstica, se diría que la terapia individual que la mujer recibe de los servicios de salud puede promover el desarrollo del empoderamiento personal, en la medida en que ella aumenta su auto-respeto y progresa desde el status de víctima pasiva al de sujeto activo. Por supuesto, la atención individual y el manejo de crisis no tienen impacto sobre el problema estructural de la tolerancia de la violencia contra la mujer.

**b. Desarrollo de Grupos de Autoayuda:**

El empoderamiento personal requiere de oportunidades para que los individuos superen su aislamiento y la "indefensión aprendida" que éste ambiente propicia.

Esto, de acuerdo con Labonté, puede lograrse a través del "trabajo de grupo" en el cual el individuo reconoce que no es el(la) único(a) que sufre el problema y que, por lo tanto, sus problemas, enfermedades, etc., no son algo particular. El trabajo de grupo ayuda a la persona a ver sus propias experiencias dentro de un contexto social. Estos grupos, sin embargo, aunque son muy importantes para generar procesos de empoderamiento, pueden permanecer aislados de diversas formas de acción y de organización política dirigidas a la resolución de problemas estructurales.

Siguiendo con el ejemplo de la violencia doméstica, vemos que los grupos de autoayuda formados por mujeres abusadas son una fuente importante para la promoción de autoestima y empoderamiento personal, pero no ofrecen insumos suficientes como para modificar las condiciones estructurales que toleran la violencia.

**c. Organización Comunitaria:**

El desarrollo de grupos de autoayuda promueve el que las personas se organicen alrededor de problemas o situaciones que les son específicos.

La organización comunitaria, en contraste, envuelve un proceso de organización de las personas alrededor de problemas o situaciones que desbordan los intereses particulares de los involucrados. Los grupos de autoayuda alivian el sufrimiento particular y específico de sus miembros; las organizaciones comunitarias apuntan al enfrentamiento de las causas de ese sufrimiento. Ambos tipos de organizaciones son necesarias para generar procesos de cambio individual y colectivo.

La organización comunitaria a menudo envuelve conflicto con otros grupos de intereses. De acuerdo con Labonté, el conflicto, como antecedente de una negociación fructífera, es un ingrediente fundamental para lograr la democracia participativa. No obstante su importancia, la organización comunitaria puede limitarse a lo local y lo parroquial, sin tener efecto alguno sobre el control de los recursos en el nivel macro.

Para el caso de la violencia doméstica, vemos que las últimas décadas han presenciado la emergencia de organizaciones comunitarias no-gubernamentales de mujeres activistas que han ofrecido refugio y atención integral (legal, psicológica y física) a mujeres agredidas y que, además, han sensibilizado y concientizado la opinión pública sobre el problema.

## COMPONENTE 4.2

### d. Coaliciones de Acción Política:

La formación de coaliciones para la acción política proporciona elementos que permiten superar las limitaciones propias de la organización comunitaria.

Las acciones de tales coaliciones se dirigen generalmente a los niveles superiores de toma de decisión gubernamental. Se denominan coaliciones porque la acción es llevada a cabo por un número de grupos que se unen para ejercer presión con el fin de lograr un cambio político o una reforma social.

Las coaliciones de acción política usan el cabildeo como medio para lograr sus metas. Labonte define cabildeo (advocacy) como la "toma de posición frente a un asunto", en este caso, para iniciar acciones en un intento deliberado de influenciar las escogencias de la opinión pública.

Los profesionales de la salud pueden contribuir al surgimiento de coaliciones de acción política de tres maneras:

- (1) constituyéndose en recurso para el proceso, facilitando información y asesoría a los grupos en relación con las estructuras y funciones burocráticas;
- (2) legitimando las preocupaciones de salud de las coaliciones. Esto no significa que las agencias de salud tomen la misma posición sobre el problema que la coalición, pero sí que tomen posición sobre las implicaciones para la salud que reviste el problema; y
- (3) tomando posición ellos mismos frente a los problemas de salud. Una voz política organizada de profesionales puede ser crucial para el avance hacia formas de organización social más equitativas, sostenibles y sensibles a consideraciones de género.

Utilizando nuevamente el ejemplo de la violencia doméstica, veríamos que el sector salud podría legitimar las preocupaciones de los grupos de mujeres y reconocer en declaraciones públicas que la violencia en contra de las mujeres constituye un problema de salud pública de severidad creciente. De esta manera se facilitaría el que los grupos de mujeres y otros grupos de derechos humanos pudieran poner el tema de la violencia en contra de la mujer "en la agenda" de los foros públicos y privados que gestan decisiones políticas. Un ejemplo en este sentido es la legitimidad que varios gobiernos han otorgado a los temas levantados por ONGs de mujeres, ilustrado por la creciente presencia de ONGs en los foros intergubernamentales.

**INTERVENCIONES EN SALUD - APLICANDO LOS CONCEPTOS**

<b>Metodología:</b>	Grupos de Trabajo/Informes en Reunión Plenaria
<b>Materiales:</b>	Rotafolio N° 15: Tarea de Grupo - Intervenciones en Salud Distributable N° 15a: Promoción de la Lactancia Materna Distributable N° 15b: Programa para la Detección y el Control de la Tuberculosis Distributable N° 15c: Diseño de una Intervención Comunitaria para la Promoción de la Salud Mental del Adulto Mayor Distributable N° 15d: Lucha contra el Tabaquismo
<b>Tiempo:</b>	30 min: Trabajo en Grupos 20 min: Informes en Reunión Plenaria <u>50 min:</u> Total
<b>Preparación:</b>	Preparar Rotafolio N°15 Fotocopiar Distribuibles 15 a - d

---

**PROCESO**

- Facilitador(a) reparte Distribuibles 15 a-d, entregando un tema a cada grupo (Lactancia, Tuberculosis, Salud Mental, Tabaquismo).
  - Se solicita a los que participan leer la sección de "Información General", y luego discutir en el grupo las preguntas en la sección "Temas de Reflexión". Se pide a cada grupo nombrar una persona que, en plenaria posteriormente, de un resumen de los puntos sobresalientes que se encontraron en el texto, ya que no todos los grupos tienen el mismo tema.
  - La tarea del grupo, luego de haber leído y discutido la información entregada en cada tema, es la siguiente:

## COMPONENTE 4.3

Texto del Rotafolio N° 15

### TAREA DE GRUPO: INTERVENCIONES EN SALUD

En sus grupos, lean la sección de "Información General" y discutan entre ustedes las preguntas incluidas en "Temas de Reflexión" del texto recibido.

Luego, formulen:

- 1) Una intervención desde un APG que responda a una necesidad particular de hombres y/o de mujeres dentro de ese tema.
- 2) Tomando en cuenta los mecanismos de empoderamiento, cómo podría la intervención seleccionada en (1) incorporar un AEG que aumente las posibilidades de lograr una mayor equidad de género en salud en su tema particular?

- Facilitador(a) solicita que cada grupo identifique un miembro que presente en plenaria un resumen de la "Información General" para su tema particular. Este resumen se presenta inmediatamente antes de los resultados de la discusión del grupo. De esta manera, todos los participantes del taller tienen información sobre cada tema.

Texto del Distribuible N° 15a:

### PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA<sup>1</sup>

#### Información general

1. La evidencia científica y la investigación han demostrado que la lactancia materna es beneficiosa para la salud, la nutrición y la supervivencia infantil, la salud materna y el espaciamiento entre los nacimientos. Actualmente, la lactancia materna salva a seis millones de lactantes cada año a través de la prevención de la diarrea y las infecciones respiratorias agudas; es responsable por la tercera o cuarta parte de la reducción observada de la fecundidad; y puede proporcionar nutrición de alta calidad a una fracción del costo de los sucedáneos de alto riesgo.
2. OMS/UNICEF recomiendan que, para lograr una salud y una nutrición maternoinfantil óptimas, la orientación debe posibilitar que todas las mujeres alimenten a sus bebés exclusivamente con lactancia natural desde el nacimiento hasta, por lo menos, los cuatro primeros meses de vida y, preferentemente, hasta los 6 meses; y que continúen con el amamantamiento hasta los dos años y más, agregando alimentos complementarios adecuados.
3. En América Latina y el Caribe, los lactantes de las zonas urbanas son amamantados durante menos tiempo que los lactantes de las zonas rurales, observándose una rápida disminución durante los tres primeros meses en ambos grupos. A los 12 meses de edad, casi la mitad de los lactantes de las zonas rurales siguen siendo amamantados, pero sólo 16% de los lactantes de las zonas urbanas aparentemente reciben leche materna a esta edad.

1 Fuente: 1) Lactancia Materna en América Latina y el Caribe, Programa de Nutrición de la División de Promoción y Protección de la Salud, Organization Panamericana de la Salud; 2) Breast-feeding: The Technical Basis and Recommendations for Action, World Health Organization.

**PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA (CONT.)**

4. La mayoría de los estudios sobre el tema revelan que la lactancia materna reduce la tasa de mortalidad en los niños. En un estudio de casos y controles en Brasil (Victoria et al., 1987), los lactantes que no recibían leche materna tenían 14 veces más probabilidades de morir de diarrea que los lactantes alimentados exclusivamente con lactancia natural.
5. El grado en el que el personal y los procedimientos hospitalarios rutinarios fomentan o desalientan las prácticas de amamantamiento entre madres novatas es uno de los principales factores determinantes de la tasa de inicio del amamantamiento (Winikoff y Baer, 1980; Winikoff y Castillo, 1989). Los proveedores deben recibir adiestramiento adecuado en los aspectos prácticos del manejo de la lactancia y comprender las necesidades de las mujeres que están amamantando.
6. La gran mayoría de las mujeres de América Latina y el Caribe han amamantado a sus hijos. Sin embargo, es poco frecuente la práctica de recomendar la lactancia materna exclusiva durante los cuatro o seis primeros meses. En casi todos los países, prevalece la introducción temprana de líquidos como agua, tés, jugos y leche de vaca. Por ejemplo, 80% de los niños en Lima han recibido agua antes de cumplir un mes de edad (Altobelli, 1991, Brown et al., 1989).
7. Las mujeres tienen actitudes positivas respecto a la lactancia materna en la mayoría de los países pero la complementan con otros líquidos casi de inmediato. Algunos autores indican que esta complementación se debe a la falta de motivación por amamantar de parte de la madre, así como también es una razón socialmente aceptable para la introducción del destete temprano. Sin embargo, una de las razones principales que las mujeres dan para explicar el complemento de la leche materna con otros líquidos es la creencia de que no tienen suficiente leche para alimentar a sus hijos.
8. Los datos indican que el empleo fuera del hogar no pareciera influir en la iniciación o en la continuación de la lactancia materna. En muchos países, la tasa de iniciación y duración del amamantamiento entre las mujeres que trabajan en el sector formal del trabajo no difiere significativamente de las mismas tasas de las mujeres que se quedan en casa. De todos modos, ya sea que reciban remuneración y trabajen o que no reciban remuneración y trabajen, todas las mujeres suelen desempeñar múltiples funciones simultáneamente. Estas funciones múltiples deben ser comprendidas cuando se busca una explicación de por qué las mujeres no amamantan exclusivamente y tantas veces como el niño lo demande durante los 4 ó 6 meses recomendados.
9. Los grupos de apoyo a las madres (GAM) proporcionan orientación, información y apoyo individuales y facilitan la formación de grupos para que las mujeres puedan intercambiar ideas sobre la lactancia materna y los buenos cuidados para sus hijos. Estos GAM intentan llenar un vacío para las madres cuando el amamantamiento no es la norma cultural y ella no cuenta con el apoyo de familiares y compañeros.
10. La promoción de la lactancia materna se ha concebido como una cuestión de salud importante para el lactante y un imperativo moral para la madre. Sin embargo, la comprensión de los obstáculos que afrontan las mujeres respecto a la lactancia materna exclusiva durante cuatro o seis meses debe basarse sobre la realidad de su vida diaria, incluyendo la forma en que se toman las decisiones en el hogar y en la pareja. La lactancia materna no es sólo una "cuestión de mujeres" sino una cuestión social en la que las otras partes responsables son también los miembros de la familia, en particular los compañeros varones, los sectores sociales incluyendo educación y salud, y los empleadores y los responsables de formular políticas.

### PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA (CONT.)

#### Temas de reflexión

1. La legislación que se ha promulgado en algunos países para asegurar que los empleadores sostengan el derecho de la mujer a amamantar ha sido contraproducente y, en algunos casos, los empleadores se muestran reacios a contratar mujeres casadas jóvenes.
2. La OMS y el UNICEF recomiendan que la lactancia materna continúe más allá de los seis meses hasta los dos años de edad, con la introducción de alimentos complementarios adecuados. ¿Cuán factible es esto si se tienen en cuenta los roles de género y las responsabilidades?
3. Se sabe poco acerca de las actitudes de los hombres respecto a la lactancia materna y su opinión acerca de la importancia de esta práctica para la salud del niño. ¿Por qué es importante comprender las actitudes de los hombres para promover la lactancia materna? ¿Qué se espera observar (en términos de actitudes y prácticas de apoyo a la mujer que amamanta) en los hombres de América Latina y el Caribe en general?
4. ¿Por qué algunos grupos de mujeres se opondrían a las formas en que tradicionalmente se ha promovido la lactancia materna?
5. ¿Cómo podría influir el énfasis que la sociedad atribuye a la delgadez y al atractivo sexual sobre las decisiones que toman las mujeres en cuanto a si van a amamantar o no?

#### Para los facilitadores

#### ¿Cómo podría una campaña de promoción de la lactancia materna incorporar un abordaje práctico de género?

#### Recursos de información

- Ofrecer información sobre cómo deben las mujeres cuidar su salud mental y física, y la importancia de comer adecuadamente mientras amamantan para ayudarlas a cumplir mejor su función materna.
- Informar al compañero que las mujeres necesitan alimentos suplementarios en este período, especialmente cuando se promueve la lactancia materna exclusiva y prolongada.
- Sensibilizar al personal sanitario acerca de la importancia de la lactancia materna y la necesidad de apoyar tanto a la madre como al niño. La sensibilización debe desalentar costumbres tales como la separación inmediata de la madre y el lactante, la alimentación con agua glucosa para determinar la permeabilidad del esófago y calmar a los bebés que lloran, y la provisión de biberón y sucedáneos.
- Atender las necesidades de las mujeres que trabajan en la fuerza laboral. Para ayudar a estas mujeres a amamantar, debe considerarse la sensibilización de los siguientes grupos: personal de guarderías, enfermeras y grupos de mujeres. Los medios de comunicación podrían emplearse para divulgar las normas existentes con respecto a las madres empleadas que amamantan y mostrando cómo a las mujeres profesionales de alto nivel amamantando a sus hijos/as.

Recursos materiales

- Responder a la necesidad de un espacio privado en los lugares públicos, no sólo en el ambiente laboral sino también en los establecimientos recreativos.

**Además de tener un abordaje práctico de género, ¿cómo podría una campaña de lactancia materna incorporar un abordaje estratégico de género?**

- Mediante la inclusión de hombres en el diseño de las campañas promocionales que ofrecen a los padres posibles maneras de participar activamente en este proceso. Por ejemplo, los mensajes pueden proponer que el padre cuide a los otros hijos y ayude en las tareas domésticas para que la madre pueda amamantar. Podrían crearse otros mecanismos para que la sociedad en general comparta la responsabilidad del cuidado de los niños.
- Formulando mensajes en el sentido de que la lactancia materna no es una obligación moral. Los programas de promoción deben incluir información para las mujeres que no pueden amamantar o que optan por no hacerlo. Dado que la lactancia materna es algo que la mujer elige hacer o no, debe proporcionarse información sobre opciones que no entrañan riesgo. Se debe insistir en esto último. Se debe prestar especial atención a la toma de decisiones informadas para que las mujeres puedan evaluar la importancia de la lactancia materna dentro del contexto de su vida diaria.

*Texto del Distribuible N° 15b*

**PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS****Información general:**

1. En los países en desarrollo, las tasas de notificación de casos de tuberculosis son similares para hombres y mujeres hasta la adolescencia; de allí en adelante los hombres exhiben tasas más altas. Entre las razones que se han postulado, figuran las siguientes:
  - a. Es posible que las mujeres sean menos susceptibles a la infección de tuberculosis durante la adolescencia y después de ésta a causa de una diferencia inmunológica de mediación hormonal que las protege.
  - b. Es posible que las mujeres presenten respuestas más débiles de hipersensibilidad retardada que los hombres; posiblemente, los hombres y las mujeres registran una prevalencia análoga de la infección, pero la intensidad de la reacción cutánea en las mujeres infectadas no es suficientemente marcada como para interpretarla como prueba positiva durante la adolescencia y después de ésta (se ha comprobado esta reacción más baja de hipersensibilidad retardada en las mujeres). No está claro por qué los hombres de edad avanzada tienen un riesgo mayor de progresión de la infección hacia la enfermedad, en comparación con las mujeres de edad avanzada. La inmunidad celular puede disminuir más rápidamente en los hombres que en las mujeres y hay más hombres que fuman y consumen alcohol, lo cual puede debilitar su sistema inmunológico.
2. Entre las mujeres de 15 a 40 años de edad, la probabilidad de que la infección de tuberculosis progrese hasta llegar a la enfermedad es casi el doble que para los hombres de la misma edad y, entre los hombres, hay más probabilidades de que la infección progrese hasta llegar a la enfermedad después de los 40 años de edad. Una de las posibles razones de la rápida progresión en las mujeres en edad de procrear puede ser la tensión duran-

### PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS (CONT.)

te el embarazo. Algunos estudios revelan que el riesgo de progresión de la infección a la enfermedad entre las mujeres, es particularmente grave durante el período de posparto. Una serie de factores pueden explicar esto, entre ellos, los rápidos cambios hormonales, el descenso del diafragma en el posparto y la reexpansión de los pulmones, las exigencias nutricionales durante la lactancia y el reposo insuficiente debido a las exigencias del recién nacido.

3. Las mujeres registran una mayor letalidad y mortalidad por tuberculosis que los hombres hasta los 30 años de edad. Algunos estudios indican que ello puede ser consecuencia de un deterioro del estado inmunológico y nutricional que puede o no ser resultado de complicaciones durante el embarazo; también, es posible que haya niveles más pobres de atención de salud para las mujeres o que las mujeres acudan a los servicios de salud cuando ya se encuentran en etapas muy avanzadas de la enfermedad.

Un estudio realizado en Bolivia reveló que el lapso entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico era superior a 6 meses en la mayoría de las mujeres, comparado con 1 ó 6 meses en la mayoría de los hombres. Este retraso en el diagnóstico puede explicar parcialmente las tasas superiores de letalidad y mortalidad observadas entre las mujeres.

4. Detección pasiva vs. detección activa de casos: las tasas de notificación de casos en todas las edades son más altas entre los hombres que entre las mujeres cuando se usa la detección pasiva de casos. Se detecta mayor número de mujeres infectadas que de hombres infectados mediante la detección activa de casos. Una de las razones podría ser que no se está diagnosticando la tuberculosis en las mujeres que acuden a los servicios de salud para recibir cuidados prenatales o posnatales. Además, es posible que las mujeres no soliciten atención de salud, a pesar de sus síntomas. Dado que los hombres participan más en la esfera "pública" (servicio militar, empleo formal), tienen más probabilidades de ser sometidos a pruebas de detección de la tuberculosis, mientras que las mujeres que tienen probabilidades de participar solamente en actividades domésticas, no son objeto de dicho examen de detección.
5. El VIH está fuertemente asociado con la tuberculosis y esto puede tener un impacto particularmente grave sobre las jóvenes de los países en desarrollo porque están expuestas a mayor riesgo de contraer la infección por el VIH en un momento en el que, al parecer, también es mayor el riesgo de progresar hacia la TBC. Los estudios han encontrado que la disparidad en la tasa para la infección por el VIH en los casos de baciloscopia positiva para la tuberculosis es significativamente mayor entre las mujeres que entre los hombres del grupo de edad de 15 a 34 años.
6. Las repercusiones de la tuberculosis en los miembros de la familia son graves. Como principales cuidadoras de los hombres de la familia que están infectados, las mujeres están expuestas a un mayor riesgo. Cuando otras personas se enferman, las mujeres las atienden pero cuando ellas se enferman a menudo no reciben mucha ayuda.
7. A nivel mundial, se pierden más años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) debido a la tuberculosis que a la infección por el VIH, otras ETS o la malaria. Esta carga debe considerarse teniendo en cuenta otra posibilidad: la subnotificación de casos, particularmente, en las mujeres.

**PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS (CONT.)****Temas de reflexión**

1. ¿Por qué razón las tasas de notificación de la infección en hombres durante y después de la adolescencia son más altas que las de las mujeres?
2. ¿Por qué habrá tales diferencias entre los hombres y las mujeres con respecto a la detección activa de casos comparada con la pasiva? ¿Qué diferencia podrá haber entre los hombres y las mujeres en relación al acceso (geográfico, económico, cultural, etc.) a los servicios de salud y, en particular, a los servicios de diagnóstico de la tuberculosis?
3. ¿Por qué será que las mujeres en edad de procrear progresan con mayor rapidez de la infección a la enfermedad que los hombres de la misma cohorte de edad? ¿Por qué razón esto cambia completamente después de los 40 años de edad?
4. ¿Por qué las tasas de letalidad para las mujeres son más altas que las de los hombres hasta los 30 años de edad?

**Para los facilitadores****¿Cómo podría un programa de detección y control de la tuberculosis incorporar un abordaje práctico de género?****Recursos materiales**

- La detección activa de casos podría hacerla los programas de control de la tuberculosis a las mujeres que asisten a los consultorios de salud maternoinfantil.

**Recursos de información/políticos**

- El personal de salud y las mujeres jóvenes deben tener oportunidades para conocer el riesgo elevado de que la infección tuberculosa se convierta en enfermedad durante la etapa reproductiva de las mujeres, especialmente después de un embarazo reciente.
- Se debe capacitar al personal de salud para que sepa detectar y tratar la tuberculosis y alentar a las madres jóvenes a que busquen tratamiento cuando presenten síntomas que puedan estar relacionados con la tuberculosis.
- La educación en salud debe incorporarse en los programas de salud maternoinfantil y de prevención y tratamiento de la infección por el VIH/SIDA.
- En los programas escolares y en las campañas de los medios de comunicación deben incorporarse temas de salud para educar a los hombres y las mujeres acerca de sus riesgos, necesidades y oportunidades particulares en lo referente a la prevención y el control de la tuberculosis.

## COMPONENTE 4.3

### Recursos materiales/tiempo

- Aplicar estrategias para alcanzar mayor cobertura de la detección y el tratamiento de los casos de tuberculosis en las mujeres (todas, no solo las embarazadas) que no acuden a los consultorios de salud maternoinfantil.

Además de tener un abordaje práctico de género, ¿cómo podría un programa de detección y control de tuberculosis incorporar un abordaje estratégico de género?

### Recursos de información

- El sistema escolar y otras organizaciones de jóvenes deben trabajar con niños y niñas para inculcarles el valor del cuidado del ser humano y las aptitudes prácticas necesarias para cuidar a las personas.
- Junto con los grupos de mujeres de la comunidad, se debe explorar posibles formas de aumentar la conciencia del problema y apoyar a otros miembros de su grupo para que usen los servicios de detección y tratamiento.

*Texto del Distribuible N° 15c*

### DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR

#### Información general:

1. Durante los próximos tres decenios, el porcentaje de crecimiento de la población de edad avanzada de América Latina oscilará entre 25% en Uruguay y 282% en Costa Rica. La tasa de crecimiento del grupo de los adultos mayores de más edad (las personas de 85 años y más) es superior a la de todas las otras edades en América Latina y el Caribe.
2. En promedio, las mujeres viven más años que los hombres.
3. La educación en la edad temprana ejerce un efecto importante en el bienestar de los adultos mayores. El analfabetismo es casi siempre más frecuente entre las mujeres mayores que entre los hombres.
4. En las encuestas de los adultos mayores que viven en comunidades, las tasas de demencia senil son mucho más altas entre los que han recibido poca educación.
5. Las sociedades reaccionan de diversas formas ante la demencia senil. Algunas sociedades son más tolerantes que otras que pueden considerar la demencia como un estado patológico.
6. Es posible que los problemas de salud mental se relacionen con la falta de alimentos. El Banco Mundial calcula que 780 millones de personas de todas las edades padecen de deficiencia de energía en todo el mundo. Los adultos mayores, en particular las mujeres, son desproporcionadamente pobres y, en consecuencia, tienen más

**DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA  
LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR (CONT.)**

probabilidades de estar desnutridos que la población general. La falta de alimentos puede causar confusión y pérdida de la memoria.

7. Los estudios revelan que los adultos mayores pueden evitar algunos problemas de salud mental si mantienen una vida social activa. Los cambios sociales asociados con la industrialización a menudo aislan a los adultos mayores de sus funciones anteriores y aumentan su dependencia, lo cual da lugar a que estos pierdan su dignidad, auto-respeto y a que se debiliten las redes de apoyo filial.
8. La responsabilidad del cuidado de los adultos mayores recae, predominantemente, en los hijos y, mayormente, en las hijas.
9. Existe una prevalencia elevada de trastornos físicos múltiples que coexisten con la edad avanzada: incontinencia, fractura de la cadera, pérdida sensorial. Estos influyen en la salud mental debido a la pérdida de la autoestima y la independencia. Estos trastornos son más prevalentes entre las adultas mayores que entre los adultos mayores.

**Temas de reflexión**

1. ¿ Los adultos y adultas mayores tienen necesidades biológicas que dependen específicamente del sexo y que provienen de una variedad de diferencias inmunológicas, genéticas o fisiológicas? ¿Podría relacionarse esto con la mayor incidencia entre las mujeres de enfermedades crónicas y enfermedades como la incontinencia urinaria, la diabetes, la hipertensión, etc.?  
  
¿Cómo podrían influir estas diferencias en el tipo de información suministrada a los trabajadores de salud y a los miembros de la familia que cuidan a los adultos mayores y a las adultas y adultos mismos?
2. ¿De qué forma los roles de género podrían proteger o aumentar el riesgo para hombres y mujeres de sufrir estas enfermedades que caracterizan el envejecimiento?
3. Dada la importancia que tienen la educación y la participación continua en la sociedad para mantener la salud mental de los adultos y las adultas mayores, ¿cómo podría estructurarse un programa para responder mejor a las diferentes oportunidades que cada sexo ha tenido para desarrollar sus capacidades intelectuales y sociales?
4. Dado que en las familias son principalmente las mujeres quienes prestan cuidados a los adultos mayores, ¿qué puede hacer el Estado para promover una distribución más equitativa de la responsabilidad de la atención de las personas de edad en el seno de sus familias?

## COMPONENTE 4.3

### Para los facilitadores

**¿Cómo podría un programa de promoción de la salud mental para los adultos(as) mayores incorporar un abordaje práctico de género?**

### Recursos materiales

- Brindar acceso a centros comunitarios donde los varones mayores puedan reunirse para realizar actividades de su agrado y para que las mujeres puedan hacer lo mismo.

### Recursos de información

- Proporcionar a los trabajadores de salud la información y la capacitación que les permita comprender y atender las necesidades de adultos(as) mayores, diferenciando las necesidades de uno y otro sexo debido a la interacción de lo biológico y los roles de género.

### Recursos materiales/internos

- Proporcionar apoyo material y emocional a los prestadores de servicios para adultos/as mayores, reconociendo que este personal tiene necesidades de género derivadas de sus roles de género. Este apoyo debe centrarse en el personal que trabaja en instituciones y los que proporcionan atención domiciliaria a esta población.

### Recursos internos

- Crear programas en los cuales los/las adultos(as) mayores de la comunidad tengan oportunidades de relacionarse y trabajar con mujeres y varones jóvenes. La oportunidad de promover un examen recíproco de las modificaciones en los roles de género a través del tiempo pueden ser estimulados por la interacción de personas del mismo sexo pero de distintas generaciones y brinda la posibilidad de que adultos(as) mayores y jóvenes adquieran un sentimiento de su propia importancia para los demás y para la comunidad.

**Además de tener un abordaje práctico de género, ¿cómo podría un programa para la promoción de la salud mental de los/las adultos(as) mayores incorporar un abordaje estratégico de género?**

- En la promoción de la salud mental de los(as) adultos(as) mayores, un aspecto decisivo es lograr que los hombres y las mujeres se preparen en etapa temprana de su vida para la vejez. Esto supone tener oportunidades (acceso) y ser capaz de aprovecharlas (control) para educarse, participar plenamente en la sociedad, sentir que son valorados como miembros de su comunidad, independientemente de su "ocupación", y conocer los componentes de los modos de vida saludables que proporcionarán mayor protección contra las enfermedades prevenibles que pueden acompañar al proceso de envejecimiento.
- En consecuencia, resulta crucial dar poder de decisión a las mujeres jóvenes mediante el mejoramiento de su educación y la adopción de un proyecto de vida activa y satisfactoria que vaya más allá de su función reproductiva (y sus años reproductivos) a fin de lograr su autonomía económica y psicológica.

- Para los hombres jóvenes, es fundamental modificar los valores sociales que siguen fomentando la necesidad del dominio masculino, el rechazo de una función afectiva, de crianza, y de proveedor de cuidados por parte de ellos, además de la excesiva importancia que se concede a las actividades que generan ingresos como prueba de la masculinidad.

*Texto del Distribuible N° 15d*

### LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO

#### Información general:

1. Según la OMS, se calcula que el consumo de tabaco ocasiona tres millones de defunciones anuales, de las cuales alrededor de medio millón ocurren entre las mujeres. Un poco más de la mitad de estas mujeres viven en los países desarrollados. Se espera que el número de defunciones aumente dramáticamente de 3 a 10 millones durante los próximos 20 años. Únicamente si hubiese una reducción considerable en la prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes disminuiría la frecuencia de las defunciones relacionadas con el tabaco, ya que la mayoría de éstas ocurrirán entre los jóvenes y los adultos jóvenes de hoy.
2. En los países desarrollados, las mujeres que más fuman están entre las que reciben bajos ingresos y tienen trabajos de baja categoría o que están económicamente inactivas. Por otro lado, en América Latina las jóvenes adineradas e instruidas de hoy son las que más probablemente empezarán a fumar.
3. Existen estudios del Reino Unido que muestran que el gasto en tabaco entre los hogares de bajos ingresos con niños es más elevado que entre los hogares de bajos ingresos sin niños. El gasto en tabaco más alto per cápita se registra en los hogares en los que hay un solo adulto con niños. Estudios cualitativos sobre los cuidados prestados, ponen de relieve las experiencias sobre las que se basa la relación entre el tabaquismo, la pobreza y el cuidado de los niños. Las madres que cuidan a sus hijos en los hogares de bajos ingresos declararon que el consumo de cigarrillos les ayudaba a hacer frente a las exigencias de sus hijos cuando éstas eran "demasiado para ellas". Al llevar un modo de vida desprovisto de gastos personales, los cigarrillos eran lo único que las mujeres se compraban para sí mismas.
4. Estudios realizados en América Latina y los Estados Unidos revelan que las jóvenes fuman por dos razones muy diferentes de las de los jóvenes. Las jóvenes consumen cigarrillos para controlar su peso y parecer más maduras; éstas no son las razones por las que fuman los jóvenes.
5. En América Latina, las encuestas indican amplias variaciones en la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres; desde 3% en La Paz hasta 49% en Buenos Aires. La mayoría de los informes de encuestas recientes indican que está aumentando la prevalencia entre las mujeres, en particular en los países que registran las tasas más elevadas de urbanización.
6. En general, los países donde se empezó a fumar fueron los primeros en registrar una disminución en la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres de ciertos grupos de edad. Sin embargo, datos recientes de los Estados Unidos y Canadá han revelado tasas más elevadas de tabaquismo entre las jóvenes de 14 a 19 años de edad que entre los varones del mismo grupo de edad.

### LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO (CONT.)

7. Un estudio australiano (1995) de 60.000 estudiantes de 7o, 9o y 11o grados indica que las adolescentes que fuman cigarrillos lo hacen regularmente porque son un bálsamo para la depresión y la ansiedad. Un estudio realizado en Chile halló que las jóvenes que fumaban registraban una puntaje inferior en las mediciones de autoestima que las que no lo hacían, algo que no ocurre con los jóvenes para quienes la autoestima no es un factor determinante del inicio y la continuación del tabaquismo.
8. En el mismo estudio chileno se observó que, para los jóvenes varones, la importancia asignada a la religión parecía ser un factor clave en si empezaban o no a fumar, con una fuerte asociación entre la importancia concedida a la religión y el no fumar (lo cual no ocurría entre las jóvenes). Para ambos sexos, el hecho de que los amigos fumen está estrechamente ligado a la probabilidad de comenzar a fumar. Para las jóvenes, la creencia de que fumar es nocivo es un factor disuasivo para empezar a fumar, cosa que no ocurre entre los jóvenes.
9. Por razones biológicas, las consecuencias del consumo de tabaco son diferentes para cada sexo. Para las mujeres, el tabaquismo tiene consecuencias particularmente adversas tanto para su propia salud como para la salud de sus hijos. Por ejemplo, las mujeres que usan anticonceptivos orales tienen más probabilidades de padecer problemas cardiovasculares cuando tengan más edad. Además, los datos recopilados en los Estados Unidos indican que se ha encontrado que la asociación entre tabaquismo y menopausia precoz es altamente significativa. Las implicaciones que esta relación tiene para la salud pública se derivan de los efectos adversos de la menopausia precoz en la morbilidad y la mortalidad para varios trastornos, incluyendo la relación entre menopausia y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, así como entre menopausia y osteoporosis.
10. Muchas mujeres se están dando más cuenta de los peligros que entraña fumar durante el embarazo, pero desconocen los riesgos del tabaquismo después del parto. Pocos fumadores regulares se dan cuenta de que sus hijos están inhalando pasivamente el humo de tabaco. Los hijos de padres que fuman tienden a sufrir de una serie de problemas de salud en los primeros años de vida, especialmente enfermedades e infecciones respiratorias. Existe un trastorno conocido como "síndrome del lunes" por la mañana, que ocurre cuando los niños que han estado inhalando el humo durante el fin de semana contraen otitis e infecciones respiratorias el domingo por la noche y tienen que acudir a un médico el lunes por la mañana.

#### Temas de reflexión:

1. En América Latina, el consumo de tabaco parece estar asociado con las relaciones de género. En los subgrupos de población en los que la subordinación de las mujeres es mayor, el consumo de tabaco es menor que en los subgrupos en los que hay mayor equidad de género. ¿Cuál cree que es la causa subyacente a este hallazgo? ¿Cómo podrían adaptarse los mensajes para contrarrestar esta tendencia en las mujeres?
2. Un estudio realizado en Chile encuentra que el conocimiento de que el tabaquismo es nocivo no disuade a los hombres de empezar con el hábito. ¿Cuál cree que es la causa subyacente de esta observación? ¿Cómo podrían adaptarse los mensajes para contrarrestar esta tendencia en los hombres?
3. ¿Si usted fuese a recibir una subvención para estudiar si la nicotina es más adictiva para uno de los sexos sólo por razones biológicas, ¿esperaría encontrar que es más adictiva para los hombres, para las mujeres o igualmente adictiva para ambos? ¿Por qué sería importante este tipo de estudio para los programas de cese del tabaquismo?

## LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO (CONT.)

4. En Canadá, un programa de cese del tabaquismo halló marcadas diferencias de género respecto a la capacidad de los hombres y las mujeres casadas para abandonar el hábito de fumar. Para los hombres casados, fue mucho más fácil que para las mujeres casadas. ¿Por qué cree que ocurrió esto? ¿Cómo adaptaría un programa de cese del tabaquismo teniendo ésto en mente?
5. En los Estados Unidos, el Presidente Clinton anunció recientemente una serie de políticas para frenar el consumo de tabaco entre los adolescentes. Gran parte de ello tenía que ver con prohibir la promoción y la publicidad de todos los productos de tabaco; la revisión de la legislación relativa a la venta de tabaco a los menores de edad para incluir sanciones más severas; y la legislación prohibiendo la venta de productos de tabaco mediante máquinas expendedoras automáticas en los lugares frecuentados por los niños y los adolescentes. En su opinión y teniendo en cuenta consideraciones de género, entre las políticas mencionadas, ¿cuál frenará más el tabaquismo entre las jóvenes?, ¿entre los jóvenes? ¿o no habrá ninguna diferencia?, ¿por qué?

### Para los facilitadores

**¿Cómo podría un programa de prevención y abandono del hábito de fumar incorporar un abordaje práctico de género?**

### Recursos de información/educación

- Basándose en datos desglosados por sexo y edad, asegurar que la información sobre las consecuencias del consumo de tabaco tenga en cuenta las diferencias de género. Esto incluiría cobrar conciencia de los diferentes factores que influyen en el inicio del hábito de fumar en varones y mujeres, recordando que para los varones el conocer que el tabaco es pernicioso para la salud no parece ser un factor de disuasión.
- Orientar mensajes de la campaña de prevención del tabaquismo en mujeres de manera que transmitan la independencia de la adicción como símbolo de la "mujer en control de sí misma y de su futuro".
- Orientar mensajes de la campaña de prevención del tabaquismo en hombres de manera que demuestren imágenes del hombre que no fuma como un "hombre de verdad que se preocupa por su familia y por ello no fuma".
- Trabajar con grupos de las iglesias, formar grupos de jóvenes, particularmente de varones, que coordinen actividades como las de los clubes de deportes y otras similares.

### Recursos Materiales

- En los programas que promueven el dejar de fumar, formar grupos de apoyo para las mujeres que fuman, en vez de confiar en que ellas podrán conseguir apoyo de la familia para dejar de fumar. Para los hombres, el apoyo de las esposas o compañeras ha resultado ser un factor importante para el abandono del tabaco. Sin embargo, los resultados de diversas investigaciones en este campo muestran que las mujeres reciben menos apoyo de la familia en sus esfuerzos de dejar el cigarrillo que aquel que reciben los hombres.

## COMPONENTE 4.3

Además de tener un abordaje práctico de género, ¿cómo podría un programa de prevención y abandono del hábito de fumar incorporar un abordaje estratégico de género?

### Recursos de tiempo

- En los países donde los datos indican una asociación entre el tabaquismo en las mujeres, el aislamiento y el cuidado de los niños pequeños, formar grupos de apoyo con mujeres para examinar cómo podrían colaborar para cuidar entre todas a sus hijos. Esto daría algún tiempo libre durante la semana a cada una, para desarrollar otros intereses o participar en otras actividades. Además, las mujeres podrían explorar diferentes maneras de conseguir que su pareja participe más en el cuidado de los hijos.

### Recursos internos

- Trabajar con niños y niñas a nivel de las escuelas primarias para aumentar su autoestima, sin olvidar que unas y otros tienen diferentes procesos de desarrollo y que, por lo tanto, el contenido de las sesiones de discusión debe tener en cuenta estas variaciones. Por ejemplo, el trabajo con niñas podría centrarse en la aceptación de la imagen corporal para tratar de contrarrestar el deseo de fumar como una medida de controlar el peso.
- Junto con adolescentes de uno y otro sexo, diseñar programas para formar consejeros de su misma edad que ayuden a sus pares que ya han comenzado a fumar o que están tratando de abandonar el hábito. Este trabajo debe centrarse en los jóvenes que no asisten a la escuela.

**MÓDULO**

**5**

**ENFOQUES DE  
DESARROLLO**



## ENFOQUES DE DESARROLLO

### RESUMEN DEL MÓDULO 5

<b>Objetivo:</b>	Presentar información sobre la diferencia entre mujer y género en salud y desarrollo, y su relación con las teorías y los modelos de desarrollo.
<b>Mensaje central:</b>	Los enfoques sobre mujer no resuelven la inequidad de género.
<b>Resultado esperado:</b>	Que los que participan reconozcan cómo difieren estos enfoques y cómo cada enfoque conlleva implicaciones con respecto a la dirección que tomarán políticas, programas y proyectos de desarrollo.
<b>Metodología:</b>	Presentación Plenaria Trabajo en grupos Discusión en Plenaria
<b>Materiales:</b>	Lámina N° 8: Enfoques de Desarrollo Distribuable N° 16: Enfoques de Desarrollo Distribuable N° 17: Citas de Documentos Rotafolio N° 16: Tarea Grupal
<b>Componentes:</b>	5.1 Enfoques Utilizados por las Agencias de Desarrollo 5.2 Equidad y Eficiencia
<b>Tiempo:</b>	5.1 20 minutos 5.2 30 minutos <u>Total: 50 minutos</u>
<b>Preparación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fotocopiar Distribuibles N° 16 - 17</li> <li>■ Preparar Rotafolio N° 16</li> </ul>

**ENFOQUES UTILIZADOS POR LAS AGENCIAS DE DESARROLLO**

- Metodología:** Presentación Plenaria
- Materiales:** Lámina N° 8: Enfoques de Desarrollo  
Distributable N° 16: Enfoques de Desarrollo
- Tiempo:** 20 minutos
- Preparación:** Fotocopiar Distributable N° 16

**PROCESO**

- Facilitador(a) inicia la discusión con la siguiente presentación:
  - Cualquier esfuerzo por entender la situación de la mujer en nuestros países, debería investigar los efectos que han tenido las teorías y las prácticas de los distintos modelos de desarrollo sobre la condición y posición de género de la mujer. Esto es importante porque los elementos de estos modelos coexisten en las estrategias empleadas en agencias como la OPS, para la formulación de programas y proyectos en salud. Una teoría de desarrollo, la teoría del modernismo, continúa ejerciendo una influencia predominante en las políticas de las agencias de cooperación.
- Facilitador(a) indica que la presentación se concentrará en revisar los enfoques que se han aplicado en proyectos y políticas de desarrollo por parte de las agencias, ya sean gubernamentales, no gubernamentales, multilaterales o bilaterales.
- Facilitador(a) muestra la Lámina N° 8 y explica que se pueden diferenciar cinco enfoques sobre mujer, género y desarrollo, que son utilizados en las políticas, programas y proyectos de desarrollo. Los primeros tres enfoques, son derivados directamente de la teoría del modernismo. Facilitador(a), con la ayuda de la Lámina N° 8, presenta aquellos enfoques:

*Lámina N° 8*

Enfoque de Desarrollo	Tipo	Características	APG/AEG
Asistencial	MYD/MSD	Beneficiencia	APG
Anti-pobreza	MYD/MSD	Desigualdad de género obedece a pobreza, no a subordinación	APG
Eficiencia	MYD/MSD	Compensación de procesos de ajuste estructural	APG
Igualdad	GYD/GSD	Discriminación positiva	AEG
Empoderamiento	GYD/GSD	Acceso y control del uso de recursos	AEG

## COMPONENTE 5.1

Texto del Distribuible N° 16

ENFOQUES DE DESARROLLO	
<b>ENFOQUES DE PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE SE DERIVAN DEL MODERNISMO (MYD)</b>	
<i>Enfoque Asistencial</i>	<-----> <b>Asistencia/beneficencia</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ayuda a los grupos más vulnerables, entre éstos las mujeres;</li><li>• Identifica a las mujeres como receptoras pasivas del desarrollo;</li><li>• Se basa en una perspectiva centrada en la familia como unidad, acentuando el rol <u>reproductivo</u> de la mujer;</li><li>• Considera que una mejor crianza de los hijos constituye el principal aporte de la mujer al desarrollo;</li><li>• Tiene un <u>abordaje práctico de género</u>.</li></ul>	
<i>Enfoque de antipobreza</i>	<-----> <b>Las desigualdades de género obedecen a la pobreza, no a la subordinación de género</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Intenta asegurar un aumento en la productividad de las mujeres pobres;</li><li>• Afirma que las mujeres pobres son un problema del subdesarrollo;</li><li>• Reconoce el <u>rol productivo</u> de las mujeres;</li><li>• Hace énfasis en proyectos de generación de ingresos;</li><li>• Tiene un <u>abordaje práctico de género</u>.</li></ul>	
<i>Enfoque de eficiencia</i>	<-----> <b>Compensación de los procesos de ajuste estructural</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Se basa en que una mayor participación económica de las mujeres en las acciones de desarrollo, les permitirá avanzar hacia la igualdad con los hombres;</li><li>• Supone que las mujeres tienen más tiempo libre;</li><li>• Visualiza a las mujeres en relación con su capacidad para compensar el deterioro de los servicios públicos;</li><li>• Se dirige a los <u>roles productivos y de gestión comunitaria</u>;</li><li>• Tiene un <u>abordaje práctico de género</u>.</li></ul>	

- Facilitador(a) señala que los próximos dos enfoques no se pueden adjudicar directamente a ninguna de las teorías de desarrollo. Estos dos enfoques que se presentan a continuación, estuvieron fuertemente influenciados por redes y organizaciones de mujeres del Norte y del Sur. Hasta la fecha, han obtenido una limitada visibilidad dentro de los programas y proyectos de las agencias de desarrollo.

Texto del Distribuible N° 16 (Cont.)

ENFOQUES DE DESARROLLO (CONT.)	
<b>ENFOQUES DE PROGRAMAS Y PROYECTOS ORIGINADOS EN GRUPOS DE MUJERES</b>	
<i>Enfoque de igualdad</i>	<p>&lt;-----&gt; <b>Discriminación positiva para lograr que las mujeres sean participantes activas en el desarrollo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Las mujeres constituyen la población meta de programas y proyectos;</li> <li>• A través de legislación, se dirigen políticas de discriminación positiva para asegurar la incorporación de las mujeres en la fuerza laboral, en instituciones educativas, y para asegurar que sus derechos y su autonomía sean respetadas;</li> <li>• Los proyectos están destinados a reducir la desigualdad entre hombres y mujeres, sobre todo en lo que respecta a la división de trabajo por género, aumentando la autonomía política y económica de las mujeres;</li> <li>• Se dirige a cualquiera de los <u>tres roles</u> (reproductivo, productivo o comunitario);</li> <li>• Tiene un <u>abordaje estratégico de género</u> que, a través de intervenciones estatales de arriba hacia abajo, busca dar autonomía política y económica a las mujeres, para disminuir la desigualdad.</li> </ul>
<i>Enfoque de empoderamiento</i>	<p>&lt;-----&gt; <b>Define el empoderamiento como aumento de acceso y control sobre el uso de recursos materiales/económicos, políticos, de información/educación y de tiempo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Está muy influenciado por la teoría de Freire sobre la concientización de los pueblos oprimidos;</li> <li>• Propone en salud, una nueva relación de "poder para actuar con" el sector salud y los diferentes grupos de una población;</li> <li>• Establece los pasos hacia el empoderamiento en: a) personal; b) grupos de autoapoyo; c) organización comunitaria; d) coaliciones de acción política;</li> <li>• Busca atender las necesidades particulares de hombres y mujeres en sus <u>múltiples roles</u>, a través de la movilización desde la base, como medio para enfrentar los distintos tipos de opresión;</li> <li>• Propone un abordaje práctico y estratégico de género</li> </ul>

- Facilitador(s) entrega fotocopia del Distribuible N° 16, a cada participante y termina con la siguiente observación:

Los proyectos que se elaboran en agencias como la nuestra, generalmente reflejan una combinación de los enfoques. Este conjunto de enfoques, puede ser utilizado como una herramienta analítica para reconocer y comprender la relación entre género, salud y desarrollo y políticas, programas y proyectos, que se dirigen a diversas poblaciones.

### EQUIDAD Y EFICIENCIA

**Metodología:** Trabajo en Grupo y Discusión en Plenaria

**Materiales:** Distribuible N° 17: Citas de Documentos  
Rotafolio N°16: Tarea Grupal

**Tiempo:** 30 minutos

**Preparación:** Fotocopiar Distribuible N° 17  
Preparar Rotafolio N°16

#### PROCESO

- Facilitador(a) entrega el Distribuible N° 17 con citas de documentos de política de la OPS y de otras organizaciones multilaterales. Los(as) participantes trabajan en grupos de cuatro (asegurando que los grupos sean DIFERENTES a los que se formaron para analizar los estudios de caso de los hogares).
- Facilitador(a) muestra las instrucciones en el Rotafolio N° 16 y solicita que los(as) participantes revisen los párrafos seleccionados y respondan a las siguientes preguntas:

*Texto del Rotafolio N° 16*

#### TAREA GRUPAL

Revisen cada párrafo y contesten lo siguiente de cada uno:

- 1) ¿Refleja un abordaje práctico de género, estratégico de género, o combina los dos abordajes?
- 2) ¿Cuál enfoque de desarrollo, o combinación de enfoques, se refleja en cada párrafo? Utilicen el Distribuible N° 16.

Texto del Distribuible N° 17

### CITAS DE DOCUMENTOS

1. La inversión en la salud y educación de la mujer, produce beneficios a la sociedad que son significativamente mayores que los producidos por inversiones similares en los hombres. Esto se debe a las estrechas correlaciones existentes entre, por un lado, salud, nivel nutricional y educación de la mujer y, por el otro, salud y nivel de educación y productividad de futuras generaciones. Estas correlaciones son aún mayores cuando las mujeres tienen el control sobre la distribución de los recursos dentro del hogar.
2. La falta de acceso al crédito, a la tierra, a la información y a la tecnología, agrava la inequidad de género. Cuando las mujeres tienen acceso al crédito, el efecto sobre el bienestar de la familia y sus miembros es notable. El préstamo de recursos financieros a las mujeres está ligado con mejoras en el nivel de la salud de los hijos.
3. Las mujeres son más vulnerables que los varones a deficiencias de micronutrientes, lo que deteriora la salud. La mala salud y nutrición, disminuyen la productividad y las posibilidades de aprovechar las ganancias de las inversiones en educación. Recientes estimaciones sugieren que los efectos combinados de sólo tres tipos de deficiencias—Vitamina A, yodo y hierro—sobre la morbimortalidad, podrían significar una reducción de hasta un 5% del producto interno bruto, y que la corrección de esas deficiencias, costaría menos del 0.3% del PIB de los países en desarrollo.
4. La malnutrición de los lactantes está ligada a la pobreza y al bajo nivel educativo de las mujeres.
5. Datos de Brasil indican que cuando se le da a la mujer un mayor control sobre los recursos, se logra un mayor impacto en las medidas antropométricas de sus hijos, un mayor nivel de nutrición en su familia, y una mayor proporción del presupuesto familiar dedicado a la salud y la educación de los hijos, que cuando el hombre controla los recursos.
6. Hay una conexión crítica entre la provisión de servicios de salud públicos y el acceso de la mujer a las oportunidades de educación. Una madre instruida sobre atención preventiva de salud y tratamiento oportuno de enfermedades, las de ella y las de sus hijos(as), reducirá el gasto de atención de salud y en muchos casos prevendrá muertes prematuras. Muchos de estos servicios son costo-efectivos y pueden ser proporcionados en centros de atención primaria de salud.

- Respuestas:
1. APG: Eficiencia
  2. APG: Anti-Pobreza/Eficiencia
  3. APG: Asistencial/Anti-Pobreza
  4. APG: Asistencial/Anti-Pobreza
  5. APG/AEG: Eficiencia
  6. APG: Eficiencia



**MÓDULO**

**6**

**APLICACIÓN DE LOS  
CONCEPTOS: ESTUDIOS  
DE CASO**



**APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS: ESTUDIOS DE CASO**

**RESUMEN DEL MÓDULO 6**

<b>Objetivo:</b>	Aplicar los conceptos aprendidos a estudios de caso.
<b>Mensaje central:</b>	En su conjunto, los conceptos presentados en el taller contribuyen a identificar y reducir inequidades de género.
<b>Resultado esperado:</b>	Los que participan podrán aplicar los conceptos a una situación concreta.
<b>Metodología:</b>	Presentación en Plenaria Discusión en Plenaria Trabajo en Grupos
<b>Materiales:</b>	Distribuible N° 18: Estudio de Caso N° 1: "Programa Multiservicios de Salud" Distribuible N° 19: Estudios de Caso para Analizar: Guía de Análisis y Discusión Distribuible N° 20: Hoja de Trabajo para Estudio de Caso N° 1 Distribuible N° 21: Estudio de Caso N° 2: "El Agua y el Mejoramiento de la Salud Comunitaria" Distribuible N° 22: Hoja de Trabajo para Estudio de Caso N° 2
<b>Componentes:</b>	6.1 Aplicación de los Conceptos al Estudio de Caso N° 1 6.2 Aplicación de los Conceptos al Estudio de Caso N° 2
<b>Tiempo:</b>	6.1 90 minutos 6.2 60 minutos <u>Total: 150 minutos</u>
<b>Preparación:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fotocopiar Distribuibiles N°18 - 22</li> <li>■ Preparar Rotafolios con base en Hojas de Trabajo para Estudios de Caso N° 1 y N° 2</li> </ul>

**APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS AL ESTUDIO DE CASO N° 1**

<b>Metodología:</b>	Trabajo de Grupo/Discusión en Reunión Plenaria
<b>Materiales:</b>	Distributable N° 18: Estudio de Caso N° 1: "Programa Multiservicios de Salud" Distributable N° 19: Estudios de Caso para Analizar: Guía de Análisis y Discusión Distributable N° 20: Hoja de Trabajo para Estudio de Caso N° 1
<b>Tiempo:</b>	60 min: Introducción y Trabajo en Grupos 30 min: Discusión de los resultados en Reunión Plenaria <u>90 min:</u> Total
<b>Preparación:</b>	Se asignan los/las participantes a pequeños grupos de trabajo. Cada grupo formado por personas con distintas experiencias y estilos interpersonales, para asegurar el mejor equilibrio posible en la composición de los grupos. Preparar Rotafolios con base en Hoja de Trabajo para Estudios de Caso N° 1

**PROCESO**

- Facilitador(a) entrega el Distributable N° 18 que contiene el primer estudio de caso "Programa Multiservicios de Salud" y las guías para facilitar el análisis y la discusión. Los(as) participantes se dividen en grupos, preferiblemente diferentes a los que han venido analizando los estudios de "Caso de los Cuatro Hogares" y las diversas aplicaciones realizadas. Facilitador(a) explica que primeramente se debe leer el caso y luego escoger un relator que recoja los elementos principales de la discusión, siguiendo la guía distribuida y llenando las respuestas en la Hoja de Trabajo (Distributable N°20).
- Facilitador(a) entrega el Distributable N° 19 y señala que la guía de discusión divide el estudio en "antes" y "después".
- Los resultados de la discusión se deberían ir anotando en el Rotafolio, de acuerdo con el modelo presentado en el Distributable N° 20.

## COMPONENTE 6.1

- Facilitador(a) solicita a los(as) participantes leer el estudio de caso "Programa Multiservicios de Salud" y explica:

En este ejercicio, focalizaremos el análisis en tres grupos:

- la Comisión Interbarrial de Madres (CIM),
- las Mujeres en Edad Reproductiva (Mujeres), y
- la Coordinadora Pro-Tierra (CPT)

- Se destaca que se debe analizar el grupo de mujeres en edad reproductiva (Mujeres) independientemente del grupo de la CIM, aunque puedan haber mujeres en edad reproductiva en la membresía de la CIM.

Texto Distribuible N° 18

### PROGRAMA MULTISERVICIOS DE SALUD

La mayor parte de los pobladores del Distrito de San Juan son migrantes del interior del país. Han organizado sus lugares de vivienda en los alrededores de la ciudad, conformando un paisaje urbano conocido con el nombre de asentamientos urbano-marginales que carecen de infraestructura y servicios. Gran parte de los pobladores trabajan en el sector informal.

Desde el punto de vista organizativo, algunos de los asentamientos cuentan con comisiones coordinadoras en torno a reivindicaciones tales como la propiedad de la tierra; dichas coordinadoras están integradas en su mayoría por varones. La forma organizativa escogida por las mujeres es, con más frecuencia, la de clubes de madres; el eje convocante de estos clubes de madres gira, básicamente, en torno a la salud de los niños.

Con el fin de mejorar las condiciones de salud, especialmente las de las mujeres, una ONG decide gestionar fondos para la ejecución de un proyecto que afecta a cinco asentamientos del Distrito. El motivo de la elección reside en el alto nivel organizativo de los mismos. En efecto, dos son las organizaciones en las que se agrupan los pobladores del lugar: la Coordinadora Pro-Tierra y la Comisión Interbarrial de Madres.

La ONG que propone el proyecto venía realizando tareas de alfabetización de adultos y apoyo escolar a los niños con la mencionada Comisión de Madres, responsable desde hace 4 años del comedor infantil que funciona en el lugar. Se trata de una comisión de madres formada por las mujeres líderes de los distintos asentamientos, quienes deciden, luego de varias propuestas abordar la problemática de salud.

El proyecto se propone como una experiencia piloto focalizada en cinco asentamientos del Distrito de San Juan, que sería replicada luego a través de un Plan Distrital de Salud en el conjunto de los asentamientos urbano-marginales del Distrito de San Juan y en el que participarían, además, representantes municipales y otras organizaciones vecinales.

Texto del Distribuible N° 18 (Cont.)

**La meta del proyecto es:**

Mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los habitantes del Distrito de San Juan, focalizando las mujeres en edad reproductiva y los niños.

**Los propósitos del proyecto son:**

1. Brindar servicios preventivos y de atención de la salud, particularmente a niños menores de 6 años y mujeres en edad reproductiva, a través de la puesta en marcha de un centro de multiservicios de atención pediátrica y ginecológica, perinatal y laboratorios.
2. Promover el acceso a tales servicios mediante una difusión permanente de temas de salud a través de distintos informativos (boletines, altoparlantes, etc.).
3. Facilitar el acceso a través de servicios de atención ambulatoria en los distintos asentamientos, especialmente servicios de inmunización y control de la embarazada.
4. Apoyar y capacitar a las organizaciones existentes, especialmente la integrada por mujeres, en la formulación, la gestión y el desarrollo de un plan de salud distrital, en coordinación con el municipio de la zona. El Plan de Salud Distrital atenderá a la totalidad de los asentamientos del Distrito de San Juan.

**A. LOGROS DEL PROYECTO:**

- A.1.** Las consultas y atención de la población infantil a través de los servicios ambulatorios, fueron evaluados por las madres como eficaces. La morbimortalidad infantil disminuyó considerablemente.

**B. DIFICULTADES DEL PROYECTO:**

- B.1.** Un buen número de las mujeres atendidas en los servicios ambulatorios, tuvo que ser derivado al Centro de Multiservicios porque los casos presentaban complicaciones. Sin embargo, el Centro no tuvo capacidad resolutive.
- B.2.** El Centro de Multiservicios enfrentó problemas presupuestarios y de autosostenimiento. Ello determinó la necesidad de modificar el foco de atención, que inicialmente había sido niños menores de 6 años y mujeres en edad reproductiva, y ampliar sus servicios a la población en general. A su vez, se tuvo como resultado un aumento de los tiempos de espera, de entrega de resultados, de otorgamiento de fechas para exámenes, y se vió entorpecida la atención personalizada, entre otros inconvenientes.

## COMPONENTE 6.1

Texto del Distribuible N° 18 (Cont.)

- B.3.** En relación con los aspectos organizativos, surgieron problemas entre las organizaciones vecinales en torno a la determinación de las prioridades en salud. Por ejemplo, la Coordinadora Pro-Tierra estimaba que una forma de resolver el problema de autosostenimiento del Centro de Multiservicios era recortar los servicios de ginecología, recorte al que se oponía la Comisión Interbarrial de Madres.
- B.4.** A estas dificultades entre una y otra organización vecinal, se sumó otra: la Coordinadora Pro-Tierra, alegando su experiencia en la "negociación" con la autoridades, consideró que eran sus integrantes quienes debían participar como únicos representantes comunales en la formulación del Plan de Salud Distrital
- B.5.** La lucha por continuar participando obligaba a las integrantes de la Comisión Interbarrial de Madres a asumir una mayor cantidad de horas de trabajo voluntario, horas con las que no contaban si se tomaba en cuenta que se trataba de líderes comunales con otros cargos funcionales y que, además, participaban en el mercado de trabajo. Estas dificultades dieron como resultado que la Comisión cayera en un proceso de desgaste que paulatinamente alejó a sus integrantes de las reuniones organizadas para el desarrollo del Plan de Salud.

**NOTA:** Para facilitar el ejercicio, se focalizará el análisis en tres grupos: las mujeres de la comunidad en edad reproductiva, la Comisión Interbarrial de Madres y la Coordinación ProTierra.

- Se destaca que se debe analizar el grupo de mujeres en edad reproductiva (Mujeres) independientemente del grupo de la CIM, aunque puedan haber mujeres en edad reproductiva en la membresía de la CIM.
  
- Al presentar los resultados de la discusión de grupo en la reunión plenaria, se le pide al primer grupo que conteste las primeras dos preguntas, y luego que los otros grupos comenten o discutan sobre ellas. Luego, el próximo grupo puede responder a otras dos preguntas, y así continuar hasta llegar al final del análisis.

**ESTUDIOS DE CASO PARA ANALIZAR****GUÍA DE ANÁLISIS Y DISCUSIÓN****OBJETIVOS DEL PROYECTO**

- a. Dentro de los grupos focalizados en la intervención, ¿a qué roles - reproductivos, productivos y/o de gestión comunitaria- tanto de mujeres como de hombres adultos (de ser el caso), se dirigió el proyecto en sus objetivos? ¿Con qué fin?
- b. ¿A qué necesidades particulares de mujeres y hombres en el ámbito de la salud se dirigió el proyecto en sus objetivos?
- c. ¿Qué enfoque de desarrollo predominó en sus objetivos: asistencial, antipobreza, eficiencia, igualdad o empoderamiento? ¿Cuáles otros enfoques se pueden identificar?
- d. ¿En los objetivos, tuvo un abordaje práctico de género (APG) o un abordaje estratégico de género (AEG)?

**EJECUCIÓN E IMPACTO DEL PROYECTO**

- e. Dentro de los grupos focalizados, ¿en cuáles roles - reproductivos, productivos y/o de gestión comunitaria- tanto de mujeres como de hombres adultos (de ser el caso), impactó el proyecto? ¿De qué manera?
- f. ¿En cuáles necesidades particulares de mujeres y hombres en el ámbito de la salud impactó el proyecto? ¿De qué manera?
- g. ¿Qué enfoque de desarrollo predominó en la realidad: asistencial, antipobreza, eficiencia, igualdad o empoderamiento? ¿Cuáles otros enfoques se pueden identificar?
- h. ¿En la realidad, hubo un abordaje práctico de género (APG) o un abordaje estratégico de género (AEG)?
- i. ¿Qué cambios relacionados con acceso y control de uno o más de los recursos (materiales/económicos, políticos, información/educación, tiempo) para uno o más de los grupos considerados, ocurrieron durante el proceso?
- j. Pensando en los mecanismos del proceso de empoderamiento, de un ejemplo sobre cómo se hubiera podido modificar el proyecto (ya sea en su diseño o durante el desarrollo del mismo), para lograr una mejor respuesta a las necesidades específicas en salud de mujeres y hombres y un mayor acercamiento a un abordaje estratégico de género.

## COMPONENTE 6.1

### ■ Posibles respuestas - Guía para facilitador(a)

Si bien es mejor que los(as) participantes las identifiquen, algunas posibles respuestas para la discusión en reunión plenaria serían:

#### Programa Multiservicios de Salud

- a. Dentro de los grupos focalizadas en la intervención, ¿a qué roles—reproductivos, productivos y/o de gestión comunitaria—tanto de mujeres como de hombres adultos (según el caso), se dirigió el proyecto en sus objetivos? ¿Con qué fin?
- Mujeres en Edad Reproductiva  
Rol reproductivo: mejorar el estado de la salud reproductiva de las mujeres y la salud de los niños.
  - Comisión Interbarrial de Madres  
Rol de gestión comunitaria: mejorar la capacidad de gestión y desarrollo de un plan de salud.
  - Coordinadora Pro-Tierra  
Ninguno
- b. ¿A qué necesidades particulares de mujeres y hombres en el ámbito de la salud se dirigió el proyecto en sus objetivos?
- Mujeres en Edad Reproductiva  
Necesidad de mejorar la salud de las mujeres y niños menores de 6 años, a través de servicios de prevención y atención de salud.
  - Comisión Interbarrial de Madres  
Ninguna
  - Coordinadora Pro-Tierra  
Ninguna
- c. ¿Qué enfoque de desarrollo predominó en sus objetivos: asistencial, antipobreza, eficiencia, igualdad o empoderamiento? ¿Cuáles otros enfoques se pueden identificar?
- Asistencial con elementos de empoderamiento
- d. ¿En sus objetivos, tuvo un abordaje práctico de género (APG) o un abordaje estratégico de género (AEG)?
- Los dos abordajes, además del mejoramiento de la salud de las mujeres y de la población infantil, se proponían capacitar específicamente a la Comisión Interbarrial de Madres para mejorar su posición de gestión y apoyar el desarrollo de un plan de salud.

**EJECUCIÓN E IMPACTO DEL PROYECTO**

- e. **Dentro de los grupos focalizados, ¿en cuáles roles—reproductivos, productivos y/o de gestión comunitaria—tanto de mujeres como de hombres adultos (de ser el caso), impactó el proyecto? ¿De qué manera?**
- Mujeres en Edad Reproductiva  
Rol reproductivo: resolvió el problema de sus niños enfermos, pero no el de la salud propia.
  - Comisión Interbarrial de Madres  
Rol de gestión comunitaria: debilitó su capacidad de negociación.
  - Coordinación Pro-Tierra  
Rol de gestión comunitaria: fortaleció su capacidad de negociación y poder.
- f. **¿En cuáles necesidades particulares de mujeres y hombres en el ámbito de la salud impactó el proyecto?, ¿de qué manera?**
- Mujeres en Edad Reproductiva  
Necesidad de mejorar la salud de los niños; tuvo impacto en las mujeres madres por tener que invertir menos tiempo y menos recursos económicos cuidando a niños enfermos. No obstante, tuvo un impacto NEGATIVO en las necesidades de salud de las mismas mujeres, al suprimirse la focalización de los servicios ginecológicos en el Centro Multiservicios.
  - Comisión Interbarrial de Madres  
Ninguna
  - Coordinación Pro-Tierra  
Ninguna
- g. **¿Qué enfoque de desarrollo predominó en la realidad: asistencial, antipobreza, eficiencia, igualdad o empoderamiento? ¿Cuáles otros enfoques se pueden identificar?**
- Asistencial
- h. **¿En la realidad, hubo un abordaje práctico de género (APG) o un abordaje estratégico de género (AEG)?**
- El proyecto impactó negativamente los intereses de la Comisión Interbarrial de Madres porque la Comisión perdió poder a nivel de gestión comunal, para participar en la elaboración del Plan de Salud Distrital. Por lo tanto, el proyecto no tuvo un AEG en la realidad, porque no equilibró la inequidad en el control de los recursos.

## COMPONENTE 6.1

- i. **¿Qué cambios relacionados con acceso y control de uno o más de los recursos (materiales/económicos, políticos, información/educación, tiempo) para uno o más de los grupos considerados, ocurrieron durante el proceso?**
- Mujeres en Edad Reproductiva  
Tuvieron más acceso al tiempo y a los recursos materiales en cuanto a la salud de sus hijos(as). No obstante, quedaron igual que antes en cuanto al acceso a servicios ginecológicos (materiales).
  - Comisión Interbarrial de Madres  
No tuvieron acceso ni control sobre tiempo adicional para participar en las negociaciones para la elaboración del Plan Distrital de Salud.
  - Coordinadora Pro-Tierra  
Tuvieron más acceso y control de recursos políticos y económicos para lograr las modificaciones necesarias en el Centro Multiservicios; también, tuvieron control sobre el uso del tiempo porque pudieron participar en las deliberaciones sobre el Plan Distrital de Salud.
- j. **Pensando en los mecanismos del proceso de un ejemplo de cómo se hubiera podido modificar el proyecto (ya sea en su diseño o durante el desarrollo del mismo), para lograr una mejor respuesta a las necesidades específicas en salud de mujeres y hombres y un mayor acercamiento a un abordaje estratégico de género.**
- Necesidades de mujeres y hombres  
Asegurar una mayor capacidad resolutive en el Centro de Multiservicios, incluyendo en el presupuesto del proyecto un equipamiento adecuado para atender mayores complicaciones. De no ser posible, antes de iniciar el proyecto asegurar la existencia de una clínica de referencia y discutir la posibilidad de que dicha clínica acepte casos del Centro de Multiservicios.
  - AEG  
Iniciar el proyecto fortaleciendo la capacidad de negociación de las mujeres que conforman la Comisión Interbarrial de Madres;  
  
Asegurar que haya un mecanismo establecido en la comunidad para el cuidado de los niños, para facilitar la participación de las mujeres de la Comisión en las gestiones del Plan de Salud Distrital;  
  
Luego de haber fortalecido la capacidad de negociación de estas mujeres, elaborar una estrategia para que las mujeres involucren, desde un inicio, a los hombres líderes de los cinco asentamientos, en la discusión sobre los componentes del Plan.

**APLICACIÓN DE LOS CONCEPTOS AL ESTUDIO DE CASO N° 2**

<b>Metodología:</b>	Trabajo de Grupo/Discusión en Plenaria
<b>Materiales:</b>	Distribuable N° 21: Estudio de Caso N° 2 "El agua y el mejoramiento de la salud comunitaria" Distribuable N° 19: Estudios de Caso para Analizar: Guía de Análisis y Discusión Distribuable N° 22: Hoja de Trabajo para Estudio de Caso N° 2
<b>Tiempo:</b>	30 min: Introducción y Trabajo en Grupos 30 min: Discusión de resultados en Reunión Plenaria <u>60 min:</u> Total
<b>Preparación:</b>	La misma que para el Componente 6.1. Los grupos pueden permanecer iguales. Queda al juicio de los(as) facilitadores(as).

---

**PROCESO**

- En caso de tener suficiente disponibilidad de tiempo, facilitador(a) distribuye el estudio de caso 2, "El agua y el mejoramiento de la salud comunitaria", y la guía de preguntas. Se sigue la misma metodología del estudio de caso anterior.

## COMPONENTE 6.2

Texto del Distribuible N° 21

### EL AGUA Y EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA

En una área rural agrícola con aldeas pequeñas distribuidas a lo largo de un río, el problema de desarrollo ha sido identificado de manera muy sencilla: no existe suficiente provisión de agua apta para consumo humano. Los problemas de salud derivados de esta situación son muchos: enfermedades entéricas, principalmente en los niños, y algunas enfermedades epidérmicas. Los habitantes de las casas cercanas al río tienen problemas con la calidad de agua y las mujeres tienen que asegurar que se hierva toda el agua que se consume. Las mujeres que habitan las casas más alejadas, tienen que caminar hasta 2 o 3 kilómetros hasta el río y tienen el doble problema del transporte del agua y de su mala calidad.

Se sabe que hay acuíferos cercanos con aguas subterráneas de buena calidad, por lo que el Departamento de Sanidad Ambiental del distrito al que pertenece el área decide construir pozos con lo cual se resolverían los problemas de calidad y de transporte. También se decide construir letrinas, teniendo cuidado en su ubicación y construcción de no contaminar el agua subterránea.

Sobre la base de esta breve descripción del problema, el Departamento de Sanidad Ambiental del Distrito a que pertenece el área decide implementar un proyecto con las siguientes características:

#### La meta del proyecto es:

Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pobladores especialmente de las mujeres y los niños.

#### Los propósitos del proyecto son:

1. Construir y poner en funcionamiento en cada una de las comunidades, por lo menos un pozo de agua y capacitar a la población sobre el cuidado de los pozos y las bombas de mano.
2. Construir en cada una de las comunidades por lo menos una letrina por cada cinco personas.
3. Capacitar a la población femenina de las aldeas en el uso y cuidado de las letrinas, el buen uso del agua, higiene y preparación de alimentos.

#### A. RESULTADOS DEL PROYECTO:

- A1. Se construyó un pozo de agua en cada una de las comunidades.
- A2. Se capacitó a 80% de las mujeres en edad reproductiva de las aldeas, en higiene, buen uso del agua, preparación de alimentos y uso y cuidado de los pozos de agua.

Texto del Distribuible N° 21 (Cont.)

- A3. En la medida en que la mujer es quien acarrea y hierve el agua y busca leña para combustible, la construcción de los pozos de agua para consumo humano en sus comunidades fue un verdadero alivio para ellas, teniendo en cuenta la pesada carga de trabajo que este proceso significaba. Ahora las mujeres contaban con tiempo libre que antes no tenían.
- A4. Disminuyeron las diarreas repetidas que tenían los niños al cabo de sólo 3 meses de haberse implementado el proyecto.
- A5. Se capacitó a 2 hombres de cada comunidad en el mantenimiento de los pozos y bombas de mano.
- A6. Al poco tiempo de haberse construido las letrinas, los hombres de las aldeas usaron las mismas para guardar sus herramientas agrícolas.

**B. DIFICULTADES DEL PROYECTO:**

- B1. El tiempo libre de las mujeres fue rápidamente ocupado para ayudar a los hombres en los cultivos comerciales. Más tarde, a raíz de que ellos se dedicaron a la comercialización de los mismos, las mujeres se hicieron cargo de los cultivos; como consecuencia, las mujeres se vieron nuevamente realizando un trabajo de largas jornadas y tan pesado como el que tenían que hacer cuando dedicaban su tiempo al acarreo y a la preparación del agua.
- B2. Las mujeres que vivían en las aldeas más alejadas del río, hallaron en esta nueva situación una desventaja: se dejó de practicar el transporte de agua que se realizaba grupalmente y durante el transcurso del cual compartían alegrías y preocupaciones de diversa índole; de este modo perdieron el único momento de entretenimiento que tenían.

**NOTA:** El análisis se deberá focalizar en hombres y mujeres de la comunidad.

■ Posibles respuestas - Guía para facilitador(a)

**El Agua y El Mejoramiento de la Salud Comunitaria**

a. Dentro de los grupos focalizados en la intervención, ¿a qué roles—reproductivos, productivos y/o de gestión comunitaria—tanto de mujeres como de hombres adultos (según el caso), se dirigió el proyecto en sus objetivos? ¿Con qué fin?

● Mujeres

Rol de gestión comunitaria: se reclutaron mujeres para encargarse de las letrinas y aprender de higiene, uso del agua y preparación de alimentos aptos para el consumo.

## COMPONENTE 6.2

- Hombres  
Rol de gestión comunitaria: se reclutaron hombres para cuidar los pozos y las bombas manuales.

**b. ¿A qué necesidades particulares de mujeres y hombres en el ámbito de la salud se dirigió el proyecto en sus objetivos?**

- Mujeres  
La necesidad de mejorar la salud de la comunidad, en particular de las mujeres y los niños, mediante la disminución de las enfermedades entéricas en los niños y las enfermedades de la piel. También se propuso aumentar el abastecimiento de agua y disminuir el tiempo destinado a acarrear agua y prepararla para el consumo.
- Hombres  
Las necesidades fueron similares, pero las mujeres se beneficiarían más directamente porque el mejor acceso a un suministro suficiente de agua de buena calidad reduciría el tiempo destinado a acarrear y preparar el agua y a atender a los niños enfermos.

**c. ¿Qué enfoque de desarrollo predominó en sus objetivos: asistencial, antipobreza, eficiencia, igualdad o empoderamiento? ¿Cuáles otros enfoques se pueden identificar?**

- Asistencial: Fue un enfoque de arriba abajo donde las mujeres y los hombres fueron receptores pasivos de bienes y servicios.
- Eficiencia: Empleó a los hombres pero sobre todo a las mujeres para mejorar las condiciones de salud.

**d. ¿En los objetivos, tuvo un abordaje práctico de género (APG) o un abordaje estratégico de género (AEG)?**

- Ni uno ni otro, porque no evaluó las funciones que los hombres y las mujeres desempeñan en la comunidad ni la manera como llevan su vida. Se diseñó un proyecto basado en los estereotipos de género y se acentuó las funciones y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres.

### EJECUCIÓN E IMPACTO DEL PROYECTO

**e. Dentro de los grupos focalizados: ¿En cuáles roles —reproductivos, productivos y/o de gestión comunitaria— tanto de hombres como de mujeres adultos/as, impactó el proyecto? ¿De qué manera?**

- Mujeres  
Rol reproductivo: pudieron cuidar mejor la salud y el bienestar de sus familias debido a su mayor conocimiento de la higiene y cómo asegurar la inocuidad de los alimentos. También se beneficiaron de la disminución de enfermedades de los miembros del hogar, en particular de sus hijos.

Rol productivo: tomaron parte en el trabajo agropecuario necesario para elaborar productos para el mercado.

- Hombres

Rol productivo: pudieron ocuparse de las transacciones comerciales porque sus esposas tenían tiempo extra para dedicar a la producción agropecuaria.

Rol de gestión comunitaria: los hombres se capacitaron en la atención de los pozos y las bombas manuales.

f. **¿En cuáles necesidades particulares de mujeres y hombres en el ámbito de la salud impactó el proyecto? ¿De qué manera?**

- Mujeres

La salud de sus hijos se mejoró mucho, y aunque el caso no lo afirma, podemos conjeturar que la incidencia de enfermedades de la piel también disminuyó en la comunidad. Sin embargo, la eliminación de la necesidad de acarrear el agua puede haber tenido implicaciones para su salud mental y bienestar, pues era el momento del día en que podían controlar su tiempo y conversar entre ellas.

- Hombres

No sabemos, pero podemos suponer que su salud resultó beneficiada de la disminución en las enfermedades de la piel y la mejor higiene.

g. **Qué enfoque de desarrollo predominó en realidad: ¿asistencial, antipobreza, eficiencia, igualdad o empoderamiento? ¿Cuáles otros enfoques pueden identificarse?**

- Asistencial: considera a las mujeres como el mejor vehículo para tener acceso a otros.

h. **¿En la realidad, hubo un abordaje práctico de género (APG) o un abordaje estratégico de género (AEG)?**

- Predominó un APG porque el proyecto adaptó la intervención para ayudar a las mujeres a mejorar lo que ya estaban haciendo, es decir, criar a sus hijos y cuidar a sus familias, y asignó a los hombres tareas estereotípicamente "masculinas", es decir, el mantenimiento del equipo (pozos de agua y bombas manuales). Sin embargo, el proyecto influyó negativamente en la equidad de género, pues las mujeres se convirtieron una vez más en el mecanismo para canalizar intervenciones de salud y lograr la eficacia del proyecto. Además, alteró la manera en que interactuaba la comunidad, al menos las mujeres, cosa que tal vez tenga efectos perjudiciales para la salud mental de estas.

i. **¿Qué cambios relacionados con acceso y control de uno o más de los recursos (materiales/ económicos, políticos, información/educación, tiempo, o internos) para uno o más de los grupos considerados, ocurrieron durante el proceso?**

## COMPONENTE 6.2

- Mujeres

Tenían más acceso a los recursos materiales con respecto a la salud de sus hijos y otros miembros de la familia (abastecimiento de agua y agua de buena calidad). También tenían más acceso a la información sobre higiene, preparación de alimentos y uso adecuado del agua. Su acceso a los recursos materiales probablemente mejoró con su participación en la producción agropecuaria. Sin embargo, disminuyó su acceso y control de su tiempo. Es difícil evaluar en qué grado tenían control de los recursos materiales adicionales que se obtuvieron como resultado de su mayor participación en la producción agropecuaria.

- Hombres

Tenían acceso a la información sobre el uso y mantenimiento de los pozos y las bombas. Resultaron beneficiados al tener familias más sanas; por lo tanto, se puede decir que aumentó su acceso a los recursos materiales (dinero ahorrado en medicinas y servicios). También el acceso a tales recursos materiales porque sus esposas tomaron parte en la producción agropecuaria, lo cual permitió a los hombres trabajar más en las transacciones comerciales. Podemos suponer que los hombres tenían más control del tiempo y sobre los recursos materiales como resultado del proyecto, particularmente sobre las recompensas monetarias adicionales como resultado de la participación de sus esposas en la producción agropecuaria, una tarea que los hombres tenían que hacer antes.

- j. **Pensando en los mecanismos del proceso de empoderamiento, de un ejemplo de cómo se hubiera podido modificar el proyecto (ya sea en el diseño del proyecto o durante el desarrollo del mismo) para lograr una mejor respuesta a las necesidades específicas en salud de mujeres y hombres y un mayor acercamiento a un abordaje estratégico de género.**

- Necesidades de hombres y mujeres

Procure que antes de elaborar el proyecto grupos de mujeres participen plenamente en la descripción de sus propias actividades, roles y responsabilidades, para evitar la introducción de "estereotipos de género" por los encargados del proyecto. En el caso que nos ocupa, tales estereotipos condujeron a eliminar el único momento de "diversión" que la mujer tenía durante el día, además que fue en ellas que recayeron exclusivamente las tareas relacionadas con los roles reproductivos (higiene, preparación de alimentos). La manera como estas tareas podrían haberse distribuido habría constituido una oportunidad importante para mejorar la incorporación de los hombres en las actividades de crianza y cuidado. Además, habría sido importante aprovechar las organizaciones comunitarias existentes, procurando que estas incluyesen mujeres que tuvieran contacto con otras mujeres de la comunidad. Tales grupos podrían actuar como un "grupo asesor" del proyecto para lograr que las intervenciones planificadas fuesen aceptables para la comunidad, por ejemplo, como en el caso de las letrinas. Tal grupo también habría podido dar cabida a los intereses de las mujeres en cuanto a la manera en que estas deseaban emplear su tiempo libre.

**MÓDULO**

**7**

**APLICACIÓN DEL ANÁLISIS  
DE GÉNERO AL DISEÑO DE  
PROYECTOS DE SALUD**



**APLICACIÓN DEL ANÁLISIS DE GÉNERO AL DISEÑO DE PROYECTOS DE SALUD**

**RESUMEN DEL MÓDULO 7**

<b>Objetivo:</b>	Utilizando un documento de proyecto de la OPS (o del sector salud en el país), aplicar las herramientas presentadas durante el taller para realizar el diagnóstico del proyecto, incluyendo el diseño de un objetivo que refleje la perspectiva de género.
<b>Mensaje central:</b>	La planificación con enfoque de género contribuye a la equidad, eficiencia y sostenibilidad de los proyectos de salud.
<b>Resultado esperado:</b>	Al finalizar el módulo, los que participan habrán aplicado exitosamente las herramientas presentadas en el Taller y podrán formular recomendaciones en base a éstas.
<b>Metodología:</b>	Presentación en Plenaria Trabajo de Grupo Discusión en Plenaria
<b>Materiales:</b>	Proyecto para Discutir Lámina N° 9: Pasos para la Planificación desde un Enfoque de Género Distribuable N° 23: Copia de la Lámina N° 9 Distribuable N° 24: Guía de Preguntas - Análisis de Proyecto
<b>Componentes:</b>	7.1 Resumen de los Conceptos 7.2 Trabajo en el Proyecto
<b>Tiempo:</b>	7.1            10 min. 7.2            90 min. - Trabajo en Grupos 60 min. - Presentaciones en Plenaria de los Grupos <u>TOTAL:</u> <u>160 min.</u>

**Preparación**

- Por lo menos un mes antes de realizar el taller, los facilitadores se habrán puesto en contacto con los organizadores logísticos del taller (las PWRs, por ejemplo) solicitándoles el envío de un proyecto para ser utilizado en este ejercicio. Es importante que alguien que conozca el proyecto, preferiblemente a cargo del mismo, esté presente en el taller. Si existe algún informe de avance del proyecto, éste también debe enviarse. Con anticipación, se les debería de avisar a los contribuyentes, que el taller es una oportunidad importante para fortalecer el proyecto desde la perspectiva de género. Estos proyectos

---

**RESUMEN DEL MÓDULO 7 (cont.)**

---

idealmente deberían llegar a los facilitadores, por lo menos una semana antes de realizar el taller. La guía puede ser adaptada al proyecto, utilizando como base para la adaptación, el Distribuible N° 25.

- Los encargados del proyecto deberían ser invitados con anticipación, a presentar brevemente los antecedentes del proyecto (5 minutos máximo).
  - Los(as) facilitadores(as) pueden ampliar esta presentación con la siguiente información: este Taller no es un lugar para comentar los méritos del diseño del proyecto en sí (sin embargo, se debe asegurar que el proyecto seleccionado esté bien diseñado, el caso contrario dificultaría la discusión); la discusión se concentrará en asegurar que la perspectiva de género esté incorporada en el diseño del proyecto y en cómo garantizar que lo sea en su implementación.
-

### RESUMEN DE LOS CONCEPTOS

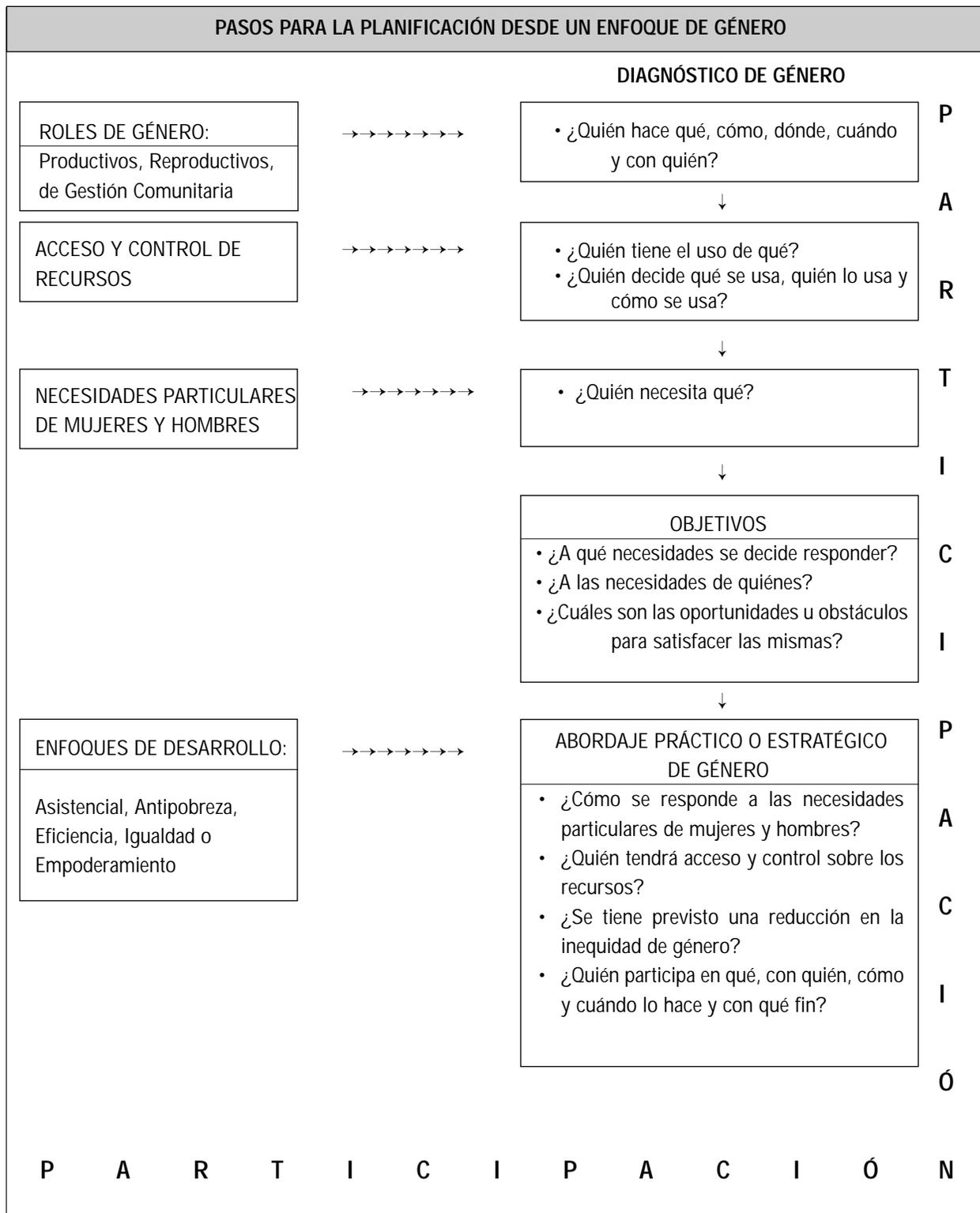
Metodología:	Presentación en Plenaria
Materiales:	Lámina N° 9: Pasos para la Planificación desde un Enfoque de Género Distributable N° 23: Copia de la Lámina N° 9
Tiempo:	10 minutos
Preparación:	Fotocopiar Distributable N° 23

---

#### PROCESO

- Facilitador(a) repasa conceptos, invitando preguntas y dando clarificaciones. Las Láminas N° 3 a, b, c son presentadas de nuevo y el/la facilitador(a) resume:
  - En este taller hemos considerado la manera cómo lo biológico y lo social interactúan para proteger la salud de hombres y mujeres o para ponerla en riesgo. El Distributable N° 17 facilita una mayor comprensión de cómo se integran los conceptos que se han presentado en la aplicación del enfoque de género en el diseño, monitoreo y la evaluación de proyectos, programas y políticas de salud.
- Facilitador(a), muestra la Lámina N° 9 y reparte el Distributable N° 23.

Texto de la Lámina N° 9/Distributable N° 23



## COMPONENTE 7.1

- Facilitador(a), va repasando cada cuadro de la Lámina N°9 diciendo:
  - Rápidamente, quisiera resumir los conceptos que hemos utilizado en este taller, para asegurar la incorporación de un enfoque de género, en los proyectos y programas de salud y desarrollo.
  - Hemos visto que todas las sociedades se caracterizan por una división de trabajo por género; esta división se expresa en los roles que hombres y mujeres cumplen: productivos, reproductivos y de gestión comunitaria. Para analizar la división de trabajo, y para visibilizar el trabajo que hombres y mujeres realizan en un contexto específico, se hacen las siguientes preguntas: ¿quién hace qué, cómo, dónde, cuándo y con quién?
  - Los roles de género tienen asignados diferentes valores sociales. La división de trabajo por género y la diferente asignación valorativa, tienen repercusiones muy importantes en términos de acceso y control de los recursos. El análisis del acceso y el control sobre los recursos, responde a las preguntas: ¿quién tiene qué? y ¿quién decide qué se usa, quién lo usa y cómo se usa?
  - Vimos que las diferencias en los perfiles de salud/enfermedad de hombres y mujeres, se deben a la interacción de lo biológico con factores psicosociales y que ésta interacción produce situaciones, condiciones o problemas, particulares a los dos sexos. Es necesario conocer esas diferencias para poder elaborar programas, políticas y proyectos, que sean sensibles a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres. No obstante, sin la desagregación de datos por sexo, la posibilidad de diseñar intervenciones equitativas y eficaces no es posible.
  - La interacción entre los factores biológicos y psicosociales determina las necesidades en salud. La evaluación de las necesidades particulares de hombres y mujeres en salud, es el concepto básico para una planificación equitativa y eficaz. La evaluación de esas necesidades responde a la pregunta: ¿quién necesita qué?
  - El análisis de los roles de género, del acceso y control sobre los recursos y de las necesidades particulares de mujeres y hombres, nos proporcionan los elementos que componen un diagnóstico de género. Para tal diagnóstico es indispensable la separación de los datos por sexo. El diagnóstico de género, no reemplaza el diagnóstico o análisis que generalmente se realiza antes de iniciar un proyecto; más bien, debería formar parte integral del diagnóstico general.
  - A partir de un diagnóstico, se definen los objetivos y resultados esperados de un proyecto o programa. Estos objetivos tendrían que tomar en cuenta el diagnóstico de género y, consecuentemente, incorporar una perspectiva de género en la definición. Para definir los objetivos desde un enfoque de género se necesita dar respuesta a dos preguntas: ¿a qué necesidades se decide responder y de quiénes? y ¿cuáles son las oportunidades y los obstáculos para satisfacer las mismas?

- En la definición de objetivos, ya está determinado el enfoque de desarrollo desde el cual se trabajaría: enfoque asistencial, enfoque de antipobreza, enfoque de eficiencia, enfoque de igualdad o enfoque de empoderamiento. La aplicación del enfoque en la realidad, depende en gran parte de la estrategia que se elija para la implementación del proyecto. En la estrategia general, se debe incorporar un enfoque de género; por lo tanto, hablamos de un abordaje práctico de género o un abordaje estratégico de género.
- La selección del abordaje práctico o estratégico se define mediante las respuestas a las siguientes preguntas: ¿cómo se responde a las necesidades particulares de mujeres y hombres?, ¿qué se propone en cuanto al acceso y control sobre los recursos? y ¿se tiene prevista una reducción de la inequidad en las relaciones de género?
- El abordaje define la manera de participación de los diferentes actores sociales. La participación es crucial, no solamente en la determinación de la estrategia de implementación, sino que se debe incluir desde el inicio, cuando se selecciona el problema al que se quiere responder y comienza el proceso de diseño de proyectos, programas o planes. Para garantizar la incorporación de un enfoque de género, es imprescindible la participación real, en todas las etapas, de las personas a quienes van dirigidos los beneficios de los proyectos; sin la participación de las mismas como sujetos activos con control sobre la toma de decisiones, no se puede hacer un diagnóstico de género, ni formular los objetivos de los programas o proyectos, ni implementar las actividades con un abordaje estratégico de género. La preguntas claves son: ¿quién participa, en qué, con quién, cómo y cuándo lo hace, y con qué fin?
- Al iniciar cualquier proyecto o programa, se necesita seguir estos pasos para incorporar un enfoque de género en la planificación. Sin embargo, los conceptos no se limitan solamente al análisis y a la planificación desde un enfoque de género al inicio de un proyecto. Los mismos conceptos servirán para el monitoreo y para la realización de las evaluaciones intermedias y finales y, en caso necesario, las consiguientes redefiniciones de los objetivos y estrategias de implementación.

### TRABAJO EN EL PROYECTO

<b>Metodología:</b>	Trabajo en grupo Presentación en Plenaria
<b>Materiales:</b>	Proyecto(s) Distributable N° 24: Guía de Preguntas - Análisis del Proyecto
<b>Tiempo:</b>	90 min: Trabajo en grupos 60 min: Presentaciones <u>150 min:</u> Total
<b>Preparación:</b>	Fotocopiar Distributable N° 24

---

#### PROCESO

- Facilitador(a) entrega el documento de proyecto seleccionado y el Distributable N° 24 o la guía de análisis del proyecto adaptada al contenido específico del mismo.
  - Ahora tomemos un ejemplo real. El siguiente proyecto es una propuesta que no tiene necesariamente incluido, un enfoque de género. El propósito no es criticar este proyecto específico por la ausencia de una perspectiva de género. Es meramente un ejemplo del tipo de proyecto que generalmente elaboramos y desarrollamos en la OPS. Vamos a ver en la discusión, cómo la inclusión de un enfoque de género podría enriquecer el proyecto. En cada grupo, seleccionen un(a) relator(a) y revisen el documento de proyecto basándose en la guía de discusión.
- Si no se cuenta con un informe de progreso del proyecto, se analiza solamente la propuesta de proyecto, para luego reformular los objetivos y una estrategia, basándose en la guía de preguntas.

Texto del Distribuible N° 24

**GUÍA DE PREGUNTAS - ANÁLISIS DE PROYECTO**

**a. Realicen el diagnóstico de género, respondiendo a las siguientes preguntas:**

- ¿A qué roles - reproductivos, productivos y/o de gestión comunitaria- tanto de mujeres como de hombres (de ser el caso), se dirige el proyecto en sus objetivos? ¿Con qué fin?
- ¿A qué necesidades particulares de hombres y mujeres en el ámbito de la salud se dirige el proyecto en sus objetivos?, ¿y de qué hombres y mujeres?
- ¿Qué enfoque de desarrollo predomina en sus objetivos: asistencial, antipobreza, eficiencia, igualdad o empoderamiento? ¿Cuáles otros enfoques se pueden identificar?
- ¿Tienen los objetivos un abordaje práctico de género (APG) o un abordaje estratégico de género (AEG)?
- ¿Hay evidencia en el proyecto de supuestos basados en estereotipos?

**b. Identifiquen la información que haría falta para realizar un diagnóstico de género con profundidad.**

**c. Reformulen uno de los objetivos del proyecto y sus indicadores para que reflejen un enfoque de género.**

**d. Desarrollen una estrategia con el fin de hacer operativo el objetivo reformulado, identificando oportunidades y/o obstáculos para lograr tal objetivo.**

## EVALUACIÓN DEL TALLER

Califique de 1 a 5 cada uno de los siguientes componentes, con 1 representado la calificación más baja y 5 la más alta.

1. Nivel de adquisición de elementos para el enfoque de género

1                      2                      3                      4                      5

2. Utilidad de las herramientas presentadas

1                      2                      3                      4                      5

3. Utilidad de los ejercicios en grupo

1                      2                      3                      4                      5

4. Metodologías utilizadas para compartir los conceptos

1                      2                      3                      4                      5

5. Nivel de exposición del tema de los(as) facilitadores(as)

1                      2                      3                      4                      5

6. Indique con "X" su evaluación de la duración del taller:

- Demasiado largo  
 Demasiado corto  
 Justo

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles módulos fueron los más útiles?

---

---

---

---

2. ¿Hay algunos módulos que eliminaría? ¿Cuáles?

---

---

---

---

3. ¿Hay algunos módulos que necesitarían reformularse y qué recomendaciones tiene para ello?

---

---

---

---

4. En relación con las herramientas ofrecidas en el taller ¿opina que el enfoque de género es adecuado para ser incorporado en su trabajo específico?

---

---

---

---

# EVALUACIÓN

5. ¿Prevee restricciones o mayores problemas para lograr esta incorporación?

---

---

---

---

6. ¿Qué estrategia y cuáles actividades concretas propone para lograr la incorporación de un enfoque de género en su trabajo cotidiano?

---

---

---

---

7. ¿Cómo podría apoyarlo(a) el Programa Mujer, Salud y Desarrollo para lograr tal incorporación?

---

---

---

---

8. ¿Recomendaría a un(a) colega que participe en este taller? ¿Por qué?

---

---

---

---

9. Otros comentarios

---

---

---

---

**MUCHAS GRACIAS!!!**

Ha sido un verdadero placer avanzar con ustedes en la construcción de esta nueva manera de mirar la equidad en la salud y el desarrollo humano

## AGENDA

### TALLER SOBRE GÉNERO, SALUD Y DESARROLLO

#### ■ 1er Día

##### 8:30 Introducción

- Introducción al género, la salud y el desarrollo
- Presentación de los que participan
- Objetivos y resultado esperado del taller

##### 9:30 Módulo 1: Sexo y género

- Mujeres y hombres: ¿Qué nos define?
- Definiciones de sexo y género

##### 10:00 Módulo 2: Roles de género, acceso y control de los recursos, y estereotipos de planificación

- La vida cotidiana y los roles de género
- El trabajo que realizan hombres y mujeres
- Trabajo en grupos

##### 10:30 Café

##### 10:45 Módulo 2: Continuación

- La vida cotidiana: plenaria
- Acceso y control de los recursos
- Estereotipos de planificación
- Crisis de salud

##### 12:30 Almuerzo

##### 14:00 Módulo 3: El origen de las necesidades en salud

- Origen de las diferencias en perfiles de salud
- Ejemplo de la interacción de sexo y género en los perfiles de salud de hombres y mujeres

##### 15:00 Café

##### 15:15 Módulo 4: Abordajes prácticos y estratégicos de género y procesos de empoderamiento

- Los conceptos de abordajes prácticos y estratégicos de género
- Procesos de empoderamiento
- Intervenciones en salud

##### 17:00 Fin del día

## ■ 2do. Día

### 8:30 Módulo 5: Enfoques de desarrollo

- Enfoques utilizados por las agencias de desarrollo
- Equidad y eficiencia

### 9:30 Módulo 6: Aplicación de los conceptos: estudios de caso

- Aplicación de los conceptos al estudio de caso 1

### 10:30 Café

### 10:45 Módulo 6: Continuación

- Caso 1: Presentación en plenaria
- Caso 2: Trabajo en grupos
- Presentación en plenaria

### 12:30 Almuerzo

### 14:00 Módulo 7: Aplicación del análisis de género al diseño de proyectos de salud

- Repaso de los conceptos
- Trabajo en grupos
- Presentaciones de discusiones

### 16:30 Café

### 17:15 Evaluación del taller

### 17:30 Clausura del taller

### REFERENCIAS

Consejo Canadiense para la Cooperación Internacional, Centro Internacional MATCH, Asociación de Organismos de Cooperación Internacional de Quebec. *Dos Mitades Forman una Unidad: El equilibrio de las relaciones de género en los procesos de desarrollo*; Ottawa, Consejo Canadiense para la Cooperación Internacional; 1991.

Labonte, R. *Salud para Todos: El Concepto del Empowerment*; Toronto: University of Toronto; 1993.

Moser, C.O.N. *Planificación de género y desarrollo: Teoría, Práctica Capacitación*; Lima: Red Entre Mujeres/Flora Tristán, 1995.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Informe del Desarrollo Humano 1995*; Nueva York: Oxford University Press; 1995.

Whitehead, M. *Los Conceptos y Principios de la Equidad en Salud*; WHO/EURO: 1991.

Banco Mundial. *Informe Sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud*; Washington, D.C.: Oxford University Press; 1993.

---

*NOTA:* No hemos incluido bibliografía sobre el tema de género, salud y desarrollo, ya que es extensa. Dicha bibliografía está disponible en la base de datos del Sistema Regional de Información sobre Mujer, Salud y Desarrollo (SIMUS) utilizando el sistema MICROISIS (Versión 3.07), desarrollado por UNESCO y actualizado por el Centro Latinoamericano y del Caribe para la Información en Ciencias de la Salud (BIREME/OPS). Cualquier información sobre la documentación puede ser solicitada al Programa de la Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización Panamericana de la Salud, por correo postal, por teléfono, vía facsímile o por correo electrónico.

Programa Mujer, Salud y Desarrollo  
525 23rd Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.  
Tel: (202) 974-3405  
Fax: (202) 974-3671  
Dirección electrónica: HDW@paho.org  
Internet: <http://www.paho.org/english/hdwmuje.htm>

**ROTAFOLIOS**

**PRESENTÉSE**

- ¿Cuál es su nombre y en qué trabaja?;
- ¿Qué quería ser de adulto(a) cuando era niño(a)?;
- ¿Qué le gusta hacer en sus ratos de ocio? (no vale indicar que no los tiene);
- ¿Qué expectativas tiene del taller?

**OBJETIVOS DEL TALLER**

- Examinar el concepto de género
- Discutir el enfoque de género y su relevancia para la salud
- Desarrollar habilidades y metodologías para hacer operativo el enfoque de género

**RESULTADO ESPERADO DEL TALLER**

- Mayor comprensión de la relevancia del enfoque de género como elemento esencial de la planificación en salud para el logro de un desarrollo humano sostenible.

**MUJERES**

**HOMBRES**

--	--

**CARACTERÍSTICAS DEL CONCEPTO DE GÉNERO**

- Relacional: Interdependencias construidas socialmente
- Jerárquico: Relaciones de poder
- Cambiante: Modificable a través del tiempo
- Contextual: Varía de acuerdo con clase, cultura, etnia y edad
- Institucional: Sistémico

**DEFINICIONES: ROLES DE GÉNERO****Productivo:**

Trabajo realizado por hombres y mujeres que se remunera en dinero o especie.

**Reproductivo:**

Reproducción/cuidado de hijos(as) y responsabilidades asociadas con hogar.

**Gestión Comunitaria:**

Actividades comunitarias voluntarias y no remuneradas que contribuyen a su bienestar y organización.

**COMPONENTE 2.2**

**R7a**

**PRODUCTIVO**

**COMPONENTE 2.2**

**R7b**

**REPRODUCTIVO**

**COMPONENTE 2.2**

**R7c**

**GESTIÓN COMUNITARIA**

**DEFINICIONES: ACCESO Y CONTROL**

**ACCESO**

La posibilidad de usar un recurso.

**CONTROL**

La posibilidad de definir y hacer decisiones valederas sobre el uso de un recurso.

**RECURSOS MATERIALES/ECONÓMICOS**

- trabajo y tipo de trabajo
- crédito
- dinero y remuneración
- transporte
- equipo
- alimentación
- facilidades para cuidado de hijos
- facilidades para realizar tareas domésticas
- seguridad social y seguro médico
- servicios y suministros de salud
- vivienda

**RECURSOS POLÍTICOS**

- posición de liderazgo y movilización de los actores en posiciones de decisión
- espacios de opinión, comunicación, negociación y concertación

**RECURSOS DE INFORMACIÓN/EDUCACIÓN**

- insumos para poder tomar decisiones con el fin de modificar o cambiar una situación, condición o problema
- educación formal
- educación informal
- educación no formal
- entrenamiento en el trabajo
- espacios de intercambio de opinión e información

## COMPONENTE 2.2

R9d

### RECURSOS DE TIEMPO

- horas del día disponible para uso discrecional
- tiempo laboral remunerado flexible

## COMPONENTE A.2

R9e

### RECURSOS INTERNOS

- auto-estima
- confianza en sí
- capacidad para expresar intereses propio

**TRES PREGUNTAS CLAVES PARA EL ANÁLISIS DE GÉNERO:**

1. ¿Quién hace qué, cuándo, dónde y con quién? (ROLES)
2. ¿Quién tiene el uso de qué? (ACCESO)
3. ¿Quién decide qué se usa, quién lo usa y cómo se usa? (CONTROL)

**TAREA PARA LA CRISIS DE SALUD**

- Examinen el efecto que tiene esta crisis sobre la distribución de roles y responsabilidades que ocurre entre los hombres y las mujeres del caso estudiado, en el corto y el mediano plazo.
- Examinen las posibilidades de acceso y control sobre los recursos, que tienen las mujeres y los hombres, frente a esta crisis de salud.
- ¿Qué cambios dentro del hogar podrían asegurar que la responsabilidad para responder a esta crisis no recaiga principalmente sobre un miembro del hogar?

**TAREA GRUPAL**

- 1) Identifiquen situaciones donde LAS CONSTRUCCIONES SOCIALES DE GÉNERO INCREMENTEN LOS RIESGOS DE CONTRAER EL VIH EN UNO U OTRO SEXO.
- 2) Incluyan experiencias concretas, observaciones de sus culturas, sociedades o vidas, que comprueben lo señalado en 1).

**PROCESO DE EMPODERAMIENTO****DEFINICIÓN**

Proceso subjetivo a través del cual las personas desarrollan las fortalezas y las destrezas que les permiten actuar en pos del bien personal o colectivo

**CONTINUO DE EMPODERAMIENTO****ENCUENTRO INTERPERSONAL**

- Facilita validación personal a través del diálogo

**GRUPOS DE AUTO AYUDA**

- Facilitan oportunidades para superar aislamiento ("No soy el/la único(a)")

**ORGANIZACIÓN COMUNITARIA**

- Facilita la organización alrededor de problemas/situaciones comunes que desbordan intereses propios

**COALICIONES DE ACCIÓN POLÍTICA**

- Facilitan movimientos sociales que desbordan los límites de la organización comunitaria para lograr cambios de política

**TAREA DE GRUPO: INTERVENCIONES EN SALUD**

En sus grupos, lean la sección de "Información General" y discutan entre ustedes las preguntas incluidas en "Temas de Reflexión" del texto recibido.

Luego, formulen:

- 1) Una intervención desde un APG que responda a una necesidad particular de hombres y/o de mujeres dentro de ese tema.
  
- 2) Tomando en cuenta los mecanismos de empoderamiento, cómo podría la intervención seleccionada en (1) incorporar un AEG que aumente las posibilidades de lograr una mayor equidad de género en salud en su tema particular?

**TAREA GRUPAL**

Revisen cada párrafo y contesten lo siguiente de cada uno:

- 1) ¿Refleja un abordaje práctico de género, estratégico de género, o combina los dos abordajes?
- 2) ¿Cuál enfoque de desarrollo, o combinación de enfoques, se refleja en cada párrafo? Utilicen el Distributable N° 16.



**DISTRIBUIBLES**

**OBJETIVOS DEL TALLER**

- Examinar las diferencias entre sexo y género.
- Discutir el enfoque de género y su relevancia particular en el área de la salud y el desarrollo.
- Desarrollar habilidades y metodologías para hacer operativo el enfoque de género en los programas de salud y desarrollo.

**RESULTADO ESPERADO DEL TALLER**

- Mayor comprensión de la relevancia del enfoque de género como elemento esencial de la planificación en salud para el logro de un desarrollo humano sostenible.

## **DEFINICIONES DE SEXO Y GÉNERO**

**"Sexo"** hace referencia a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer.

**"Género"** identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femeninos y masculinos, dentro de contextos específicos.

Género se refiere a la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencia los sexos, al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos.

**SEIS CASOS****SITUACIÓN A:**

Un hombre, Pedro, y una mujer, Isabel, conviven hace varios años. Pedro tiene 52 años, es chofer de taxi y trabaja en el turno de la noche; Isabel, de 48 años, trabaja de lunes a sábado en una fábrica. Para aumentar los ingresos familiares, Isabel también hace empanadas que lleva todas las mañanas para vender en el trabajo a la hora del almuerzo. Rosa es la madre de Pedro, tiene 75 años y vive con ellos. Isabel tiene un hijo, Mario, de 28 años, soltero, que vive con ellos y trabaja en el sector informal, vendiendo cassettes de música; Pedro tiene una hija, María, de 25 años, casada y con hijos pequeños, que vive en el vecindario.

**SITUACIÓN B:**

Teresa es divorciada, profesional, gerente de una empresa privada. Es Presidenta del Comité de Mujeres Gerentes de la Capital. Con ella, viven sus dos hijos, el mayor, Raúl, es un varón de 18 años y la menor, Anita, tiene 11 años. Teresa tiene una empleada, Raquel, que trabaja de lunes a sábado, de 8 de la mañana a 7 de la noche.

**SITUACIÓN C:**

Fernando y Elena Martínez viven con sus tres hijos: Mónica, de 12 años y dos varones, Rafael y Manuel de 9 y 7 años, respectivamente. Elena es diseñadora gráfica en una compañía publicitaria, Fernando es profesor en la Escuela de Salud Pública. Dos noches por semana y dos sábados por mes, Elena se ocupa de visitar y ayudar a sus padres quienes, debido a que son de avanzada edad, no están en condiciones de hacer las compras, limpiar la casa, cocinar, etc. Fernando participa activamente en la Asociación de Salud Pública.

**SEIS CASOS - (CONT.)****SITUACIÓN D:**

Gabriel y Guadalupe son una pareja campesina de 30 y 22 años, respectivamente. Viven con sus cuatro hijos en una comunidad rural. La hija mayor, Ester, tiene 8 años, seguida por dos varones de 6 y 3 años, respectivamente, y por una niña de 1 año que está siendo amamantada. La familia subsiste con producción agrícola para uso doméstico. Gabriel y Guadalupe suplementan el ingreso familiar, ella confeccionando canastas finas y él cultivando lo que puede y vendiendo estos productos en el mercado del pueblo que queda a una hora de distancia a pie. Guadalupe es promotora de salud en su comunidad.

**SITUACIÓN E:**

Sonia Martínez, de 38 años de edad, vive en un barrio urbano marginal construido a las orillas de un estero. Trabaja de día en una fábrica de enlatados. Con ella viven varias personas: su mamá, Doña Zaida, de 64 años, que tiene un negocio de costura en la casa, sus dos hijos, Raúl, de 17 años que está terminando el bachillerato y Conchita, de 14 años que está en el colegio. Hace dos años vino a vivir con Sonia su hermana, Josefina, de 28 años, con su hijo de 10 años; Josefina vende comida en un kiosko en la calle principal de la ciudad. El marido de Sonia, Jorge, es trabajador migrante que labora en la industria bananera y regresa cada quincena, los fines de semana.

**SITUACIÓN F:**

Celso Ramírez tiene 45 años y es dueño de un pequeño almacén de abarrotes en una ciudad al interior de un país. Su mujer, Francisca, trabaja en una peluquería. Con ellos vive el papá de Francisca, Don Javier, de 80 años. Celso y Francisca tienen dos hijos ya grandes de 27 y 22 años, respectivamente. El menor, Sergio, le ayuda a su papá en la tienda. El mayor se fue a vivir a la capital con su familia.

**CUADRO DE LAS 24 HORAS**

HORA	MUJERES	HOMBRES
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		

**ROLES DE GÉNERO****PRODUCTIVO:**

Incluye la producción de bienes y servicios remunerados en dinero o en especie.

**REPRODUCTIVO:**

Se refiere a la reproducción biológica y a todas las actividades necesarias para garantizar el bienestar y la sobrevivencia de los individuos que componen el hogar. Incluye, por ejemplo, la crianza y la educación de los/las hijos(as), el asegurar la alimentación de la familia, la organización y el mantenimiento del hogar, y la atención y cuidado de sus miembros.

**GESTIÓN COMUNITARIA:**

Se refiere a todas las actividades que se realizan para aportar al desarrollo o a la organización política de la comunidad. Toma la forma de participación voluntaria en la promoción y el manejo de actividades comunales.

**DEFINICIONES: ACCESO Y CONTROL****ACCESO**

La posibilidad de usar un recurso.

**CONTROL**

La posibilidad de definir y hacer decisiones valederas sobre el uso de un recurso.

## **CINCO TIPOS DE RECURSOS**

### **MATERIALES/ECONÓMICOS**

- trabajo y tipo de trabajo
- crédito
- dinero y remuneración
- transporte
- equipo
- alimentación
- facilidades para cuidado de hijos
- facilidades para realizar tareas domésticas
- seguridad social y seguro médico
- servicios y suministros de salud
- vivienda

### **POLÍTICOS**

- posición de liderazgo y movilización de los actores en posiciones de decisión
- espacios de opinión, comunicación, negociación y concertación

### **INFORMACIÓN/EDUCACIÓN**

- insumos para poder tomar decisiones con el fin de modificar o cambiar una situación, condición o problema
- educación formal
- educación informal
- educación no formal
- entrenamiento en el trabajo
- espacios de intercambio de opinión e información

### **TIEMPO**

- horas del día disponible para uso discrecional
- tiempo laboral remunerado flexible

### **RECURSOS INTERNOS**

- auto-estima
- confianza en sí
- capacidad para expresar intereses propios

ESTEREOTIPOS DE FAMILIA



Familia nuclear



- Acceso igual a recursos
- Ausencia de conflicto



♂ Proveedor

♀ Ama de casa

**CRISIS DE SALUD****Situación A:**

La mamá de Pedro se fractura la cadera. La operan de emergencia. Después de una estadía en el hospital llega a la casa para que la cuiden.

**Situación B:**

Raúl, el hijo mayor, sufre un accidente de motocicleta, necesita terapia de rehabilitación y descanso por dos meses. No están seguros de que se recuperará completamente.

**Situación C:**

Fernando tiene cáncer terminal de pulmón.

**Situación D:**

Guadalupe amanece con sangrado vaginal y dolor fuerte; es hospitalizada por emergencia obstétrica de aborto espontáneo. El hospital queda a una hora a pie, del pueblo donde viven.

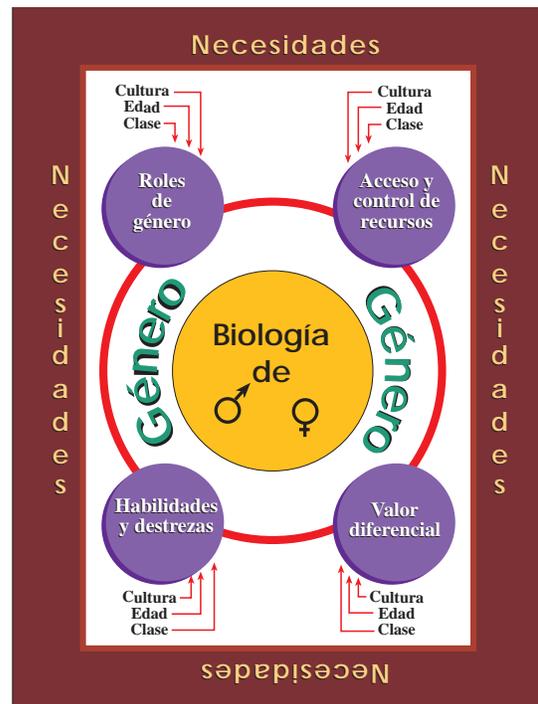
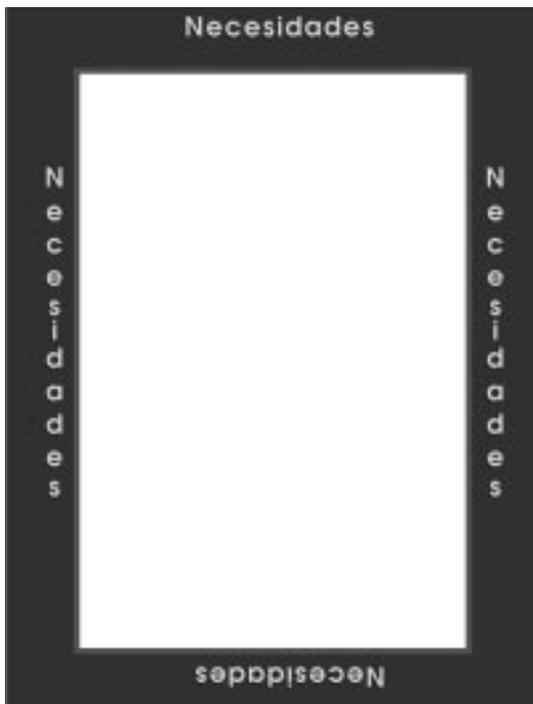
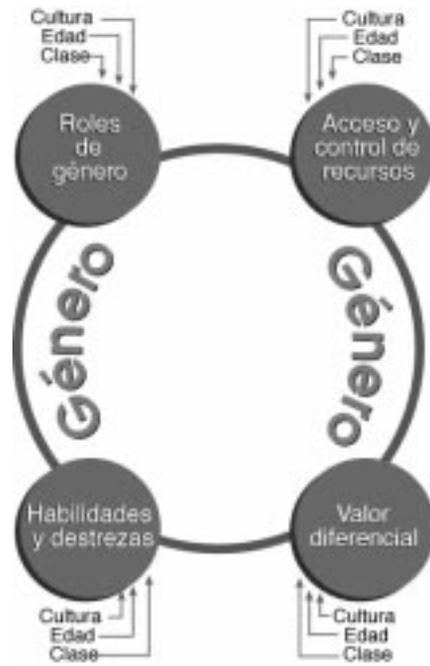
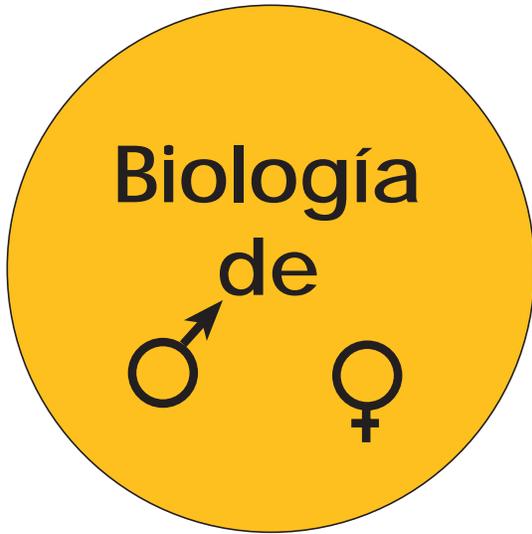
**Situación E:**

Jorge sufre un accidente laboral y su mano izquierda tiene que amputarse. Es despedido de su trabajo con una compensación mínima. Regresa a su casa.

**Situación F:**

La artritis de Francisca se agudiza de tal forma que ya no puede trabajar como peluquera.

BIOLÓGICO / SOCIAL



**ORIGEN DE LAS DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE SALUD/ENFERMEDAD****DIFERENCIAS BIOLÓGICAS:**

- a) requerimientos anatómicos y fisiológicos
- b) susceptibilidades anatómicas, fisiológicas y genéticas
- c) resistencias o inmunidades anatómicas, fisiológicas y genéticas

**DIFERENCIAS LIGADAS AL GÉNERO:**

- a) roles y actividades
- b) acceso y control sobre recursos
- c) patrones y expectativas culturales
- d) identidad subjetiva

**SITUACIONES, CONDICIONES O PROBLEMAS EN SALUD :**

1. Exclusivos de uno de los sexos.
2. Más prevalentes en uno de los sexos.
3. Con características diferentes en mujeres y hombres.
4. Que reciben respuestas diferentes del sistema según se trate de hombres o de mujeres.

**ABORDAJES PRÁCTICOS Y ESTRATÉGICOS DE GÉNERO****A. ABORDAJE PRÁCTICO DE GÉNERO**

- Responde a las necesidades en el corto plazo.
- Responde a necesidades generalmente identificables fácilmente por los/las usuarios(as) y proveedores(as).
- Responde a requerimientos biológicos y condiciones específicas de salud.
- Se cumple a través de la provisión de bienes y servicios de salud.
- Tiende a involucrar a mujeres y hombres como objetos de la intervención.
- Puede mejorar la condición de salud de la mujer y el hombre, mediante el acceso a los recursos.
- Generalmente no altera los roles y las relaciones de género.

**B. ABORDAJE ESTRATÉGICO DE GÉNERO**

- Tiende a ser una estrategia de largo plazo, como parte integral de un desarrollo humano sostenible.
- Responde a necesidades no siempre fácilmente identificables por las personas.
- Se desarrolla a través de procesos de empoderamiento: la creación de conciencia, el aumento de la autoestima, la educación, el fortalecimiento de las organizaciones, la movilización política, etc.
- Tiende a involucrar las personas como sujetos activos, o las habilita para esto.
- Puede mejorar la posición de las mujeres, mediante el aumento del control sobre los recursos.
- Focaliza las inequidades en las responsabilidades y relaciones de poder entre mujeres y hombres.
- Mejora el equilibrio entre las posiciones de poder de hombres y mujeres frente al uso de recursos para la salud a través de un aumento del control sobre los factores internos y externos que inciden sobre las posibilidades de proteger la salud.

**CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO****ENCUENTRO INTERPERSONAL**

- Facilita validación personal a través del diálogo

**GRUPOS DE AUTO AYUDA**

- Facilitan oportunidades para superar aislamiento ("No soy el/la único(a)")

**ORGANIZACIÓN COMUNITARIA**

- Facilita la organización alrededor de problemas/situaciones comunes que desbordan intereses propios

**COALICIONES DE ACCIÓN POLÍTICA**

- Facilitan movimientos sociales que desbordan los límites de la organización comunitaria para lograr cambios de política

## CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO DE LABONTÉ

Una herramienta que facilita la comprensión y puesta en práctica del concepto del empoderamiento es el "Continuo de Empoderamiento" originado en el campo de la promoción de la salud y propuesto por el canadiense Ronald Labonté. Labonté utiliza este continuo para referirse al proceso transformativo, no sólo de mujeres sino también de hombres y, en general, de clases sociales, por medio del cual el "poder sobre" la población, que ejerciera el sector salud, se transformaría en una nueva relación de "poder con" la población.

Labonté establece diferentes momentos en el proceso para alcanzar esta transformación, o empoderamiento. Hemos adaptado lo propuesto por este autor y dividimos el continuo de Labonté en cuatro mecanismos o espacios de empoderamiento:

- i) encuentro interpersonal;
- ii) grupos de autoayuda;
- iii) organización comunitaria;
- iv) coaliciones de acción política.

Estos mecanismos se ubican en un "Continuo de Empoderamiento", herramienta analítica que ayuda a esclarecer la utilización del concepto multifacético del abordaje estratégico de género en salud. El proceso de empoderamiento no es un proceso lineal, y este continuo es útil para entender mejor cómo nuestras intervenciones en salud pueden facilitar, o inhibir el empoderamiento de las personas.

En el caso específico de la temática de género, podemos distinguir entre las posibilidades de la mujer para mejorar su situación de salud, mediante un abordaje práctico de género que le facilite el acceso a los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades, y un empoderamiento que apunte al mismo tiempo hacia una mayor equidad en las relaciones de género. En este último sentido, estaríamos hablando de un cambio en la que mejoraría la posición relativa de la mujer, mediante un abordaje estratégico de género que le facilitaría el control sobre los recursos necesarios para satisfacer sus necesidades. En la práctica, como ya se había señalado, la distinción empírica entre los dos abordajes no es tan tajante, y el aumento del acceso a los recursos ha sido visto por muchas mujeres como una forma de empoderamiento. Conceptualmente, sin embargo, se hace necesario diferenciar entre acceso y control, ya que tal distinción es un elemento crucial en la definición operacional del empoderamiento.

Los cuatro mecanismos de empoderamiento mediante los cuales los servicios de salud pueden iniciar o fortalecer un abordaje estratégico de género son:

a. **Encuentro interpersonal:** Puede ocurrir a nivel de servicio directo, en donde los(as) trabajadores(as) de salud tienen una interacción directa con los(las) usuarios(as).

Los dos pilares de interacción que permiten que los servicios contribuyan al empoderamiento son:

- I. Que los servicios sean ofrecidos en un estilo apoyador, no controlador;
- II. Que éstos no se limiten a los servicios y recursos ofrecidos por la agencia.

Este tipo de apoyo respeta la autonomía del individuo y busca la comprensión de los contextos psicosociales y socioambientales de sus problemas. La relación proveedor(a) - usuario(a) es horizontal y el diálogo en la

## CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO DE LABONTÉ - (CONT.)

misma refuerza la búsqueda conjunta de una solución a los problemas de salud. Tal tipo de clima impulsa constantemente al individuo hacia el desarrollo de una mayor capacidad de actuar tanto sobre los síntomas como sobre las causas de los problemas. Este tipo de relación del(a) usuario(a) con los servicios para manejar un problema de salud a nivel individual, puede facilitar el empoderamiento personal.

Tomando el ejemplo de la violencia doméstica, se diría que la terapia individual que la mujer recibe de los servicios de salud puede promover el desarrollo del empoderamiento personal, en la medida en que ella aumenta su auto-respeto y progresa desde el status de víctima pasiva al de sujeto activo. Por supuesto, la atención individual y el manejo de crisis no tienen impacto sobre el problema estructural de la tolerancia de la violencia contra la mujer.

b. Desarrollo de Grupos de Autoayuda: El empoderamiento personal requiere oportunidades para que los individuos superen su aislamiento y la "indefensión aprendida" que este ambiente propicia.

Esto, de acuerdo con Labonté, puede lograrse a través del "trabajo de grupo" en el cual el individuo reconoce que no es el(la) único(a) que sufre el problema y que, por lo tanto, sus problemas, enfermedades, etc., no son algo particular. El trabajo de grupo ayuda a la persona a ver sus propias experiencias dentro de un contexto social. Estos grupos, sin embargo, aunque son muy importantes para generar procesos de empoderamiento, pueden permanecer aislados de diversas formas de acción y de organización política dirigidas a la resolución de problemas estructurales.

Siguiendo con el ejemplo de la violencia doméstica, vemos que los grupos de autoayuda formados por mujeres abusadas son una fuente importante para la promoción de autoestima y empoderamiento personal, pero no ofrecen insumos suficientes como para modificar las condiciones estructurales que toleran la violencia.

c. Organización Comunitaria: El desarrollo de grupos de autoayuda promueve el que las personas se organicen alrededor de problemas o situaciones que les son específicos.

La organización comunitaria, en contraste, envuelve un proceso de organización de las personas alrededor de problemas o situaciones que desbordan los intereses particulares de los involucrados. Los grupos de autoayuda alivian el sufrimiento particular y específico de sus miembros; las organizaciones comunitarias apuntan al enfrentamiento de las causas de ese sufrimiento. Ambos tipos de organizaciones son necesarias para generar procesos de cambio individual y colectivo.

La organización comunitaria a menudo envuelve conflicto con otros grupos de intereses. De acuerdo con Labonté, el conflicto, como antecedente de una negociación fructífera, es un ingrediente fundamental para lograr la democracia participativa. No obstante su importancia, la organización comunitaria puede limitarse a lo local y lo parroquial, sin tener efecto alguno sobre el control de los recursos en el nivel macro.

Para el caso de la violencia doméstica, vemos que las últimas décadas han presenciado la emergencia de organizaciones comunitarias no-gubernamentales de mujeres activistas que han ofrecido refugio y atención integral (legal, psicológica y física) a mujeres agredidas y que, además, han sensibilizado y concientizado la opinión pública sobre el problema.

**CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO DE LABONTÉ - (CONT.)**

d. Coaliciones de Acción Política: La formación de coaliciones para la acción política proporciona elementos que permiten superar las limitaciones propias de la organización comunitaria. Las acciones de tales coaliciones se dirigen generalmente a los niveles superiores de toma de decisión gubernamental. Se denominan coaliciones porque la acción es llevada a cabo por un número de grupos que se unen para ejercer presión con el fin de lograr un cambio político o una reforma social.

Las coaliciones de acción política usan el cabildeo como medio para lograr sus metas. Labonté define cabildeo (advocacy) como la "toma de posición frente a un asunto", en este caso, para iniciar acciones en un intento deliberado de influenciar las escogencias de la opinión pública.

Los profesionales de la salud pueden contribuir al surgimiento de coaliciones de acción política de tres maneras:

- (1) constituyéndose en recursos para el proceso, facilitando información y asesoría a los grupos en relación con las estructuras y funciones burocráticas;
- (2) legitimando las preocupaciones de salud de las coaliciones. Esto no significa que las agencias de salud tomen la misma posición sobre el problema que la coalición, pero sí que tomen posición sobre las implicaciones para la salud que reviste el problema; y
- (3) tomando posición ellos mismos frente a los problemas de salud. Una voz política organizada de profesionales puede ser crucial para el avance hacia formas de organización social más equitativas, sostenibles y sensibles a consideraciones de género.

Utilizando nuevamente el ejemplo de la violencia doméstica, veríamos que el sector salud podría legitimar las preocupaciones de los grupos de mujeres y reconocer en declaraciones públicas que la violencia en contra de las mujeres constituye un problema de salud pública de severidad creciente. De esta manera, se facilitaría que los grupos de mujeres y otros grupos de derechos humanos pudieran poner el tema de violencia contra la mujer "en la agenda" de los foros públicos y privados que gestan decisiones políticas. Un ejemplo en este sentido es la legitimidad que varios gobiernos han otorgado a los temas levantados por ONGs de mujeres, ilustrado por la creciente presencia de las ONGs en los foros intergubernamentales.

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA<sup>1</sup>

## Información general:

1. La evidencia científica y la investigación han demostrado que la lactancia materna es beneficiosa para la salud, la nutrición y la supervivencia infantil, la salud materna y el espaciamiento entre los nacimientos. Actualmente, la lactancia materna salva a seis millones de lactantes cada año a través de la prevención de la diarrea y las infecciones respiratorias agudas; es responsable por la tercera o cuarta parte de la reducción observada de la fecundidad; y puede proporcionar nutrición de alta calidad a una fracción del costo de los sucedáneos de alto riesgo.
2. OMS/UNICEF recomiendan que, para lograr una salud y una nutrición maternoinfantil óptimas, la orientación debe posibilitar que todas las mujeres alimenten a sus bebés exclusivamente con lactancia natural desde el nacimiento hasta, por lo menos, los cuatro primeros meses de vida y, preferentemente, hasta los 6 meses; y que continúen con el amamantamiento hasta los dos años y más, agregando alimentos complementarios adecuados.
3. En América Latina y el Caribe, los lactantes de las zonas urbanas son amamantados durante menos tiempo que los lactantes de las zonas rurales, observándose una rápida disminución durante los tres primeros meses en ambos grupos. A los 12 meses de edad, casi la mitad de los lactantes de las zonas rurales siguen siendo amamantados, pero sólo 16% de los lactantes de las zonas urbanas aparentemente reciben leche materna a esta edad.
4. La mayoría de los estudios sobre el tema revelan que la lactancia materna reduce la tasa de mortalidad en los niños. En un estudio de casos y controles en Brasil (Victoria et al., 1987), los lactantes que no recibían leche materna tenían 14 veces más probabilidades de morir de diarrea que los lactantes alimentados exclusivamente con lactancia natural.
5. El grado en el que el personal y los procedimientos hospitalarios rutinarios fomentan o desalientan las prácticas de amamantamiento entre madres novatas es uno de los principales factores determinantes de la tasa de inicio del amamantamiento (Winikoff y Baer, 1980; Winikoff y Castillo, 1989). Los proveedores deben recibir adiestramiento adecuado en los aspectos prácticos del manejo de la lactancia y comprender las necesidades de las mujeres que están amamantando.

---

<sup>1</sup> Fuente: 1) Lactancia Materna en América Latina y el Caribe, Programa de Nutrición de la División de Promoción y Protección de la Salud, Organization Panamericana de la Salud; 2) Breast-feeding: The Technical Basis and Recommendations for Action, World Health Organization.

**PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA - (CONT.)**

6. La gran mayoría de las mujeres de América Latina y el Caribe han amamantado a sus hijos. Sin embargo, es poco frecuente la práctica de recomendar la lactancia materna exclusiva durante los cuatro o seis primeros meses. En casi todos los países, prevalece la introducción temprana de líquidos como agua, té, jugos y leche de vaca. Por ejemplo, 80% de los niños en Lima han recibido agua antes de cumplir un mes de edad (Altobelli, 1991, Brown et al., 1989).
7. Las mujeres tienen actitudes positivas respecto a la lactancia materna en la mayoría de los países pero la complementan con otros líquidos casi de inmediato. Algunos autores indican que esta complementación se debe a la falta de motivación por amamantar de parte de la madre, así como también es una razón socialmente aceptable para la introducción del destete temprano. Sin embargo, una de las razones principales que las mujeres dan para explicar el complemento de la leche materna con otros líquidos es la creencia de que no tienen suficiente leche para alimentar a sus hijos.
8. Los datos indican que el empleo fuera del hogar no pareciera influir en la iniciación o en la continuación de la lactancia materna. En muchos países, la tasa de iniciación y duración del amamantamiento entre las mujeres que trabajan en el sector formal del trabajo no difiere significativamente de las mismas tasas de las mujeres que se quedan en casa. De todos modos, ya sea que reciban remuneración y trabajen o que no reciban remuneración y trabajen, todas las mujeres suelen desempeñar múltiples funciones simultáneamente. Estas funciones múltiples deben ser comprendidas cuando se busca una explicación de por qué las mujeres no amamantan exclusivamente y tantas veces como el niño lo demande durante los 4 ó 6 meses recomendados.
9. Los grupos de apoyo a las madres (GAM) proporcionan orientación, información y apoyo individuales y facilitan la formación de grupos para que las mujeres puedan intercambiar ideas sobre la lactancia materna y los buenos cuidados para sus hijos. Estos GAM intentan llenar un vacío para las madres cuando el amamantamiento no es la norma cultural y ella no cuenta con el apoyo de familiares y compañeros.
10. La promoción de la lactancia materna se ha concebido como una cuestión de salud importante para el lactante y un imperativo moral para la madre. Sin embargo, la comprensión de los obstáculos que afrontan las mujeres respecto a la lactancia materna exclusiva durante cuatro o seis meses debe basarse sobre la realidad de su vida diaria, incluyendo la forma en que se toman las decisiones en el hogar y en la pareja. La lactancia materna no es sólo una "cuestión de mujeres" sino una cuestión social en la que las otras partes responsables son también los miembros de la familia, en particular los compañeros varones, los sectores sociales incluyendo educación y salud, y los empleadores y los responsables de formular políticas.

**PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA - (CONT.)****Temas de reflexión**

1. La legislación que se ha promulgado en algunos países para asegurar que los empleadores sostengan el derecho de la mujer a amamantar ha sido contraproducente y, en algunos casos, los empleadores se muestran reacios a contratar mujeres casadas jóvenes.
2. La OMS y el UNICEF recomiendan que la lactancia materna continúe más allá de los seis meses hasta los dos años de edad, con la introducción de alimentos complementarios adecuados. ¿Cuán factible es esto si se tienen en cuenta los roles de género y las responsabilidades?
3. Se sabe poco acerca de las actitudes de los hombres respecto a la lactancia materna y su opinión acerca de la importancia de esta práctica para la salud del niño. ¿Por qué es importante comprender las actitudes de los hombres para promover la lactancia materna? ¿Qué se espera observar (en términos de actitudes y prácticas de apoyo a la mujer que amamanta) en los hombres de América Latina y el Caribe en general?
4. ¿Por qué algunos grupos de mujeres se opondrían a las formas en que tradicionalmente se ha promovido la lactancia materna?
5. ¿Cómo podría influir el énfasis que la sociedad atribuye a la delgadez y al atractivo sexual sobre las decisiones que toman las mujeres en cuanto a si van a amamantar o no?

**PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS****Información general:**

1. En los países en desarrollo, las tasas de notificación de casos de tuberculosis son similares para hombres y mujeres hasta la adolescencia; de allí en adelante los hombres exhiben tasas más altas. Entre las razones que se han postulado, figuran las siguientes:
  - a. Es posible que las mujeres sean menos susceptibles a la infección de tuberculosis durante la adolescencia y después de ésta a causa de una diferencia inmunológica de mediación hormonal que las protege.
  - b. Es posible que las mujeres presenten respuestas más débiles de hipersensibilidad retardada que los hombres; posiblemente, los hombres y las mujeres registran una prevalencia análoga de la infección, pero la intensidad de la reacción cutánea en las mujeres infectadas no es suficientemente marcada como para interpretarla como prueba positiva durante la adolescencia y después de ésta (se ha comprobado esta reacción más baja de hipersensibilidad retardada en las mujeres). No está claro por qué los hombres de edad avanzada tienen un riesgo mayor de progresión de la infección hacia la enfermedad, en comparación con las mujeres de edad avanzada. La inmunidad celular puede disminuir más rápidamente en los hombres que en las mujeres y hay más hombres que fuman y consumen alcohol, lo cual puede debilitar su sistema inmunológico.
2. Entre las mujeres de 15 a 40 años de edad, la probabilidad de que la infección de tuberculosis progrese hasta llegar a la enfermedad es casi el doble que para los hombres de la misma edad y, entre los hombres, hay más probabilidades de que la infección progrese hasta llegar a la enfermedad después de los 40 años de edad. Una de las posibles razones de la rápida progresión en las mujeres en edad de procrear puede ser la tensión durante el embarazo. Algunos estudios revelan que el riesgo de progresión de la infección a la enfermedad entre las mujeres, es particularmente grave durante el período de posparto. Una serie de factores pueden explicar esto, entre ellos, los rápidos cambios hormonales, el descenso del diafragma en el posparto y la reexpansión de los pulmones, las exigencias nutricionales durante la lactancia y el reposo insuficiente debido a las exigencias del recién nacido.
3. Las mujeres registran una mayor letalidad y mortalidad por tuberculosis que los hombres hasta los 30 años de edad. Algunos estudios indican que ello puede ser consecuencia de un deterioro del estado inmunológico y nutricional que puede o no ser resultado de complicaciones durante el embarazo; también, es posible que haya niveles más pobres de atención de salud para las mujeres o que las mujeres acudan a los servicios de salud cuando ya se encuentran en etapas muy avanzadas de la enfermedad.

Un estudio realizado en Bolivia reveló que el lapso entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico era superior a 6 meses en la mayoría de las mujeres, comparado con 1 ó 6 meses en la mayoría de los hombres. Este retraso en el diagnóstico puede explicar parcialmente las tasas superiores de letalidad y mortalidad observadas entre las mujeres.

4. Detección pasiva vs. detección activa de casos: las tasas de notificación de casos en todas las edades son más altas entre los hombres que entre las mujeres cuando se usa la detección pasiva de casos. Se detecta mayor número de mujeres infectadas que de hombres infectados mediante la detección activa de casos. Una de las

**PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS - (CONT.)**

razones podría ser que no se está diagnosticando la tuberculosis en las mujeres que acuden a los servicios de salud para recibir cuidados prenatales o posnatales. Además, es posible que las mujeres no soliciten atención de salud, a pesar de sus síntomas. Dado que los hombres participan más en la esfera "pública" (servicio militar, empleo formal), tienen más probabilidades de ser sometidos a pruebas de detección de la tuberculosis, mientras que las mujeres que tienen probabilidades de participar solamente en actividades domésticas, no son objeto de dicho examen de detección.

5. El VIH está fuertemente asociado con la tuberculosis y esto puede tener un impacto particularmente grave sobre las jóvenes de los países en desarrollo porque están expuestas a mayor riesgo de contraer la infección por el VIH en un momento en el que, al parecer, también es mayor el riesgo de progresar hacia la TBC. Los estudios han encontrado que la disparidad en la tasa para la infección por el VIH en los casos de baciloscopia positiva para la tuberculosis es significativamente mayor entre las mujeres que entre los hombres del grupo de edad de 15 a 34 años.
6. Las repercusiones de la tuberculosis en los miembros de la familia son graves. Como principales cuidadoras de los hombres de la familia que están infectados, las mujeres están expuestas a un mayor riesgo. Cuando otras personas se enferman, las mujeres las atienden pero cuando ellas se enferman a menudo no reciben mucha ayuda.
7. A nivel mundial, se pierden más años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) debido a la tuberculosis que a la infección por el VIH, otras ETS o la malaria. Esta carga debe considerarse teniendo en cuenta otra posibilidad: la subnotificación de casos, particularmente, en las mujeres.

**Temas de reflexión**

1. ¿Por qué razón las tasas de notificación de la infección en hombres durante y después de la adolescencia son más altas que las de las mujeres?
2. ¿Por qué habrá tales diferencias entre los hombres y las mujeres con respecto a la detección activa de casos comparada con la pasiva? ¿Qué diferencia podrá haber entre los hombres y las mujeres en relación al acceso (geográfico, económico, cultural, etc.) a los servicios de salud y, en particular, a los servicios de diagnóstico de la tuberculosis?
3. ¿Por qué será que las mujeres en edad de procrear progresan con mayor rapidez de la infección a la enfermedad que los hombres de la misma cohorte de edad? ¿Por qué razón esto cambia completamente después de los 40 años de edad?
4. ¿Por qué las tasas de letalidad para las mujeres son más altas que las de los hombres hasta los 30 años de edad?

## **DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR**

### **Información general:**

1. Durante los próximos tres decenios, el porcentaje de crecimiento de la población de edad avanzada de América Latina oscilará entre 25% en Uruguay y 282% en Costa Rica. La tasa de crecimiento del grupo de los adultos mayores de más edad (las personas de 85 años y más) es superior a la de todas las otras edades en América Latina y el Caribe.
2. En promedio, las mujeres viven más años que los hombres.
3. La educación en la edad temprana ejerce un efecto importante en el bienestar de los adultos mayores. El analfabetismo es casi siempre más frecuente entre las mujeres mayores que entre los hombres.
4. En las encuestas de los adultos mayores que viven en comunidades, las tasas de demencia senil son mucho más altas entre los que han recibido poca educación.
5. Las sociedades reaccionan de diversas formas ante la demencia senil. Algunas sociedades son más tolerantes que otras que pueden considerar la demencia como un estado patológico.
6. Es posible que los problemas de salud mental se relacionen con la falta de alimentos. El Banco Mundial calcula que 780 millones de personas de todas las edades padecen de deficiencia de energía en todo el mundo. Los adultos mayores, en particular las mujeres, son desproporcionadamente pobres y, en consecuencia, tienen más probabilidades de estar desnutridos que la población general. La falta de alimentos puede causar confusión y pérdida de la memoria.
7. Los estudios revelan que los adultos mayores pueden evitar algunos problemas de salud mental si mantienen una vida social activa. Los cambios sociales asociados con la industrialización a menudo aíslan a los adultos mayores de sus funciones anteriores y aumentan su dependencia, lo cual da lugar a que estos pierdan su dignidad, auto-respeto y a que se debiliten las redes de apoyo filial.
8. La responsabilidad del cuidado de los adultos mayores recae, predominantemente, en los hijos y, mayormente, en las hijas.
9. Existe una prevalencia elevada de trastornos físicos múltiples que coexisten con la edad avanzada: incontinencia, fractura de la cadera, pérdida sensorial. Estos influyen en la salud mental debido a la pérdida de la autoestima y la independencia. Estos trastornos son más prevalentes entre las adultas mayores que entre los adultos mayores.

**DISEÑO DE UNA INTERVENCIÓN COMUNITARIA PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL DEL ADULTO MAYOR - (CONT.)****Temas de reflexión**

1. ¿ Los adultos y adultas mayores tienen necesidades biológicas que dependen específicamente del sexo y que provienen de una variedad de diferencias inmunológicas, genéticas o fisiológicas? ¿Podría relacionarse esto con la mayor incidencia entre las mujeres de enfermedades crónicas y enfermedades como la incontinencia urinaria, la diabetes, la hipertensión, etc.?  
  
¿Cómo podrían influir estas diferencias en el tipo de información suministrada a los trabajadores de salud y a los miembros de la familia que cuidan a los adultos mayores y a las adultas y adultos mismos?
2. ¿De qué forma los roles de género podrían proteger o aumentar el riesgo para hombres y mujeres de sufrir estas enfermedades que caracterizan el envejecimiento?
3. Dada la importancia que tienen la educación y la participación continua en la sociedad para mantener la salud mental de los adultos y las adultas mayores, ¿cómo podría estructurarse un programa para responder mejor a las diferentes oportunidades que cada sexo ha tenido para desarrollar sus capacidades intelectuales y sociales?
4. Dado que en las familias son principalmente las mujeres quienes prestan cuidados a los adultos mayores, ¿qué puede hacer el Estado para promover una distribución más equitativa de la responsabilidad de la atención de las personas de edad en el seno de sus familias?

## LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO

## Información general:

1. Según la OMS, se calcula que el consumo de tabaco ocasiona tres millones de defunciones anuales, de las cuales alrededor de medio millón ocurren entre las mujeres. Un poco más de la mitad de estas mujeres viven en los países desarrollados. Se espera que el número de defunciones aumente dramáticamente de 3 a 10 millones durante los próximos 20 años. Únicamente si hubiese una reducción considerable en la prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes disminuiría la frecuencia de las defunciones relacionadas con el tabaco, ya que la mayoría de éstas ocurrirán entre los jóvenes y los adultos jóvenes de hoy.
2. En los países desarrollados, las mujeres que más fuman están entre las que reciben bajos ingresos y tienen trabajos de baja categoría o que están económicamente inactivas. Por otro lado, en América Latina las jóvenes adineradas e instruidas de hoy son las que más probablemente empezarán a fumar.
3. Existen estudios del Reino Unido que muestran que el gasto en tabaco entre los hogares de bajos ingresos con niños es más elevado que entre los hogares de bajos ingresos sin niños. El gasto en tabaco más alto per cápita se registra en los hogares en los que hay un solo adulto con niños. Estudios cualitativos sobre los cuidados prestados, ponen de relieve las experiencias sobre las que se basa la relación entre el tabaquismo, la pobreza y el cuidado de los niños. Las madres que cuidan a sus hijos en los hogares de bajos ingresos declararon que el consumo de cigarrillos les ayudaba a hacer frente a las exigencias de sus hijos cuando éstas eran "demasiado para ellas". Al llevar un modo de vida desprovisto de gastos personales, los cigarrillos eran lo único que las mujeres se compraban para sí mismas.
4. Estudios realizados en América Latina y los Estados Unidos revelan que las jóvenes fuman por dos razones muy diferentes de las de los jóvenes. Las jóvenes consumen cigarrillos para controlar su peso y parecer más maduras; éstas no son las razones por las que fuman los jóvenes.
5. En América Latina, las encuestas indican amplias variaciones en la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres; desde 3% en La Paz hasta 49% en Buenos Aires. La mayoría de los informes de encuestas recientes indican que está aumentando la prevalencia entre las mujeres, en particular en los países que registran las tasas más elevadas de urbanización.
6. En general, los países donde se empezó a fumar fueron los primeros en registrar una disminución en la prevalencia del tabaquismo entre las mujeres de ciertos grupos de edad. Sin embargo, datos recientes de los Estados Unidos y Canadá han revelado tasas más elevadas de tabaquismo entre las jóvenes de 14 a 19 años de edad que entre los varones del mismo grupo de edad.
7. Un estudio australiano (1995) de 60.000 estudiantes de 7o, 9o y 11o grados indica que las adolescentes que fuman cigarrillos lo hacen regularmente porque son un bálsamo para la depresión y la ansiedad. Un estudio

## LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO - (CONT.)

realizado en Chile halló que las jóvenes que fumaban registraban una puntaje inferior en las mediciones de autoestima que las que no lo hacían, algo que no ocurre con los jóvenes para quienes la autoestima no es un factor determinante del inicio y la continuación del tabaquismo.

8. En el mismo estudio chileno se observó que, para los jóvenes varones, la importancia asignada a la religión parecía ser un factor clave en si empezaban o no a fumar, con una fuerte asociación entre la importancia concedida a la religión y el no fumar (lo cual no ocurría entre las jóvenes). Para ambos sexos, el hecho de que los amigos fumen está estrechamente ligado a la probabilidad de comenzar a fumar. Para las jóvenes, la creencia de que fumar es nocivo es un factor disuasivo para empezar a fumar, cosa que no ocurre entre los jóvenes.
9. Por razones biológicas, las consecuencias del consumo de tabaco son diferentes para cada sexo. Para las mujeres, el tabaquismo tiene consecuencias particularmente adversas tanto para su propia salud como para la salud de sus hijos. Por ejemplo, las mujeres que usan anticonceptivos orales tienen más probabilidades de padecer problemas cardiovasculares cuando tengan más edad. Además, los datos recopilados en los Estados Unidos indican que se ha encontrado que la asociación entre tabaquismo y menopausia precoz es altamente significativa. Las implicaciones que esta relación tiene para la salud pública se derivan de los efectos adversos de la menopausia precoz en la morbilidad y la mortalidad para varios trastornos, incluyendo la relación entre menopausia y mortalidad por enfermedades cardiovasculares, así como entre menopausia y osteoporosis.
10. Muchas mujeres se están dando más cuenta de los peligros que entraña fumar durante el embarazo, pero desconocen los riesgos del tabaquismo después del parto. Pocos fumadores regulares se dan cuenta de que sus hijos están inhalando pasivamente el humo de tabaco. Los hijos de padres que fuman tienden a sufrir de una serie de problemas de salud en los primeros años de vida, especialmente enfermedades e infecciones respiratorias. Existe un trastorno conocido como "síndrome del lunes" por la mañana, que ocurre cuando los niños que han estado inhalando el humo durante el fin de semana contraen otitis e infecciones respiratorias el domingo por la noche y tienen que acudir a un médico el lunes por la mañana.

**Temas de reflexión:**

1. En América Latina, el consumo de tabaco parece estar asociado con las relaciones de género. En los subgrupos de población en los que la subordinación de las mujeres es mayor, el consumo de tabaco es menor que en los subgrupos en los que hay mayor equidad de género. ¿Cuál cree que es la causa subyacente a este hallazgo? ¿Cómo podrían adaptarse los mensajes para contrarrestar esta tendencia en las mujeres?
2. Un estudio realizado en Chile encuentra que el conocimiento de que el tabaquismo es nocivo no disuade a los hombres de empezar con el hábito. ¿Cuál cree que es la causa subyacente de esta observación? ¿Cómo podrían adaptarse los mensajes para contrarrestar esta tendencia en los hombres?

**LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO - (CONT.)**

3. ¿Si usted fuese a recibir una subvención para estudiar si la nicotina es más adictiva para uno de los sexos sólo por razones biológicas, ¿esperaría encontrar que es más adictiva para los hombres, para las mujeres o igualmente adictiva para ambos? ¿Por qué sería importante este tipo de estudio para los programas de cese del tabaquismo?
  
4. En Canadá, un programa de cese del tabaquismo halló marcadas diferencias de género respecto a la capacidad de los hombres y las mujeres casadas para abandonar el hábito de fumar. Para los hombres casados, fue mucho más fácil que para las mujeres casadas. ¿Por qué cree que ocurrió esto? ¿Cómo adaptaría un programa de cese del tabaquismo teniendo esto en mente?
  
5. En los Estados Unidos, el Presidente Clinton anunció recientemente una serie de políticas para frenar el consumo de tabaco entre los adolescentes. Gran parte de ello tenía que ver con prohibir la promoción y la publicidad de todos los productos de tabaco; la revisión de la legislación relativa a la venta de tabaco a los menores de edad para incluir sanciones más severas; y la legislación prohibiendo la venta de productos de tabaco mediante máquinas expendedoras automáticas en los lugares frecuentados por los niños y los adolescentes. En su opinión y teniendo en cuenta consideraciones de género, entre las políticas mencionadas, ¿cuál frenará más el tabaquismo entre las jóvenes?, ¿entre los jóvenes? ¿o no habrá ninguna diferencia?, ¿por qué?

**ENFOQUES DE DESARROLLO**

**ENFOQUES DE PROGRAMAS Y PROYECTOS QUE SE DERIVAN DEL MODERNISMO (MYD)**

*Enfoque Asistencial* <-----> **Asistencia/beneficencia**

- Ayuda a los grupos más vulnerables, entre éstos las mujeres;
- Identifica a las mujeres como receptoras pasivas del desarrollo;
- Se basa en una perspectiva centrada en la familia como unidad, acentuando el rol reproductivo de la mujer;
- Considera que una mejor crianza de los hijos constituye el principal aporte de la mujer al desarrollo;
- Tiene un abordaje práctico de género.

*Enfoque de antipobreza* <-----> **Las desigualdades de género obedecen a la pobreza, no a la subordinación de género**

- Intenta asegurar un aumento en la productividad de las mujeres pobres;
- Afirma que las mujeres pobres son un problema del subdesarrollo;
- Reconoce el rol productivo de las mujeres;
- Hace énfasis en proyectos de generación de ingresos;
- Tiene un abordaje práctico de género.

*Enfoque de eficiencia* <-----> **Compensación de los procesos de ajuste estructural**

- Se basa en que una mayor participación económica de las mujeres en las acciones de desarrollo, les permitirá avanzar hacia la igualdad con los hombres;
- Supone que las mujeres tienen más tiempo libre;
- Visualiza a las mujeres en relación con su capacidad para compensar el deterioro de los servicios públicos;
- Se dirige a los roles productivos y de gestión comunitaria;
- Tiene un abordaje práctico de género.

## ENFOQUES DE DESARROLLO - (CONT.)

## ENFOQUES DE PROGRAMAS Y PROYECTOS ORIGINADOS EN GRUPOS DE MUJERES

*Enfoque de igualdad* <-----> Discriminación positiva para lograr que las mujeres sean participantes activas en el desarrollo

- Las mujeres constituyen la población meta de programas y proyectos;
- A través de legislación, se dirigen políticas de discriminación positiva para asegurar la incorporación de las mujeres en la fuerza laboral, en instituciones educativas, y para asegurar que sus derechos y su autonomía sean respetadas;
- Los proyectos están destinados a reducir la desigualdad entre hombres y mujeres, sobre todo en lo que respecta a la división de trabajo por género, aumentando la autonomía política y económica de las mujeres;
- Se dirige a cualquiera de los tres roles (reproductivo, productivo o comunitario);
- Tiene un abordaje estratégico de género que, a través de intervenciones estatales de arriba hacia abajo, busca dar autonomía política y económica a las mujeres, para disminuir la desigualdad.

*Enfoque de empoderamiento* <-----> Define el empoderamiento como aumento de acceso y control sobre el uso de recursos materiales/económicos, políticos, de información/educación y de tiempo

- Está muy influenciado por la teoría de Freire sobre la concientización de los pueblos oprimidos;
- Propone, en salud, una nueva relación de "poder para actuar con" el sector salud y los diferentes grupos de una población;
- Establece los pasos hacia el empoderamiento en: a) personal; b) grupos de autoapoyo; c) organización comunitaria; d) coaliciones de acción política;
- Busca atender las necesidades particulares de hombres y mujeres en sus múltiples roles, a través de la movilización desde la base, como medio para enfrentar los distintos tipos de opresión;
- Propone un abordaje práctico y estratégico de género

## CITAS DE DOCUMENTOS

1. La inversión en la salud y educación de la mujer, produce beneficios a la sociedad que son significativamente mayores que los producidos por inversiones similares en los hombres. Esto se debe a las estrechas correlaciones existentes entre, por un lado, salud, nivel nutricional y educación de la mujer y, por el otro, salud y nivel de educación y productividad de futuras generaciones. Estas correlaciones son aún mayores cuando las mujeres tienen el control sobre la distribución de los recursos dentro del hogar.
2. La falta de acceso al crédito, a la tierra, a la información y a la tecnología, agrava la inequidad de género. Cuando las mujeres tienen acceso al crédito, el efecto sobre el bienestar de la familia y sus miembros es notable. El préstamo de recursos financieros a las mujeres está ligado con mejoras en el nivel de la salud de los hijos.
3. Las mujeres son más vulnerables que los varones a deficiencias de micronutrientes, lo que deteriora la salud. La mala salud y nutrición, disminuyen la productividad y las posibilidades de aprovechar las ganancias de las inversiones en educación. Recientes estimaciones sugieren que los efectos combinados de solo tres tipos de deficiencias—Vitamina A, yodo y hierro—sobre la morbimortalidad, podrían significar una reducción de hasta un 5% del producto interno bruto, y que la corrección de esas deficiencias, costaría menos del 0.3% del PIB de los países en desarrollo.
4. La malnutrición de los lactantes está ligada a la pobreza y al bajo nivel educativo de las mujeres.
5. Datos de Brasil indican que cuando se le da a la mujer un mayor control sobre los recursos, se logra un mayor impacto en las medidas antropométricas de sus hijos, un mayor nivel de nutrición en su familia, y una mayor proporción del presupuesto familiar dedicado a la salud y la educación de los hijos, que cuando el hombre controla los recursos.
6. Hay una conexión crítica entre la provisión de servicios de salud públicos y el acceso de la mujer a las oportunidades de educación. Una madre instruida sobre atención preventiva de salud y tratamiento oportuno de enfermedades, las de ella y las de sus hijos(as), reducirá el gasto de atención de salud y, en muchos casos, prevendrá muertes prematuras. Muchos de estos servicios son costo-efectivos y pueden ser proporcionados en centros de atención primaria de salud.

**PROGRAMA MULTISERVICIOS DE SALUD**

La mayor parte de los pobladores del Distrito de San Juan son migrantes del interior del país. Han organizado sus lugares de vivienda en los alrededores de la ciudad, conformando un paisaje urbano conocido con el nombre de asentamientos urbano-marginales que carecen de infraestructura y servicios. Gran parte de los pobladores trabajan en el sector informal.

Desde el punto de vista organizativo, algunos de los asentamientos cuentan con comisiones coordinadoras en torno a reivindicaciones tales como la propiedad de la tierra; dichas coordinadoras están integradas en su mayoría por varones. La forma organizativa escogida por las mujeres es, con más frecuencia, la de clubes de madres; el eje convocante de estos clubes de madres gira, básicamente, en torno a la salud de los niños.

Con el fin de mejorar las condiciones de salud, especialmente las de las mujeres, una ONG decide gestionar fondos para la ejecución de un proyecto que afecta a cinco asentamientos del Distrito. El motivo de la elección reside en el alto nivel organizativo de los mismos. En efecto, dos son las organizaciones en las que se agrupan los pobladores del lugar: la Coordinadora Pro-Tierra y la Comisión Interbarrial de Madres.

La ONG que propone el proyecto venía realizando tareas de alfabetización de adultos y apoyo escolar a los niños con la mencionada Comisión de Madres, responsable desde hace 4 años del comedor infantil que funciona en el lugar. Se trata de una comisión de madres formada por las mujeres líderes de los distintos asentamientos, quienes deciden, luego de varias propuestas, abordar la problemática de salud.

El proyecto se propone como una experiencia piloto focalizada en cinco asentamientos del Distrito de San Juan, que sería replicada luego a través de un Plan Distrital de Salud en el conjunto de los asentamientos urbano-marginales del Distrito de San Juan y en el que participarían, además, representantes municipales y otras organizaciones vecinales.

**La meta del proyecto es:**

Mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de los habitantes del Distrito de San Juan, focalizando las mujeres en edad reproductiva y los niños.

**Los propósitos del proyecto son:**

1. Brindar servicios preventivos y de atención de la salud, particularmente a niños menores de 6 años y mujeres en edad reproductiva, a través de la puesta en marcha de un centro de multiservicios de atención pediátrica y ginecológica, perinatal y laboratorios.
2. Promover el acceso a tales servicios mediante una difusión permanente de temas de salud a través de distintos informativos (boletines, altoparlantes, etc.).

**PROGRAMA MULTISERVICIOS DE SALUD - (CONT.)**

3. Facilitar el acceso a través de servicios de atención ambulatoria en los distintos asentamientos, especialmente servicios de inmunización y control de la embarazada.
4. Apoyar y capacitar a las organizaciones existentes, especialmente la integrada por mujeres, en la formulación, la gestión y el desarrollo de un plan de salud distrital, en coordinación con el municipio de la zona. El Plan de Salud Distrital atenderá a la totalidad de los asentamientos del Distrito de San Juan.

**A. LOGROS DEL PROYECTO:**

- A.1. Las consultas y atención de la población infantil a través de los servicios ambulatorios, fueron evaluados por las madres como eficaces. La morbimortalidad infantil disminuyó considerablemente.

**B. DIFICULTADES DEL PROYECTO:**

- B.1. Un buen número de las mujeres atendidas en los servicios ambulatorios, tuvo que ser derivado al Centro de Multiservicios porque los casos presentaban complicaciones. Sin embargo, el Centro no tuvo capacidad resolutive.
- B.2. El Centro de Multiservicios enfrentó problemas presupuestarios y de autosostenimiento. Ello determinó la necesidad de modificar el foco de atención, que inicialmente había sido niños menores de 6 años y mujeres en edad reproductiva, y ampliar sus servicios a la población en general. A su vez, se tuvo como resultado un aumento de los tiempos de espera, de entrega de resultados, de otorgamiento de fechas para exámenes, y se vio entorpecida la atención personalizada, entre otros inconvenientes.
- B.3. En relación con los aspectos organizativos, surgieron problemas entre las organizaciones vecinales en torno a la determinación de las prioridades en salud. Por ejemplo, la Coordinadora Pro-Tierra estimaba que una forma de resolver el problema de autosostenimiento del Centro de Multiservicios era recortar los servicios de ginecología, recorte al que se oponía la Comisión Interbarrial de Madres.
- B.4. A estas dificultades entre una y otra organización vecinal, se sumó otra: la Coordinadora Pro-Tierra, alegando su experiencia en la "negociación" con la autoridades, consideró que eran sus integrantes quienes debían participar como únicos representantes comunales en la formulación del Plan de Salud Distrital.
- B.5. La lucha por continuar participando obligaba a las integrantes de la Comisión Interbarrial de Madres a asumir una mayor cantidad de horas de trabajo voluntario, horas con las que no contaban si se tomaba en cuenta que se trataba de líderes comunales con otros cargos funcionales y que, además, participaban en el mercado de trabajo. Estas dificultades dieron como resultado que la Comisión cayera en un proceso de desgaste que paulatinamente alejó a sus integrantes de las reuniones organizadas para el desarrollo del Plan de Salud.

**ESTUDIOS DE CASO PARA ANALIZAR****GUÍA DE ANÁLISIS Y DISCUSIÓN****OBJETIVOS DEL PROYECTO**

- a. Dentro de los grupos focalizados en la intervención, ¿a qué roles - reproductivos, productivos y/o de gestión comunitaria- tanto de mujeres como de hombres adultos (de ser el caso), se dirigió el proyecto en sus objetivos? ¿Con qué fin?
- b. ¿A qué necesidades particulares de mujeres y hombres en el ámbito de la salud se dirigió el proyecto en sus objetivos?
- c. ¿Qué enfoque de desarrollo predominó en sus objetivos: asistencial, antipobreza, eficiencia, igualdad o empoderamiento? ¿Cuáles otros enfoques se pueden identificar?
- d. ¿En los objetivos, tuvo un abordaje práctico de género (APG) o un abordaje estratégico de género (AEG)?

**EJECUCIÓN E IMPACTO DEL PROYECTO**

- e. Dentro de los grupos focalizados, ¿en cuáles roles - reproductivos, productivos y/o de gestión comunitaria- tanto de mujeres como de hombres adultos (de ser el caso), impactó el proyecto? ¿De qué manera?
- f. ¿En cuáles necesidades particulares de mujeres y hombres en el ámbito de la salud impactó el proyecto? ¿De qué manera?
- g. ¿Qué enfoque de desarrollo predominó en la realidad: asistencial, antipobreza, eficiencia, igualdad o empoderamiento? ¿Cuáles otros enfoques se pueden identificar?
- h. ¿En la realidad, hubo un abordaje práctico de género (APG) o un abordaje estratégico de género (AEG)?
- i. ¿Qué cambios relacionados con acceso y control de uno o más de los recursos (materiales/económicos, políticos, información/educación, tiempo) para uno o más de los grupos considerados, ocurrieron durante el proceso?
- j. Pensando en los mecanismos del proceso de empoderamiento, de un ejemplo de cómo se hubiera podido modificar el proyecto (ya sea en su diseño o durante el desarrollo del mismo), para lograr una mejor respuesta a las necesidades específicas en salud de mujeres y hombres y un mayor acercamiento a un abordaje estratégico de género.

**HOJA DE TRABAJO PARA ESTUDIO DE CASO NO. 1**

<b>a. OBJETIVOS DEL PROYECTO</b>				
<b>ROLES</b>	<b>REP.</b>	<b>PROD.</b>	<b>G.C.</b>	
Mujeres				
CIM				
CPT				
<b>b. Necesidades de salud</b>				
Mujeres				
CIM				
CPT				
<b>c. Enfoques de desarrollo</b>				
Asistencial	Anti-Pob.	Eficiencia	Igualdad	Empoderamiento
<b>d. Abordajes</b>				
APG?	AEG?			

**HOJA DE TRABAJO PARA ESTUDIO DE CASO NO. 1- (CONT.)**

e. REALIDAD DEL PROYECTO								
ROLES	REP.			PROD.			G.C.	
Mujeres								
CIM								
CPT								
f. Necesidades de salud								
Mujeres								
CIM								
CPT								
g. Enfoques de desarrollo								
Asistencial	Anti-Pob.	Eficiencia	Igualdad	Empoderamiento				
h. Abordajes								
APG?				AEG?				
i. ACCESO					CONTROL			
	M/E	P	I/E	T	M/E	P	I/E	T
Mujeres								
CIM								
CPT								
j.								

**EL AGUA Y EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA**

En una área rural agrícola con aldeas pequeñas distribuidas a lo largo de un río, el problema de desarrollo ha sido identificado de manera muy sencilla: no existe suficiente provisión de agua apta para consumo humano. Los problemas de salud derivados de esta situación son muchos: enfermedades entéricas, principalmente en los niños, y algunas enfermedades epidérmicas. Los habitantes de las casas cercanas al río tienen problemas con la calidad de agua y las mujeres tienen que asegurar que se hierva toda el agua que se consume. Las mujeres que habitan las casas más alejadas, tienen que caminar hasta 2 o 3 kilómetros hasta el río y tienen el doble problema del transporte del agua y de su mala calidad.

Se sabe que hay acuíferos cercanos con aguas subterráneas de buena calidad, por lo que el Departamento de Sanidad Ambiental del distrito al que pertenece el área decide construir pozos con lo cual se resolverían los problemas de calidad y de transporte. También se decide construir letrinas, teniendo cuidado en su ubicación y construcción de no contaminar el agua subterránea.

Sobre la base de esta breve descripción del problema, el Departamento de Sanidad Ambiental del Distrito a que pertenece el área decide implementar un proyecto con las siguientes características:

**La meta del proyecto es:**

Contribuir a mejorar la calidad de vida de los pobladores especialmente de las mujeres y los niños.

**Los propósitos del proyecto son:**

1. Construir y poner en funcionamiento en cada una de las comunidades, por lo menos un pozo de agua y capacitar a la población sobre el cuidado de los pozos y las bombas de mano.
2. Construir en cada una de las comunidades por lo menos una letrina por cada cinco personas.
3. Capacitar a la población femenina de las aldeas en el uso y cuidado de las letrinas, el buen uso del agua, higiene y preparación de alimentos.

**A. RESULTADOS DEL PROYECTO:**

- A1.** Se construyó un pozo de agua en cada una de las comunidades.
- A2.** Se capacitó a 80% de las mujeres en edad reproductiva de las aldeas, en higiene, buen uso del agua, preparación de alimentos y uso y cuidado de los pozos de agua.
- A3.** En la medida en que la mujer es quien acarrea y hierve el agua y busca leña para combustible, la construcción de los pozos de agua para consumo humano en sus comunidades fue un verdadero alivio para ellas, teniendo en cuenta la pesada carga de trabajo que este proceso significaba. Ahora las mujeres contaban con tiempo libre que antes no tenían.

**EL AGUA Y EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA - (CONT.)**

**A4.** Disminuyeron las diarreas repetidas que tenían los niños al cabo de sólo 3 meses de haberse implementado el proyecto.

**A5.** Se capacitó a 2 hombres de cada comunidad en el mantenimiento de los pozos y bombas de mano.

**A6.** Al poco tiempo de haberse construido las letrinas, los hombres de las aldeas usaron las mismas para guardar sus herramientas agrícolas.

**B. DIFICULTADES DEL PROYECTO:**

**B1.** El tiempo libre de las mujeres fue rápidamente ocupado para ayudar a los hombres en los cultivos comerciales. Más tarde, a raíz de que ellos se dedicaron a la comercialización de los mismos, las mujeres se hicieron cargo de los cultivos; como consecuencia, las mujeres se vieron nuevamente realizando un trabajo de largas jornadas y tan pesado como el que tenían que hacer cuando dedicaban su tiempo al acarreo y a la preparación del agua.

**B2.** Las mujeres que vivían en las aldeas más alejadas del río, hallaron en esta nueva situación una desventaja: se dejó de practicar el transporte de agua que se realizaba grupalmente y durante el transcurso del cual compartían alegrías y preocupaciones de diversa índole; de este modo perdieron el único momento de entretenimiento que tenían.

**NOTA:** El análisis se deberá focalizar en hombres y mujeres de la comunidad.

**HOJA DE TRABAJO PARA ESTUDIO DE CASO NO. 2**

a. OBJETIVOS DEL PROYECTO			
ROLES	REP.	PROD.	G.C.
Mujeres			
Hombres			

b. Necesidades de salud	
Mujeres	
Hombres	

c. Enfoques de desarrollo				
Asistencial	Anti-Pob.	Eficiencia	Igualdad	Empoderamiento

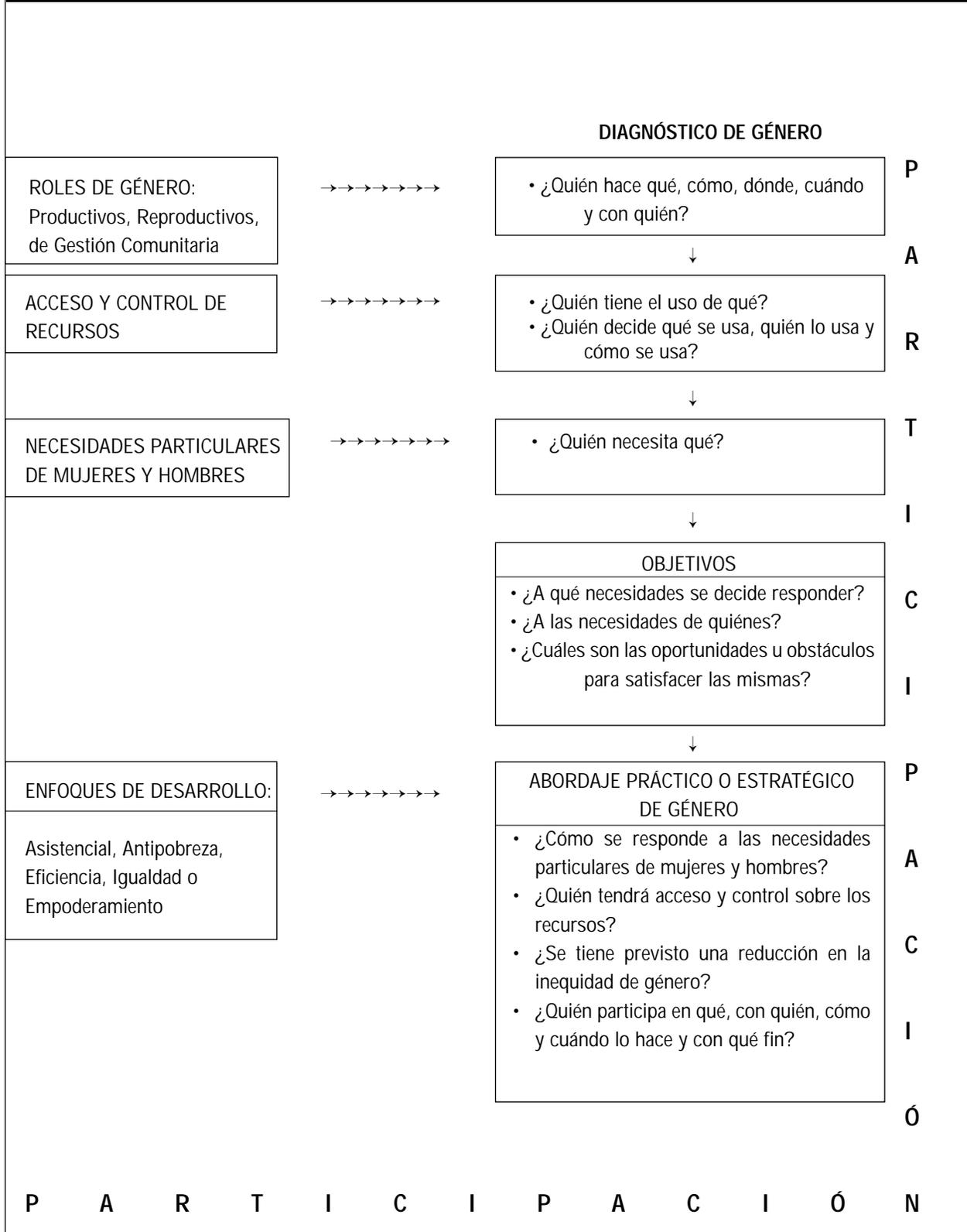
  

d. Abordajes	
APG?	AEG?

**HOJA DE TRABAJO PARA ESTUDIO DE CASO NO. 2 - (CONT.)**

e. REALIDAD DEL PROYECTO								
ROLES	REP.			PROD.		G.C.		
Mujeres								
Hombres								
f. Necesidades de salud								
Mujeres								
Hombres								
g. Enfoques de desarrollo								
Asistencial	Anti-Pob.	Eficiencia	Igualdad	Empoderamiento				
h. Abordajes								
APG?				AEG?				
i. ACCESO					CONTROL			
	M/E	P	I/E	T	M/E	P	I/E	T
Mujeres								
Hombres								
j.								

**PASOS PARA LA PLANIFICACIÓN DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO**



**GUÍA DE PREGUNTAS - ANÁLISIS DE PROYECTO**

a. Realicen el diagnóstico de género, respondiendo a las siguientes preguntas:

- ¿A qué roles —reproductivos, productivos y/o de gestión comunitaria— tanto de mujeres como de hombres (de ser el caso), se dirige el proyecto en sus objetivos? ¿Con qué fin?
- ¿A qué necesidades particulares de hombres y mujeres en el ámbito de la salud se dirige el proyecto en sus objetivos?, ¿y de qué hombres y mujeres?
- ¿Qué enfoque de desarrollo predomina en sus objetivos: asistencial, antipobreza, eficiencia, igualdad o empoderamiento? ¿Cuáles otros enfoques se pueden identificar?
- ¿Tienen los objetivos un abordaje práctico de género (APG) o un abordaje estratégico de género (AEG)?
- ¿Hay evidencia en el proyecto de supuestos basados en estereotipos?

b. Identifiquen la información que haría falta para realizar un diagnóstico de género con profundidad.

c. Reformulen uno de los objetivos del proyecto y sus indicadores para que reflejen un enfoque de género.

d. Desarrollen una estrategia con el fin de hacer operativo el objetivo reformulado, identificando oportunidades y/o obstáculos para lograr tal objetivo.



# LÁMINAS

## DEFINICIONES DE SEXO Y GÉNERO

**"Sexo"** hace referencia a las diferencias biológicas entre el hombre y la mujer.

**"Género"** identifica las características socialmente construidas que definen y relacionan los ámbitos del ser y del quehacer femeninos y masculinos, dentro de contextos específicos. Género se refiere a la red de símbolos culturales, conceptos normativos, patrones institucionales y elementos de identidad subjetivos que, a través de un proceso de construcción social, diferencia los sexos, al mismo tiempo que los articula dentro de relaciones de poder sobre los recursos.

**BIOLÓGICO / SOCIAL**

El énfasis en lo social dentro del abordaje de género no implica una exclusión del elemento biológico. Por el contrario, el foco de análisis dentro de esta perspectiva, se dirige al examen de las interacciones entre los factores biológicos y los del medio social, que conducen a situaciones de desventaja o ventaja relativa, para uno de los sexos.

## **GÉNERO EN LA SALUD**

En el ámbito de la salud, tal ventaja o desventaja relativa se puede medir primero en términos de las probabilidades de mantener la salud o de enfermar o morir por causas prevenibles; y, segundo, en la equidad con que aparecen distribuidos los recursos, las responsabilidades y las retribuciones en el trabajo en salud.

ESTEREOTIPO 1



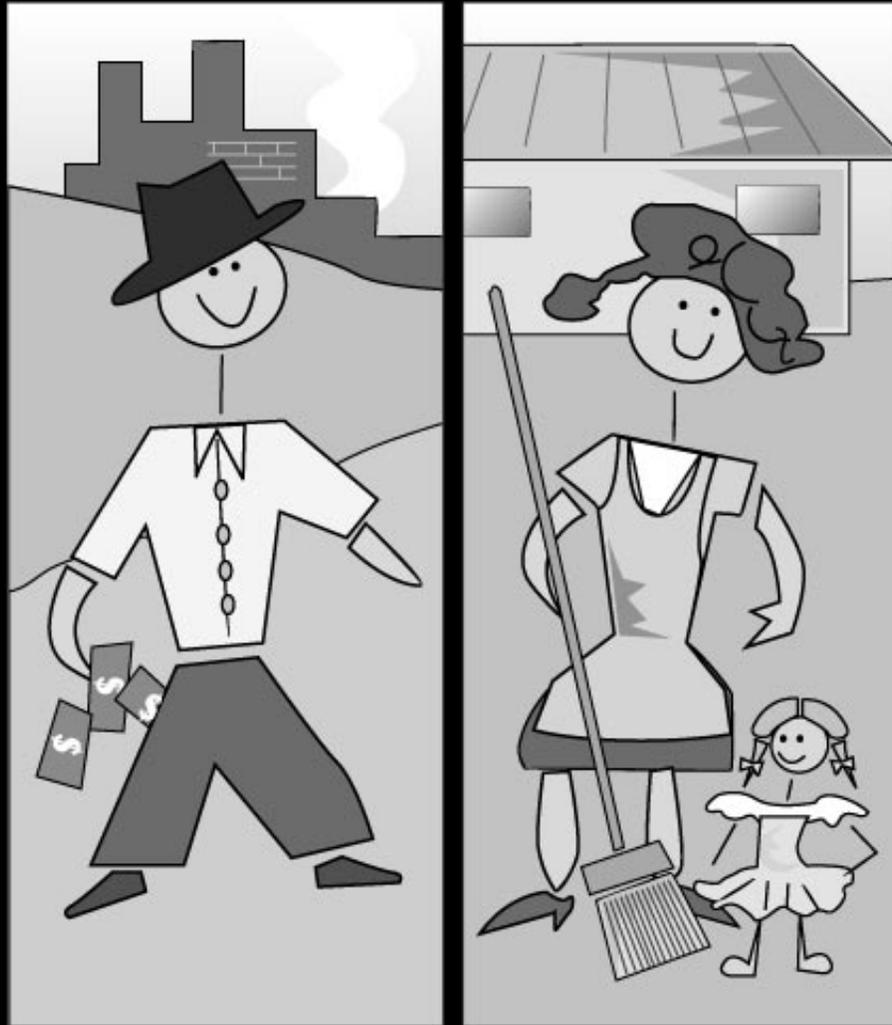
**Familia nuclear**

ESTEREOTIPO 2



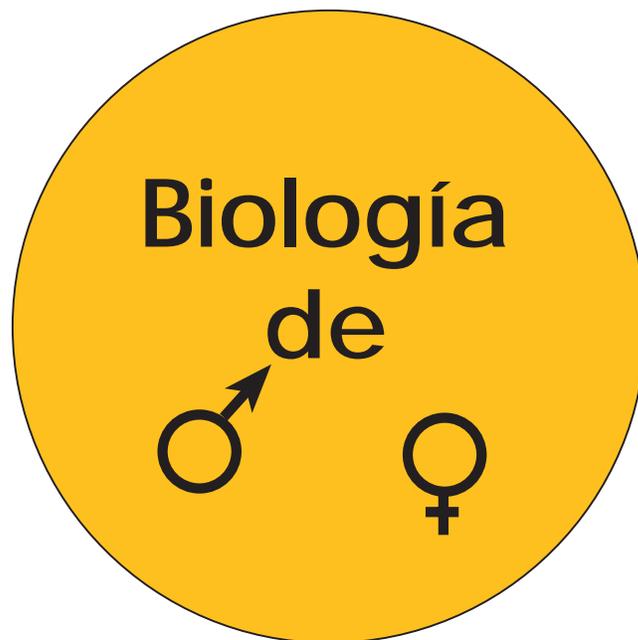
- Acceso igual a recursos
- Ausencia de conflicto

ESTEREOTIPO 3

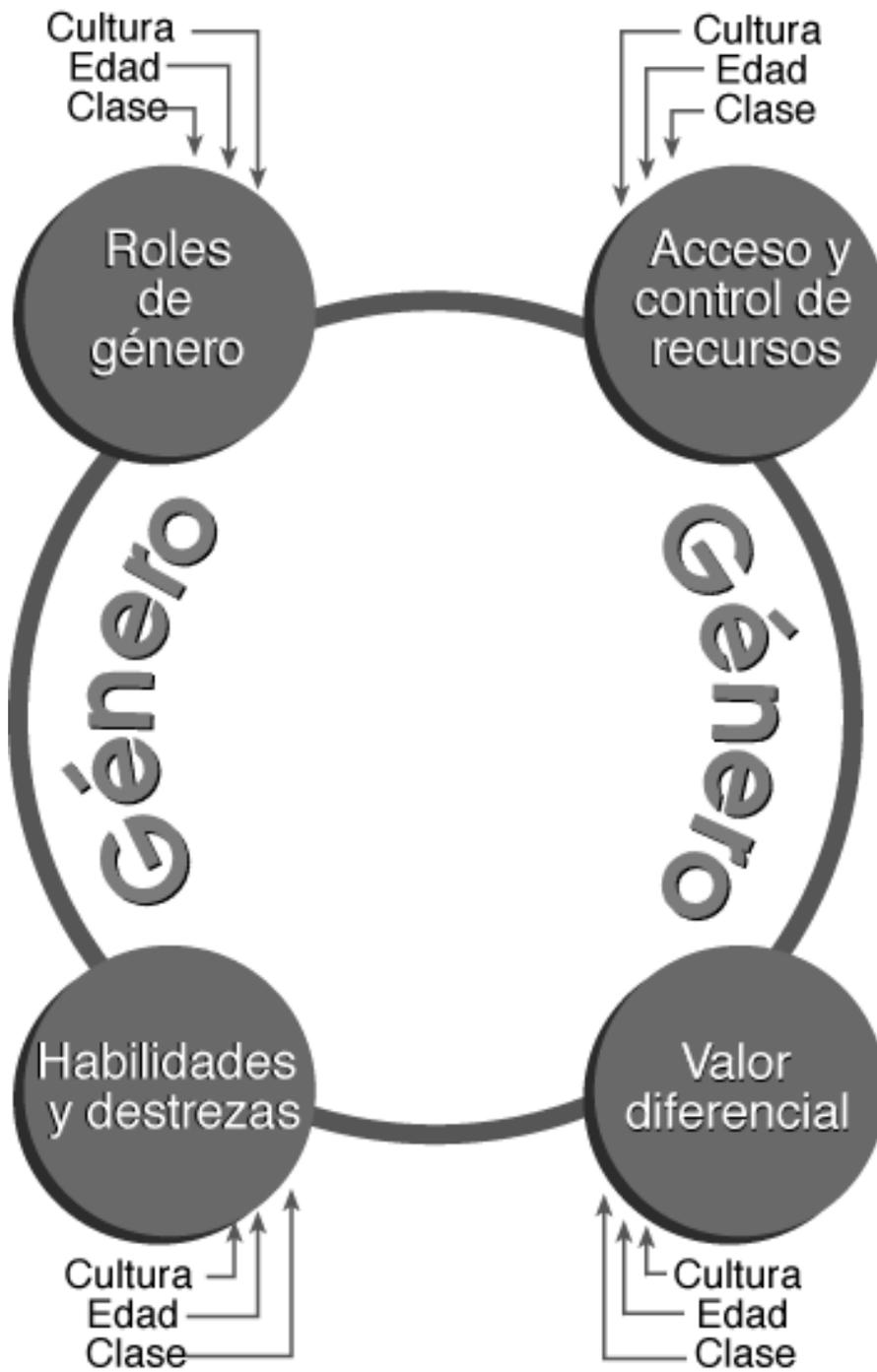


♂ **Proveedor**  
♀ **Ama de casa**

BIOLÓGICO / SOCIAL



BIOLÓGICO / SOCIAL - (CONT.)



BIOLÓGICO / SOCIAL - (CONT.)

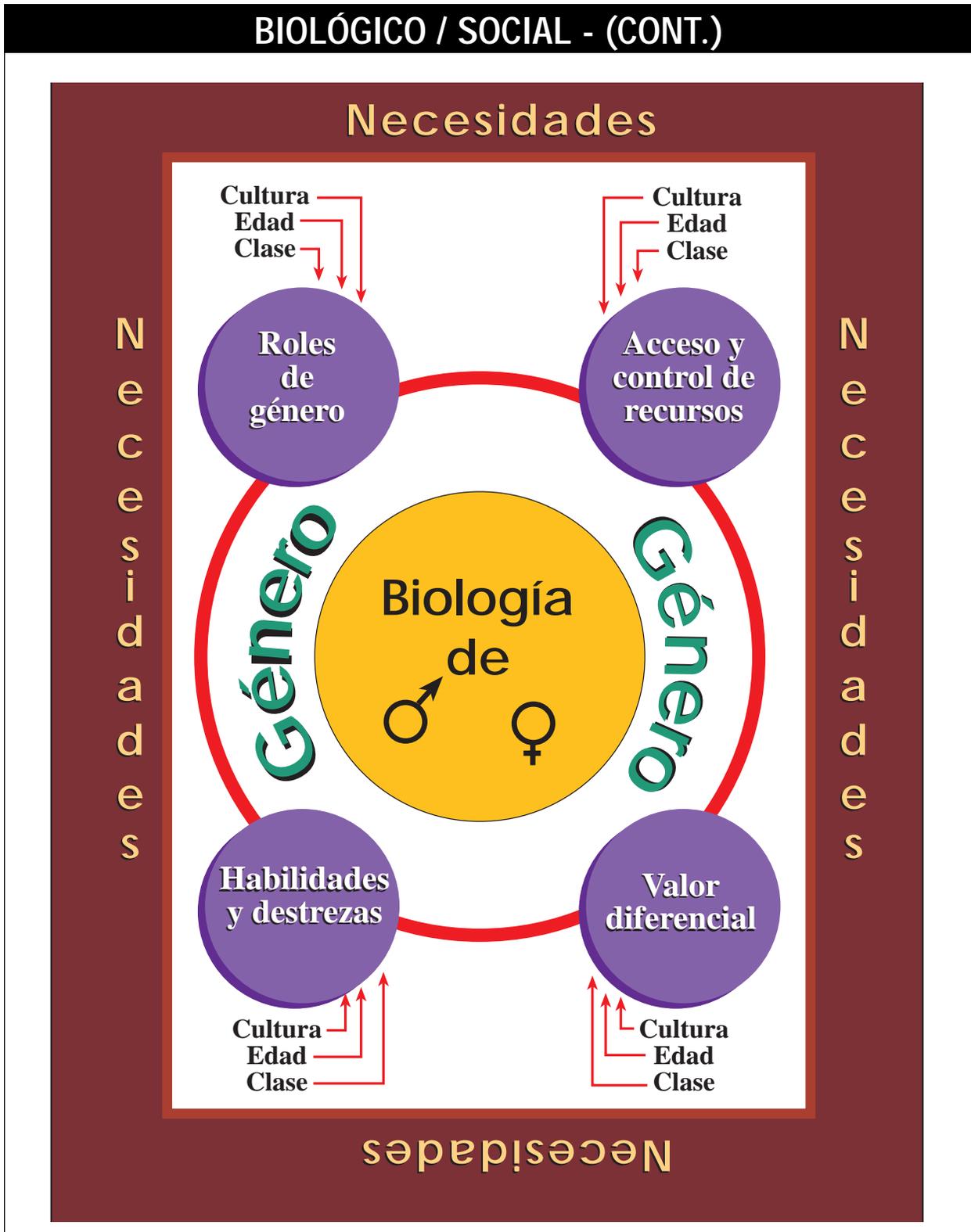
Necesidades

N  
e  
c  
e  
s  
i  
d  
a  
d  
e  
s

N  
e  
c  
e  
s  
i  
d  
a  
d  
e  
s

Necesidades

BIOLÓGICO / SOCIAL - (CONT.)



## **EQUIDAD Y NECESIDAD**

Para llegar a la equidad en la salud, hay que reconocer que diferentes grupos tienen diferentes necesidades que deben ser identificadas para poder darles una respuesta adecuada.

**ORIGEN DE LAS DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE SALUD/ENFERMEDAD****DIFERENCIAS BIOLÓGICAS:**

- a) requerimientos
- b) susceptibilidades
- c) resistencias o inmunidades

**DIFERENCIAS LIGADAS AL GÉNERO:**

- a) roles
- b) acceso y control
- c) patrones
- d) identidad subjetiva

**SITUACIONES, CONDICIONES O PROBLEMAS EN SALUD:**

1. Exclusivos
2. Más prevalentes
3. Con características diferentes
4. Que reciben respuestas diferentes del sistema

## **VIH/SIDA Y LAS CARACTERÍSTICAS BIOLÓGICAS PARA HOMBRES Y MUJERES**

**Las mujeres son más vulnerables:**

- Semen altamente infectante
- Membrana mucosa vaginal más vulnerable
- Semen permanece en tracto vaginal
- Factor de Edad: ↑ menor de 18; ↑ después de menopausia
- ETS: Cofactor para VIH. Mayor incidencia de ETS en mujer

**APG/AEG**

ABORDAJES PRÁCTICOS DE GÉNERO	ABORDAJES ESTRATÉGICOS DE GÉNERO
● Corto plazo.	● Largo plazo.
● Fácilmente identificables.	● No fácilmente identificables.
● Requerimientos biológicos y condiciones específicas.	● Focaliza en relaciones de poder.
● Proporciona bienes y servicios.	● Focaliza procesos de empoderamiento.
● Agentes pasivos.	● Participantes activos.
● Mejora condición.	● Mejora posición.
● No altera roles y relaciones de género.	● Mejora equilibrio en relaciones de poder.

<b>Enfoque de Desarrollo</b>	<b>Tipo</b>	<b>Características</b>	<b>APG/AEG</b>
Asistencial	MYD/MSD	Beneficiencia	APG
Anti-pobreza	MYD/MSD	Desigualdad de género obedece a pobreza, no a subordinación	APG
Eficiencia	MYD/MSD	Compensación de procesos de ajuste estructural	APG
Igualdad	GYD/GSD	Discriminación positiva	AEG
Empoderamiento	GYD/GSD	Acceso y control del uso de recursos	AEG

**PASOS PARA LA PLANIFICACIÓN DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO**

