

# Equidad de Género en Salud: Manual para Conducir Talleres de Sensibilización



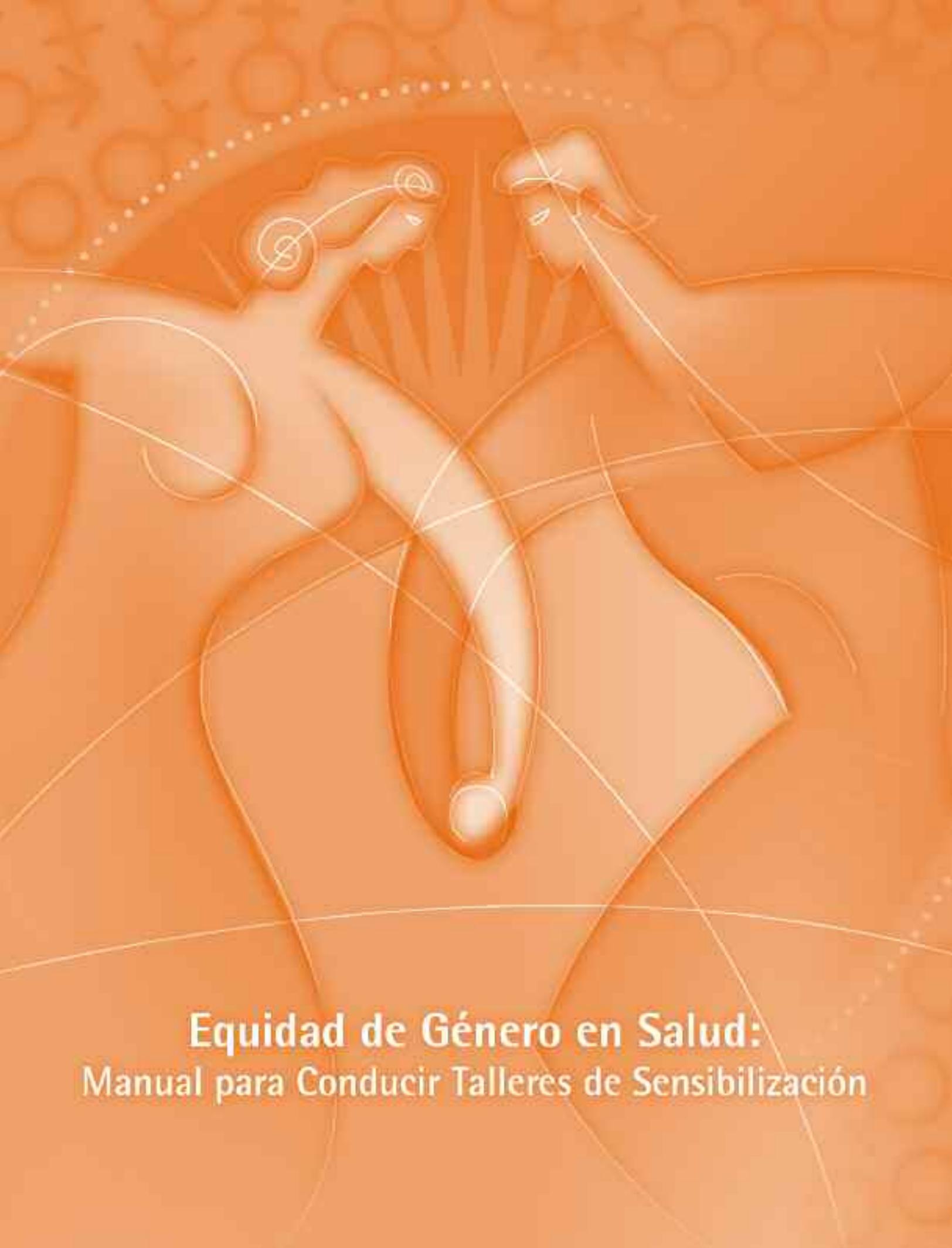
Vivir Mejor

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE  
GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

**SALUD**

**GOBIERNO  
FEDERAL**





**Equidad de Género en Salud:**  
**Manual para Conducir Talleres de Sensibilización**

## **Equidad de Género en Salud: Manual para Conducir Talleres de Sensibilización**

Segunda Edición 2009

D.R. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva  
Secretaría de Salud  
Homero 213, piso 7  
Colonia Chapultepec Morales  
Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570  
México, D.F.

Impreso y hecho en México  
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 500 ejemplares  
Se terminó de imprimir en mayo de 2009

ISBN 970-721-394-9

Responsable del proyecto: Laura Pedrosa Islas

Esta guía fue elaborada por: Paki Venegas Franco y Laura Pedrosa Islas.

La revisión de contenidos fue realizada por: Luis Botello Lonngi y Cecilia Robledo Vera.

Cualquier parte de este documento o su totalidad, podrá reproducirse sin permiso de la Secretaría de Salud, siempre y cuando se reconozca y cite la fuente; y la información no sea utilizada con fines de lucro. Se agradecerán los comentarios y sugerencias de las y los lectores. Este documento se distribuye de forma gratuita y para fines exclusivos de capacitación del personal de salud.

# Directorio

**Dr. José Ángel Córdova Villalobos**  
Secretario de Salud

**Dr. Mauricio Hernández Ávila**  
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

**Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez**  
Subsecretario de Innovación y Calidad

**Lic. Laura Martínez Ampudia**  
Subsecretaria de Administración y Finanzas

**Dr. Julio Sotelo Morales**  
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud  
y Hospitales de Alta Especialidad

**Lic. Jorge Camarena García**  
Titular del Órgano Interno de Control en la Secretaría de Salud

**Lic. Bernardo Fernández Del Castillo Sánchez**  
Director General de Asuntos Jurídicos

**Lic. Carlos Olmos Tomasini**  
Directora General de Comunicación Social

**Dra. Patricia Uribe Zúñiga**  
Directora General del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

**Dra. Aurora del Río Zolezzi**  
Directora General Adjunta de Equidad de Género

**Dra. Susana Prudencia Cerón Mireles**  
Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

**Dr. Raymundo Canales de La Fuente**  
Director General Adjunto de Salud Materna y Perinatal

# Dirección General Adjunta de Equidad de Género

**Dra. Aurora del Río Zolezzi**  
Directora General Adjunta de Equidad de Género

**Dra. Yuriria Rodríguez Martínez**  
Directora de Género y Salud

**Dr. Adalberto Javier Santaella Solís**  
Director de Violencia Intrafamiliar

## Dirección de Género y Salud

**Dra. Yuriria Rodríguez Martínez**  
Directora de Género y Salud

**Lic. Cecilia Robledo Vera**  
Subdirectora de Documentación de Inequidades

**Dr. Luis Botello Lonngi**  
Subdirector de Sensibilización

## Coordinación Editorial

Lic. Patricia Veloz Ávila  
Lic. Leticia Martínez Osorio  
Lic. Martha Isabel Sánchez Hernández



# Índice

|   |            |
|---|------------|
| • <b>Introducción</b>   | <b>7</b>   |
| 1. ¿Por qué un manual sobre equidad de género en salud?                           | 9          |
| 2. ¿Qué metodología se emplea?  | 10         |
| 3. ¿Qué contiene el manual?   | 12         |
| 4. ¿Cómo se utiliza el manual?  | 14         |
| • <b>Primer Módulo: El Enfoque de Género</b>                                      | <b>17</b>  |
| 1. <b>Sesión 1, primera parte:</b> Presentación y encuadre                        | 21         |
| 2. <b>Sesión 1, segunda parte:</b> El concepto de género                          | 28         |
| 3. <b>Sesión 2:</b> La socialización de género                                    | 38         |
| 4. <b>Anexos</b>  | 49         |
| • <b>Segundo Módulo: Roles y Violencia de Género</b>                              | <b>73</b>  |
| 1. <b>Sesión 3:</b> Roles de género y división sexual del trabajo                 | 77         |
| 2. <b>Sesión 4:</b> Relaciones de poder y violencia de género                     | 87         |
| 3. <b>Anexos</b>  | 99         |
| • <b>Tercer Módulo: La Salud de las Mujeres y de los Hombres</b>                  | <b>125</b> |
| 1. <b>Sesión 5:</b> Las consecuencias del género en la salud de mujeres y hombres | 129        |
| 2. <b>Sesión 6:</b> Género y salud en el ciclo de vida                            | 139        |
| 3. <b>Anexos</b>  | 147        |
| • <b>Cuarto Módulo: Planeación en Salud con Perspectiva de Género</b>             | <b>163</b> |
| 1. <b>Sesión 7:</b> El enfoque intercultural en salud                             | 167        |
| 2. <b>Sesión 8:</b> Herramientas de planeación con perspectiva de género          | 174        |
| 3. <b>Anexos</b>  | 189        |
| • <b>Quinto Módulo: Hacia la Equidad de Género en Salud</b>                       | <b>207</b> |
| 1. <b>Sesión 9:</b> Igualdad y equidad de género en salud                         | 210        |
| 2. <b>Sesión 10:</b> Calidad de atención con perspectiva de género                | 215        |
| 3. <b>Sesión 11:</b> Cierre del taller, evaluación y despedida                    | 223        |
| 4. <b>Anexos</b>  | 229        |



|   |     |
|---|-----|
| • Glosario de palabras clave                | 247 |
| • Referencias                               | 255 |
| • Recursos de internet                      | 261 |
| • Propuestas de taller en distintos tiempos | 265 |
| • Índice de dinámicas                       | 287 |



# Introducción

# Introducción

## 1. ¿Por qué un manual sobre equidad de género en salud?

Es de vital importancia que se entiendan las maneras como las construcciones sociales de género, al interactuar con los factores biológicos, pueden proteger o perjudicar la salud de las mujeres y los hombres.<sup>1</sup>

La salud de los seres humanos compromete tanto aspectos biológicos como sociales que actúan sobre el estado físico y psíquico en contextos culturales específicos. Dentro de los aspectos sociales y culturales de mayor importancia se encuentran los significados asignados a las diferencias biológicas entre mujeres y hombres y su relación con lo definido como femenino y masculino.

Actualmente, en una sociedad jerárquica, con fuertes niveles de desigualdad, las diferencias socio-culturales entre hombres y mujeres, junto con las diferencias de clase, raza o etnia, religión y otras, determinan posibilidades inequitativas de desarrollo personal y de salud.

La categoría de análisis denominada género es útil para observar, analizar y comprender las desigualdades socio-culturales entre mujeres y hombres que forman parte de una realidad que, por ser cotidiana y estar arraigada, la mayor parte del tiempo pasa desapercibida, es invisible. Por lo mismo, es necesario crear instancias de reflexión especialmente dedicadas a revisar esta problemática y su incidencia en el ámbito personal y profesional relacionado con la salud, de cara a promover acciones a favor de la equidad entre mujeres y hombres.

Este manual pretende apoyar el proceso de incorporación de un enfoque o perspectiva de género en los servicios y programas de salud, mediante una propuesta de diversas técnicas de sensibilización dirigidas al personal de salud. En ese sentido, ofrece una serie de herramientas que facilitan la reflexión sobre la relación entre las inequidades de género y la salud, a partir de preguntas tales como:

- ¿Qué es el género y cómo esta construcción influye en la vida de las personas?
- ¿Cómo afecta a la salud de mujeres y hombres el aprendizaje y la puesta en práctica de los significados de la feminidad y de la masculinidad?
- ¿Cómo se expresan las inequidades de género en la salud de mujeres y hombres?
- ¿Cómo alcanzar una mayor equidad para mujeres y hombres en la atención en salud?
- ¿Cómo se planifica con perspectiva de género en el ámbito sanitario?
- ¿Qué implica proporcionar atención en salud con calidad desde una perspectiva de género?

Sobre esa base se plantean los siguientes objetivos del manual:

Ofrecer una guía conceptual y práctica con potencialidad para:

- Capacitar al personal de salud sobre las categorías y conceptos que engloba la perspectiva de género y sobre su aplicación en el análisis de la realidad socio-cultural y en la detección de inequidades de género.

- Sensibilizar al personal de salud sobre las repercusiones de las inequidades de género en la salud de las mujeres y los hombres.
- Estimular al personal de los servicios de salud para que genere estrategias a favor de la equidad de género en la salud de mujeres y hombres.

## 2. ¿Qué metodología se emplea?

Este manual ha sido concebido para utilizarse desde la creatividad y la imaginación y para ser trabajado con un grupo.

La metodología propuesta se caracteriza por intercambiar momentos de reflexión conceptual, así como laboral y personal a partir de las experiencias de las y los participantes.

Se utilizan técnicas participativas dirigidas a lograr un aprendizaje significativo; una sensibilización en la perspectiva de género que modifique las percepciones, las concepciones y las acciones de la vida laboral y cotidiana de las y los participantes y vaya más allá de la adopción de un nuevo discurso.

En este marco se consideran los siguientes elementos:

- La experiencia individual de las y los participantes.
- El conocimiento de su contexto socio cultural.
- El aprendizaje conceptual.
- La capacidad de análisis crítico de su realidad.
- La re-significación de sus experiencias y de su conocimiento del contexto.
- La disposición a imaginar y actuar de nuevas maneras.

Por otra parte, se trabajan de manera transversal la adquisición de diferentes valores:

- La confianza, necesaria para crear un ambiente cálido y distendido, de forma que todas las personas participantes se sientan invitadas a expresarse libremente.
- La comunicación, que supone la escucha activa, la empatía, la asertividad, el diálogo intercultural.
- El respeto activo, que va más allá de la tolerancia y que consiste en tener y mostrar un interés positivo por comprender a quienes piensan de forma diferente y trabajar en armonía.
- La cooperación, que no implica sólo colaboración, sino también superar la competencia o rivalidad cambiando la lógica del yo por la del nosotras/nosotros y cuya finalidad última es la creación de redes de trabajo.
- La autonomía, que unida a la responsabilidad, hace decidir libremente, no en el sentido de hacer lo que una o uno quiera, sino en el de hacer lo que se considera correcto para nuestra vida, sin que ello sea perjudicial para otras personas.<sup>2</sup>

Para poner en práctica esta metodología se ha seleccionado la forma de trabajo denominada Taller, en tanto plantea una experiencia de trabajo activo, colectivo, creativo, vivencial, concreto, sistemático y puntual de un proceso.<sup>3</sup>

### Además, se basa en una serie de principios:

- Nunca se parte de cero: todas las personas tienen experiencias, conocimientos y prejuicios sobre los temas abordados en el taller. En este caso concreto, todo el mundo tiene creencias y prejuicios de como son o deben ser las mujeres y los hombres.
- Nadie ignora todo, nadie sabe todo. Todas las personas tienen experiencias que les aportan un saber, así las experiencias diarias, individuales y colectivas contribuyen a aumentar el conocimiento.
- La verdad no está dada, sino que se construye. No existe una verdad absoluta, el conocimiento es un trabajo colectivo donde se construyen respuestas.
- La información es sólo un apoyo. Lo más importante del taller es recoger las experiencias de quienes participan y fomentar la reflexión para la transformación de actitudes.

El taller se basa en el trabajo colectivo y utiliza el intercambio de experiencias como herramienta para la reflexión, la construcción participativa de conocimiento y de propuestas. En ese sentido, se deben ofrecer las condiciones para que todas las personas participen y no acaparen la palabra sólo unas cuantas. Es muy importante recordar los acuerdos de trabajo que se elabora en el primer módulo, sobre todo el de hablar en primera persona y el respeto a la experiencia del otro o de la otra.

Asimismo, en los talleres, especialmente en los de género, es posible encontrar resistencias de diversa índole, donde al analizar y cuestionar valores y creencias muy arraigadas es muy probable que en algunos momentos surja tensión o conflicto. Si alguna persona siente malestar (enojo o tristeza, por ejemplo) es importante que el/la facilitador/a propicie que lo exprese y se aproveche esa experiencia para fomentar la escucha activa y la empatía dentro del grupo y para referirse a lo que como prestadores de servicios de salud pueden hacer sentir a otras personas, por ejemplo, quienes acuden a los centros de salud.

Para alcanzar todos los objetivos mencionados, la persona responsable del taller debe convertirse en facilitador o facilitadora del mismo y no en coordinador o coordinadora, o monitor o monitora, puesto que lo que se pretende es facilitar el proceso de aprendizaje de un grupo de personas. Por lo tanto, le corresponde proponer formas de abordaje y medios de análisis de diversas problemáticas con la participación activa de todas las personas integrantes del grupo. Una mala señal es que el grupo permanezca gran parte del tiempo callado y quien facilite hable demasiado.

El sexo de la persona que facilita plantea desafíos diferentes, así como si quienes participan son mayoritariamente mujeres u hombres. En cualquier caso habrá un sesgo, lo importante es ser conciente de ello, aprovechar las ventajas y aminorar los obstáculos.

Por otro lado, este manual está dirigido a personal de salud interesado en capacitarse para abrir espacios de sensibilización en género y salud en sus lugares de trabajo, siendo necesario señalar que no se requiere tener un cierto grado académico, edad o sexo, pues todos los

trabajadores y todas las trabajadoras de salud pueden comprometerse en la incorporación de la perspectiva de género, en diferentes niveles y lugares.

En definitiva, se propone no sólo una metodología de trabajo, sino una transformación social en la que la metodología es parte esencial.

### 3. ¿Qué contiene el manual?

El manual está organizado en cinco módulos temáticos que pretenden aportar tanto las bases conceptuales, como la reflexión práctica necesaria para conseguir los objetivos propuestos en torno a la incorporación de la perspectiva de género en el ámbito de la salud.

Los contenidos de cada módulo son:

- **Módulo 1: El enfoque de género.** Donde se trabaja la presentación y encuadre; el enfoque y la socialización de género.
- **Módulo 2: Los roles y la violencia de género.** Donde se incide en los roles de género, la división sexual del trabajo y sus efectos en la salud, las relaciones de poder y su vinculación con la violencia de género.
- **Módulo 3: La salud de las mujeres y de los hombres.** Donde se abordan las consecuencias del género en la salud de mujeres y hombres. Asimismo, se analizan aspectos de la salud en las distintas etapas de la vida, el descuido existente en general entre los hombres acerca de su salud, y el papel adjudicado a las mujeres como cuidadoras de la salud de las y los demás.
- **Módulo 4: La planeación en salud desde una perspectiva de género.** Donde se trabaja el enfoque intercultural en salud y diferentes herramientas de planeación en género.
- **Módulo 5: Hacia la equidad de género en salud.** Donde se incide en la equidad de género en salud, la calidad de la atención desde una perspectiva de género y el cierre del taller.

Cada módulo tiene el siguiente esquema:

- Tema del módulo.
- Propósitos.
- Cuadro resumen: contenidos, objetivos, actividades, tiempos y materiales.
- Desarrollo de las actividades y marcos conceptuales.
- Bibliografía recomendada. Al final de cada módulo aparecerán una o dos referencias bibliográficas de apoyo para la persona que facilita y para las personas participantes.
- Anexos:
  - Material necesario para las actividades de cada módulo.
  - Presentaciones de contenidos (acetatos, rotafolios o cañón).
- Glosario de palabras clave.
- Referencias.

- Recursos de internet.
- Propuestas del taller en distintos tiempos.
- Índice de dinámicas.

## Señalización

Para organizar la presentación de este manual se han incorporado los siguientes íconos de señalización en las actividades de cada módulo:



**Duración estimada de cada actividad.**



**Objetivos de la actividad.**



**Contenidos de la actividad.**



**Materiales necesarios para la actividad.**



**Desarrollo de la actividad.**



**Indicaciones frente al grupo.**



**Recomendaciones adicionales.**



**Bibliografía recomendada.**

## 4. ¿Cómo se utiliza el manual?

Todo manual es una guía para abordar de manera reflexiva y metódica una problemática; si ésta es de carácter social plantea retos de adecuación a los diferentes contextos culturales, además de los posibles retos de adecuación metodológica, por lo que siempre es posible descubrir algo nuevo para reflexionar. Hay que estar atentas y atentos y tener el cuidado de hacer estas adecuaciones y cambios de manera fundamentada.

Los módulos propuestos en este manual están planteados para desarrollarse en cinco sesiones de seis hrs. cada una, con una duración total de 30 hrs, considerando que no todas las áreas de trabajo pueden disponer de cinco días para impartir esta capacitación, al final del manual se proponen alternativas para un día y tres días y medio.

Hay una secuencia entre todos los módulos; se van asentando conceptos básicos a medida que se pasa de uno a otro; por ello es preferible que se trabajen en el orden en el que se han diseñado. También es importante respetar el orden conceptual y metodológico, y el de las actividades indicado en cada módulo.

### Recomendaciones

Disponer de un espacio amplio y con sillas móviles, para que las dinámicas planteadas en este manual puedan realizarse con holgura.

- Procurar que el grupo no sea mayor de 20 personas, debido a la dificultad que entraña trabajar de manera vivencial con grupos grandes.
- Experimentar con anterioridad el taller como integrante de un grupo o auto-aplicar las sesiones de manera piloto con un grupo de pares.
- Leer previamente, con cuidado, las instrucciones de cada módulo, así como las presentaciones teóricas y la bibliografía recomendada.
- Tener preparados los materiales requeridos para la presentación colectiva para cada sesión: papelógrafos, rotafolios, presentaciones electrónicas, o acetatos y asegurarse de que los equipos eléctricos y electrónicos funcionan adecuadamente; así como el material para trabajo individual y grupal: copias fotostáticas del material que lo requiera, hojas blancas, tarjetas, cinta adhesiva, plumones, etcétera.
- Conviene contar con un/a co-facilitador/a que apoye el trabajo en grupo y escuche y observe (y, en su caso, sistematice), las opiniones de las y los participantes y la interacción con la persona que facilita, de modo que su opinión ayude a mejorar el trabajo. Se recomienda alternar estos roles entre ambos facilitadores/as.

Finalmente, señalar que el manual que tienen en sus manos tiene un carácter propositivo porque su objetivo más inmediato es proporcionar herramientas que contribuyan a mejorar el estado de salud de mujeres y hombres. Este es el reto, ojalá que la lectura y puesta en práctica de este manual sea un disfrute y un aprendizaje para todas las mujeres y hombres que lo utilicen, al igual que lo ha sido para quienes lo hemos elaborado. Agradeciendo desde estas páginas las aportaciones de todas las personas de las secretarías de salud federal y estatales que participaron en su pilotaje:

## Listado de Participantes de la Secretaría de Salud

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| <b>Aguascalientes:</b>      | Rita Ma. Velasco Aguilar   |
| <b>Baja California:</b>     | Ma. de Jesús Liaño Pérez<br>Norma Eloisa González Higuera  |
| <b>Baja California Sur:</b> | Mauricio Bernal Hernández<br>Ma. Mercedes Núñez Méndez   |
| <b>Campeche:</b>            | Landy Ortiz Aldana   |
| <b>Chiapas:</b>             | Mariana Cobarrubias Martínez   |
| <b>Chihuahua:</b>           | José Manuel Robles García<br>Liliana Moraga Murrieta   |
| <b>Distrito Federal:</b>    | Dalia Lucía Vargas Martínez<br>Servando Reséndiz Bautista<br>Varinia Herrera Castro<br>Ma. Candelaria Sánchez Ramírez<br>Sara Margarita Mondragón Guzmán |
| <b>Durango:</b>             | Ma. de Lourdes Chávez Cortez<br>Ruth Pérez Cervantes   |
| <b>Estado de México:</b>    | Aberlardo Ladrón de Guevara Puerto<br>Luís Martínez Yáñez<br>Elvitz Verónica Reyes Guzmán  |
| <b>Guanajuato:</b>          | Ma. de la Luz Falcón   |
| <b>Guerrero:</b>            | Saturnino Xinol Malcate<br>Rosa Lidia Hernández Pérez  |
| <b>Hidalgo:</b>             | Brenda Sandoval González<br>María Aidé Jiménez Rodríguez   |
| <b>Jalisco:</b>             | Ma. de Lourdes Zaragoza Torres   |
| <b>Michoacán:</b>           | María Juárez Pérez<br>Luz Arlette Saavedra Romero<br>Zennia Saavedra Romero  |
| <b>Morelos:</b>             | Susana Jaimes Muñoz<br>Lucía Rodríguez Gómez<br>Ebenezer Picasso Blanquel  |
| <b>Nayarit:</b>             | Ricardo Moreno Parra   |
| <b>Nuevo León:</b>          | Martha Flores Cavazos  |



|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>Oaxaca:</b>          | Ma. Dolores Gama Casas   |
| <b>Puebla:</b>          | Norma Lidia Barbosa Parra<br>Ma. Guadalupe Osuna Verde<br>Martín Paul Vázquez Mateos<br>Roberto Collado García<br>Ma. del Carmen Sandoval García<br>Ma. de Lourdes Cerezo Angulo     |
| <b>Querétaro:</b>       | Nathalie Lara Molina<br>Ma. Luisa Magaña Aquino  |
| <b>Quintana Roo:</b>    | Juan José Aguilar Carvajal   |
| <b>Sinaloa:</b>         | Ma. Esperanza Silva Ruiz   |
| <b>San Luís Potosí:</b> | José Luís Cardona Guzmán<br>Martha Araceli Posadas Rodríguez   |
| <b>Sonora:</b>          | Fátima Teresita Cuellar González<br>Mirna Alejandrina Grijalva Peralta   |
| <b>Tabasco:</b>         | Mario Antelmo Estrada Hernández<br>Gladis López Concepción   |
| <b>Tamaulipas:</b>      | Laura García Sáenz<br>Laura Elena Gaither Jiménez<br>Sonia Vargas Ramírez  |
| <b>Tlaxcala:</b>        | Dora Rodríguez Soriano   |
| <b>Veracruz:</b>        | Cynthia Hernández Sánchez<br>Rosa Nayeli Poseros Saavedra<br>Francisco Javier Villegas Lara<br>Margarita Lovera Nelson<br>Alicia Hernández Utrera<br>Nayeli Margarita Landeta Cartas |
| <b>Zacatecas:</b>       | Lily María Segura del Villar   |
| <b>Federal:</b>         | María Beatriz Duarte Gómez<br>Carmen Parra y Toledo<br>Rosa Castro Hernández<br>Carlos Arturo Campos<br>Laura Pedrosa Islas<br>Paki Venegas Franco                                   |

OJO  
AQUÍ VA EL SEPARA  
CON SUAJE  
frente

OJO  
/A EL SEPARADOR  
CON SUAJE  
vuelta

# Primer Módulo

## El Enfoque de Género

Tiempo aproximado:  
6 horas



### Propósitos del módulo

- Presentar el taller y su encuadre conceptual y metodológico, procurando generar un conocimiento mutuo entre las personas que participan y estableciendo con claridad las expectativas, el programa y los acuerdos de trabajo para un proceso participativo de aprendizaje.
- Promover que las y los participantes identifiquen sus propias concepciones sobre el género y construyan, a partir de ellas, un concepto común que les ayude a explicar la complejidad y diversidad del mismo en su área de trabajo y en su vida cotidiana.

### Cuadro resumen – Primer Módulo

| Sesión 1<br>primera parte  |   | Tiempo estimado: 1hr. 15 min. |        |   |
|--|---|-------------------------------|--------|---|
| Tema. Presentación y encuadre                                    |   |                               |        |   |
| Contenido  | Objetivo  | Actividad                     | Tiempo | Materiales  |
| 1. Pre-test.   | Valorar los conocimientos sobre género y salud que poseen los/as participantes al llegar al taller.   | Llenado de formatos.          | 10'    | Formatos de Pre-test.   |
| 2. Presentación de los/as participantes. Espectativas del grupo. | Propiciar que las personas participantes se conozcan entre sí. Compartir sus expectativas del taller.   | Los refranes.                 | 25'    | Tarjetas con refranes escritos.                                   |
| 3. Presentación del programa.                                    | Presentar un resumen de los principales aspectos a desarrollar durante el taller, así como algunos datos que reflejan la relación entre género y salud. | Exposición teórica.           | 25'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón, copias del programa. |
| 4. Acuerdos de trabajo.  | Concertar con el grupo principios básicos de interacción durante el taller.   | Adentro y afuera.             | 15'    | Papelógrafos, (hojas de rotafolio), plumones y cinta adhesiva.    |

| Sesión 1<br>segunda parte                               |  | Tiempo estimado: 2 hrs. 15 min.      |        |   |
|---|--|--------------------------------------|--------|---|
| Tema. El enfoque de género                              |  |                                      |        |   |
| Contenido   | Objetivo   | Actividad                            | Tiempo | Materiales  |
| 5. Femenino/masculino.                                  | Identificar características consideradas como femeninas o como masculinas y discutir hasta qué punto son naturales o culturales.   | Diferencias entre mujeres y hombres. | 40'    | Papelógrafos, plumones y plumas.  |
| 6. Diferencias sexo/género.                             | Comprender la diferencia y relación entre los conceptos de sexo y género.  | Exposición de conceptos.             | 30'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.                                  |
| <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>  | <b>Receso</b>                        | 15'    |   |
| 7. Estereotipos de género. Prejuicios y discriminación. | Adquirir conciencia de los estereotipos de género que todas las personas tenemos. Analizar cómo estos estereotipos pueden conducir a los prejuicios y a la discriminación. | ¿Qué vemos e imaginamos?             | 30'    | Copia de fotos o presentación en cañón. Copia de una historia. Hojas blancas. |
| 8. Estereotipos. Prejuicios. Discriminación.            | Profundizar en las principales características de los estereotipos de género.  | Exposición teórica.                  | 20'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.                                  |

| Sesión 2                         |   | Tiempo estimado: 2 hrs. 30 min. |        |  |
|----------------------------------|---|---------------------------------|--------|--|
| Tema. La socialización de género |   |                                 |        |  |
| Contenido                        | Objetivo  | Actividad                       | Tiempo | Materiales   |
| 9. Socialización de género.      | Reflexionar sobre algunas formas de aprendizaje del género.   | Juegos, cuentos y demás.        | 50'    | Tarjetas blancas, papelógrafos, plumones y cinta adhesiva. |
| 10. Socialización de género.     | Identificar y profundizar en los principales agentes de socialización de género.                            | Exposición teórica.             | 40'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.               |
| 11. Femenidad y masculinidad.    | Analizar cómo el género condiciona nuestra identidad estableciendo diferencias para mujeres y para hombres. | ¿Es femenina o masculina?       | 50'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.               |
| 12. Evaluación.                  | Valorar brevemente la sesión.   | El telegrama.                   | 10'    | Hojas blancas.   |

## Sesión 1 Presentación y encuadre

### Primera parte

La reflexión sobre un tema como la relación entre género y salud requiere crear un clima propicio que genere conocimiento y confianza para tratar con una problemática de la que, de muchas maneras, también somos parte, de ahí que las actividades de esta primera parte vayan encaminadas a crear este clima. Conocerse y romper el hielo será fundamental entre quienes participan en este proceso. Asimismo, es muy importante saber las expectativas de cada persona con el taller, pues se puede evaluar cómo fue la convocatoria y qué idea trae de lo que se trabajará en el mismo.

Por otro lado, la realización de un pre-test de conocimientos en torno al tema del taller, género y salud, nos permitirá evaluar el nivel de conocimientos que tiene el grupo y qué tanto el proceso ayudó a cambiar estos aspectos entre las y los participantes.

En este contacto inicial con el grupo conviene ofrecerle un resumen del programa que se va a trabajar, ya que el conocer lo que viene baja angustias y predispone al grupo a la cooperación, sobretodo cuando estamos acostumbradas y acostumbrados a una relación de maestra/o-alumna/o, donde frecuentemente adoptamos actitudes de escucha, sin preguntarnos cómo se relaciona dicha información con mi propia experiencia y de qué manera el aprendizaje promueve, la sensibilización y cambio de actitudes. El inicio del taller es una excelente oportunidad para definir que es un taller y no un curso, que quien facilita no es un "maestro que dará los contenidos", sino que ayudará a la reflexión del grupo y que esta reflexión requiere de cooperación y de trabajo individual y colectivo.

Finalmente, es primordial establecer grupalmente los acuerdos de trabajo, los cuales son mínimas normas de convivencia y de límites en un espacio de reflexión de taller. Dentro de estos acuerdos, el hablar en primera persona, la confidencialidad y el respeto son los más importantes de preservar durante todas las sesiones.

## Actividad 1. Pre-test

Tiempo aproximado:  
10 minutos



**Objetivo.** Valorar los conocimientos que en torno a la relación entre género y salud tienen las y los participantes, con el fin de contar con un breve diagnóstico y compararlo con los conocimientos adquiridos a lo largo del taller.



**Contenidos.** Percepción de ideas previas en torno a la relación entre género y salud.



**Materiales.** Formatos de pre-test para cada participante (ver anexo y sacar copias).



**Desarrollo.**



Se comenta que el llenado del cuestionario es para ayudar a conocer la efectividad del taller en su conjunto, y no es ninguna evaluación o examen. Se entrega el formulario de pre-test para que de manera individual y anónima lo llene cada participante. Con fines de correlación de datos se les pide que coloquen en su hoja un pseudónimo a recordar, mismo que utilizarán para llenar una hoja formulario similar al terminar el taller. Se recogen los formatos llenos.

## Actividad 2. Los refranes

(Adaptado de Vargas y Bustillos de Núñez)<sup>4</sup>

Tiempo aproximado:  
25 minutos



**Objetivo.** Propiciar la interacción de las y los participantes y generar un clima de compañerismo y conocimiento mutuo.



**Contenidos.**

- Presentación de los y las participantes.
- Conocimiento de expectativas.



**Materiales.** Espacio amplio, tarjetas con refranes (anexos), hojas blancas.



**Desarrollo.**



Previamente la persona que facilita habrá escrito en tarjetas refranes populares del refranero popular mexicano o de su estado que hagan referencia a las mujeres, a los hombres o a las relaciones entre ambos. Cada refrán se escribirá partido por la mitad en una tarjeta.



Estas tarjetas se reparten al azar entre las personas participantes, de forma que deben encontrar a la persona que tiene la otra parte de su refrán. Una vez que las parejas se hayan encontrado, se les pide que se sienten juntas, comenten qué les ha parecido el refrán y que durante cinco minutos se presenten una a la otra, preguntándose: nombre, cargo, qué hizo el último fin de semana y qué expectativas tiene del taller. Pasados los 10 minutos, cada participante presenta ante el grupo a su compañera/o, respondiendo a las preguntas que se formularon y comentando su opinión acerca del refrán.



*Para agilizar el encuentro de ambas mitades del refrán, se recomienda al elaborar las tarjetas, pintarles con plumones alguna señal idéntica.*



*Se aconseja anotar las actividades que realizaron el fin de semana, porque generalmente aparece una notoria diferencia entre lo realizado por las mujeres y lo realizado por los hombres. Este hecho puede ser retomado más adelante para enriquecer el tema de la división sexual del trabajo.*

## ¿Por qué hablar de la perspectiva de género en salud?

Señala Amartya Sen,<sup>5</sup> Premio Nobel de Economía, que "el mundo en que vivimos se caracteriza por una distribución profundamente desigual del peso de las adversidades entre los hombres y las mujeres. La inequidad de género existe en casi todos los rincones del mundo." Estas inequidades se observan en todos los ámbitos de la vida, incluida la salud y pueden adoptar formas muy diversas. En este sentido, Amartya Sen destaca las siguientes formas de desigualdad que afectan la salud de mujeres y hombres:

- Desigualdad en la mortalidad: en muchos lugares del mundo el índice de mortalidad de las mujeres es mucho más alto que el de los hombres, debido en parte a que reciben menos atención y cuidados médicos. Este hecho se verifica en las sociedades en las que no existen estas desigualdades donde el número de mujeres es mayor que el de hombres.
- Desigualdad en la natalidad: en muchas sociedades existe una mayor preferencia por el nacimiento de hijos varones, en lugar de hijas. Esta preferencia ha llevado a realizar abortos selectivos en muchos países (China, Corea del Sur, Singapur, Taiwan e India) para lo cual se han utilizado las técnicas modernas de detección del sexo del feto, hecho que ha sido catalogado como sexismo de alta tecnología.
- Desigualdad en oportunidades básicas: las oportunidades de las mujeres son mucho menores que las de los hombres en muchas regiones del mundo. Así, se prioriza, por ejemplo, el acceso a la educación de los niños al de las niñas, esto va a repercutir en su posterior desarrollo y calidad de vida y, por tanto, en su estado de salud.
- Desigualdad de oportunidades especiales: también se ha detectado una desigualdad en aspectos considerados "privilegiados" en algunas sociedades del mundo, por ejemplo, en el acceso a la propiedad de la tierra o a la educación superior. Esto, al igual que el punto anterior, repercute en el desarrollo de las mujeres, las cuales disponen de menos recursos y por tanto de una menor calidad de vida.
- Desigualdad en el hogar: es común en casi todo el mundo la naturalización del trabajo del hombre fuera de la casa. Mientras que las mujeres sólo pueden acceder a este tipo de trabajo si lo compaginan con las obligaciones domésticas, repartidas desigualmente entre los sexos. Este hecho genera en las mujeres una sobrecarga de trabajo, que incide en su estado de salud.

Las condiciones asimétricas que afectan a las mujeres tienen repercusiones importantes en los hombres. Cada vez hay más estudios que hablan sobre los costos desfavorables que tiene para los hombres llevar su vida con base en una masculinidad que les permite mantener privilegios en relación con las mujeres. Estos análisis abordan aspectos económicos, sociales, laborales, domésticos, sexuales, emocionales que permiten reconocer que como señala Amartya Sen afirma que los distintos tipos de inequidades tienden a alimentarse unos a otros.<sup>5</sup>

Con base en el género se construye, por tanto, una desigualdad que tiene numerosas caras y consecuencias en distintos ámbitos, entre ellos el de la salud. Además, en el ámbito de la salud, el género no es sólo un aspecto determinante de inequidad, sino un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y hombres.

Los efectos negativos de las inequidades de género en la vida cotidiana de ambos sexos, según la Organización Panamericana de Salud<sup>6</sup>, se concentran en tres tipos de desajuste:



- 1. Entre los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud.** En parte debido a su función reproductiva, las mujeres enfrentan un conjunto diferenciado de riesgos de salud mayor que los hombres. El menor acceso a la nutrición, a la educación, al empleo y a los ingresos significa que las mujeres poseen menos oportunidad de gozar de una buena salud.
- 2. Entre las necesidades de salud y acceso a los recursos.** También debido en parte a su función reproductiva, las mujeres tienen diferentes necesidades de salud que los hombres, no obstante, tienen menos oportunidad de acceder a los recursos económicos y materiales que les permiten obtener los servicios necesarios.
- 3. Entre las responsabilidades y el poder en el trabajo en salud.** Las mujeres constituyen la mayoría del personal trabajador en salud con y sin remuneración. No obstante, al estar concentradas en niveles inferiores de la fuerza laboral de salud, tienen menor capacidad de influenciar la política de salud y la toma de decisiones.

Todas estas inequidades y sus consecuencias en la salud de mujeres y hombres ponen de relieve la necesidad de ejecutar programas y políticas eficientes y eficaces que las reviertan, siendo de vital importancia realizarlos desde una perspectiva de género. Dicha perspectiva implica, como se verá a lo largo de este manual, vincular los papeles asignados culturalmente a mujeres y hombres y el control del poder con los perfiles epidemiológicos de unas y otros y con las características de accesibilidad, financiamiento y gestión del sistema de salud.

## Actividad 3. Presentación del programa del taller y de datos referentes a la relación entre género y salud

Tiempo aproximado:  
25 minutos



**Objetivo.** Presentar a los y a las participantes los temas a desarrollar durante todo el taller, mostrando algunas reflexiones que confirman la relación que existe entre el género y la salud.



**Contenidos.** Temas de cada módulo, contenidos y metodología general del taller, ámbitos donde se visualizan las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres dentro del ámbito de la salud.



**Materiales.** Material visual (por ejemplo; rotafolio, papelógrafo, acetato o cañón). Presentación teórica (anexos). Copias del programa impreso para cada participante (adaptado por la persona que facilita la situación específica de cada grupo).



**Desarrollo.**



Se exponen brevemente los objetivos del taller, los temas y, a grandes rasgos, la metodología y aspectos logísticos como lugar y horarios. Asimismo, se mostrarán algunas reflexiones generales entorno a la relación existente entre el género y la salud.



*Asegurarse que cada participante tenga una copia del programa.*

## Actividad 4. Adentro y afuera

Tiempo aproximado:  
15 minutos



**Objetivo.** Concertar con el grupo principios básicos de interacción durante el taller, que permitan el desarrollo propicio del mismo.



**Contenidos.** Acuerdos de trabajo.



**Materiales.** Papelógrafo con silueta humana, plumones y masking.



**Desarrollo.**



En una hoja de papelógrafo se dibuja una silueta humana. Se pide a las y los participantes que escriban, a modo de acuerdos de trabajo, dentro de la figura, aquellos aspectos que esperan formen parte del taller y fuera de la figura, aquellos que esperan no aparezcan. Se pedirá la participación de todas y todos, iniciando con una propuesta y cuidando que por lo menos se contemplen los siguientes aspectos básicos.

### Adentro:

1. Hablar en primera persona.
2. Confianza.
3. Confidencialidad.
4. Cooperación.
5. Respeto.
6. Puntualidad.

### Afuera:

1. Juicios.
2. Consejos.
3. Retener la palabra.



Una vez definidos los acuerdos de trabajo, se pega el papelógrafo elaborado en un lugar visible y permanente del salón. Enfatizar que son acuerdos del grupo y que el ayudar a que se cumplan no es tarea de la persona que facilita, sino de todas y todos.



*Se recomienda que el grupo tome acuerdos acerca del uso de celulares durante la sesión, para evitar distracciones por esta causa.*

## Sesión 1 El enfoque de género

### Segunda parte

### Diferencias entre sexo y género

Desde el nacimiento, e incluso antes, todos los comportamientos y pensamientos de las personas están condicionados por el género. Lo primero que se pregunta a una mujer embarazada o a su pareja es por el sexo del futuro bebé y cuál sería su preferencia al respecto. De forma que de la futura madre y padre es común oír frases del tipo "prefiero una niña por que son más cariñosas" o "prefiero un niño porque son más independientes." En su explicación atribuyen ya al futuro bebé características, comportamientos, actitudes, intereses, prioridades... que serán distintas según se trate de una niña o de un niño y que todos los agentes sociales se encargarán de transmitirle una vez haya nacido.

A partir del sexo, la identidad, femenina o masculina, está condicionada, determinando cómo deben actuar, sentir y pensar las personas según sean mujeres u hombres. Todo ello unido a la creencia de que son distintos y, en función de ello, la sociedad los educa y valora de forma diferente.

No obstante, las únicas diferencias reales entre mujeres y hombres son las diferencias biológicas, diferencias que son innatas, es decir, nacen con ellas. Así, genéticamente mujeres y hombres tienen cromosomas diferentes, de los 23 pares de cromosomas que tiene la especie humana, un par se diferencia siendo XX para las mujeres y XY para los hombres. De este modo, hombres y mujeres tienen características sexuales diferentes: genitales internos y externos y características sexuales secundarias definidas a partir de la pubertad como la velloidad, la voz o el pecho. El sexo hace, por tanto, referencia a las diferencias que existen entre mujeres y hombres, dadas por su condición biológica y fisiológica. Son congénitas, se nace con ellas y son universales, es decir, son iguales para todas las personas.<sup>7</sup>

Todas las demás diferencias que se atribuyen a mujeres y hombres, sensibilidad, emotividad, dulzura, sumisión, fortaleza, rebeldía, independencia... son culturales y por tanto, aprendidas; es una construcción social llamada género. El género alude al conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados a las personas de acuerdo con su sexo. Son características históricas, social y culturalmente atribuidas a mujeres y hombres en una sociedad con significación diferenciada de lo femenino y lo masculino, y que varían a través del tiempo y de una cultura a otra, pudiéndose, por tanto, modificar.<sup>7</sup>

Estas diferencias se plasman en una adjudicación de actividades, acceso y control de recursos, oportunidades, etcétera, distinta para cada sexo y a menudo en una valoración social de las habilidades, comportamientos, trabajos, tiempos y espacios masculinos y una desvalorización de los femeninos. De forma que, partiendo de una diferencia biológica (sexo), se construye una desigualdad social que coloca en una posición de desventaja a las mujeres respecto a los hombres en la sociedad, que también tiene consecuencias negativas para ellos, al imponérselos el ejercicio de una masculinidad que tiene como base la demostración continua de la fuerza, la sobrevaloración del mundo público en detrimento del privado, la negación para los hombres de todo lo relacionado con lo femenino y la utilización de la violencia como únicos parámetros para conformarse como hombres.

Todo ello influye, como se verá más adelante, en una diferencia dentro del proceso salud, enfermedad y atención de mujeres y hombres visible, por ejemplo, en los riesgos que unos y otras presentan respecto a su salud: ¿por qué las mujeres son más proclives a padecer depresiones?, ¿por qué los hombres tienen más accidentes de tráfico?

Asimismo, el género es una categoría de análisis que surge como una propuesta que intenta explicar desde una perspectiva nueva las diferencias y desigualdades entre las mujeres y los hombres, y cómo éstas inciden en todos los ámbitos de sus vidas.

## El género como categoría de análisis

Fue la psicología en su vertiente médica la que utilizó la categoría de género para establecer una diferencia con el sexo. John Money la empleó en 1955 para plantear la necesidad de subrayar el poder que la biología social tiene en el desarrollo psicológico de los individuos añadiendo al lenguaje científico una serie de términos con los que no se contaba hasta entonces, tales como "rol de género" e "identidad de género". Posteriormente, Robert Stoller la desarrolló, en sus estudios de los trastornos de la identidad sexual (1968) donde investigó casos con una falla en la asignación de sexo al nacer, debido a que las características externas de los genitales se prestaban a confusión, por ejemplo, se rotulaba a una niña como niño, y cuando con el tiempo se descubría el error resultaba imposible corregirlo. Estos casos hicieron suponer a Stoller que lo que determina la identidad y el comportamiento masculino o femenino no es el sexo biológico, sino el hecho de haber vivido desde el nacimiento las experiencias, ritos y costumbres atribuidos a las mujeres o a los hombres. Concluyó que la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal o biológica.

Posteriormente, el concepto fue retomado y desarrollado por el movimiento de mujeres y por las ciencias sociales, como una manera de desnaturalizar las inequidades y desventajas en las relaciones entre mujeres y hombres. Así se ha llegado a un concepto relacional que enfatiza no sólo las diferencias culturales, sino cómo estas diferencias se han transformado en desigual acceso a los recursos y a las posibilidades de desarrollo personal y cuyas principales características según la Organización Panamericana de la Salud (OPS)<sup>1</sup> son las siguientes:

- 1) Es relacional.** El género no se refiere únicamente a mujeres, sino también a las relaciones que se dan entre las propias mujeres u hombres y a las relaciones que se construyen socialmente entre unos y otras.
- 2) Es jerárquico.** Las diferencias que el género 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. No obstante, esto no implica que las mujeres no ejerzan poder, sí lo hacen, sólo que en ámbitos más restringidos y con estrategias diferentes.
- 3) Es cambiante a través del tiempo.** Los roles y las relaciones de género no son estáticas, sino que se modifican a lo largo del tiempo y, por ende, son susceptibles de transformación. Así lo que pudo ser femenino, puede llegar a ser masculino y viceversa. Por ejemplo, cada día hay más hombres que realizan tareas domésticas y más mujeres que trabajan fuera del hogar en profesiones catalogadas como típicamente masculinas (choferes, soldados, jueces...), hechos que a principios del siglo pasado eran inconcebibles.
- 4) Es contextualmente específico.** Existen variaciones en las relaciones de género de acuerdo con etnia, clase social y cultura, entre otros. Por este motivo no se puede afirmar la existencia de una única manera de ser mujer u hombre en una sociedad determinada, sino que en ella se encuentran muchas feminidades y masculinidades. Justamente ha sido la antropología la que ha proporcionado numerosos ejemplos sobre las diferentes maneras de ser y



comportarse de mujeres y hombres en las diferentes culturas y al interior de cada una de ellas: no todos los hombres son violentos; no todas las mujeres se dedican al hogar.

- 5) Es institucionalmente estructurado.** El género se construye y perpetúa a través de todo un sistema de instituciones sociales (familia, escuela, Estado, Iglesias, medios de comunicación), de sistemas simbólicos (lenguaje, costumbre, ritos) y de sistemas de normas y valores (jurídicos, científicos, políticos). Así, por ejemplo, las políticas públicas pueden contribuir a mantener y reforzar las desigualdades de género cuando no consideran las diferencias entre mujeres y hombres. Dentro de éstas las políticas de salud no son la excepción. Algunas pueden generar efectos negativos, muchas veces no previstos, porque no se da prioridad a aspectos específicos de la salud de mujeres u hombres o porque no se promueven los medios adecuados para acceder a los servicios en función de sus necesidades de género.

## Actividad 5. Diferencias entre mujeres y hombres

(Adaptado de Tobon M, Guzmán JE)<sup>3</sup>

Tiempo aproximado:  
40 minutos



**Objetivo.** Analizar las diferencias que existen entre las características biológicas y las características culturales atribuidas a mujeres y a hombres.



**Contenidos.** Conceptos de sexo y de género.



**Materiales.** Papelógrafo, plumones, masking.



**Desarrollo.**



Se pide que cada persona escriba un listado de las características que considera propias de las mujeres y de los hombres: actitudes, comportamientos, formas de pensar, temores, etcétera.



Hacer dos columnas en el papelógrafo: una para lo relacionado con las mujeres y otra para lo relacionado con los hombres. Cada persona pasa y escribe su lista en la columna correspondiente, evitando repetir aquellas características ya mencionadas.



Construir una síntesis de cada columna con la participación del grupo, preguntando por qué le han atribuido esos rasgos y características y si se sienten identificadas con ellos.



Intercambiar los títulos de las columnas, de modo que lo inicialmente asignado a las mujeres quede asignado a los hombres y viceversa. Solicitar las opiniones al respecto de este cambio y si no conocen a alguna mujer u hombre que tengan alguna de las características atribuidas al otro sexo. Finalmente, preguntar cuáles de las características atribuidas son innatas, o sea, se nace con ellas, y cuáles adquiridas. Permitir la discusión y el consenso al respecto.



Cerrar el ejercicio mostrando que las únicas características propias de hombres y mujeres son las relacionadas con las diferencias biológicas (genes, hormonas, gónadas, órganos reproductivos internos, órganos reproductivos externos), todas las demás características son culturales, de ahí que no todos los hombres ni todas las mujeres las posean.

## Actividad 6. Exposición teórica

Tiempo aproximado:  
30 minutos



**Objetivo.** Comprender la diferencia y relación entre los conceptos de sexo y género, así como las características básicas del género como categoría de análisis.



**Contenidos.** La distinción entre sexo y género. El concepto de género.



**Materiales.** Papelógrafo, proyector de acetatos o cañón.



**Desarrollo.**



A partir del ejercicio anterior se realiza una breve exposición sobre las diferencias entre sexo y género y las características principales del concepto género (ver anexos).



*Especialmente en esta sesión, preguntar si se tiene alguna duda.*

## Estereotipos de género

Los estereotipos se pueden definir como creencias que atribuyen, en ocasiones de manera inconsciente, características y rasgos a los miembros de un grupo, siendo los estereotipos de género las creencias sobre las características y roles típicos que las mujeres y los hombres tienen que tener y desarrollar en una sociedad. Así, partiendo de ellos, a las mujeres se las considera más poseedoras de características expresivas, tales como la dependencia, la sensibilidad, la obediencia, la afectividad o la inseguridad, mientras que a los hombres se les considera más poseedores de rasgos instrumentales, como son la competición, la independencia, el espíritu emprendedor o la dominación.



Las características atribuidas a las mujeres les confieren la construcción de un "ser para los otros," mientras que las atribuidas a los hombres, "un ser para sí mismos\*." Por otra parte, las características atribuidas a los hombres suelen tener una mayor valoración social que las atribuidas a las mujeres, así se valora más el ser fuerte que el ser frágil, el ser valiente que el ser asustadiza.

En este sentido, la forma como se construye socialmente la masculinidad permite observar que se basa en tres aspectos centrales:

1. Suprimir todo lo femenino. Los hombres aprenden de manera no reflexiva que las características denominadas femeninas son atributos que ellos no deben incorporar para saberse hombres.
2. Delimitar claramente las fronteras entre lo que se considera femenino y masculino. Desde pequeños los hombres han incorporado a su identidad la normativa social de dividir tajantemente aspectos que son considerados masculinos y separarlos de aquéllos que no lo son.
3. La necesidad de demostrar que se es hombre a partir de pruebas públicas. Para el hombre no basta con ser "hombre", se debe demostrar a otros que lo es. Para ello echa mano de múltiples conductas como demostrar ser fuerte, no mostrar debilidades, siempre estar seguro con las cosas que se hacen, siempre estar dispuesto sexualmente, ser un conquistador, etcétera.

Todo ello produce hombres que se construyen como "proyectos" hechos para la vida pública. Los estereotipos remarcan y acentúan las divisiones entre la vida pública y privada, y las características que supuestamente son exclusivas de cada una.

Estas creencias que afectan a las acciones de la vida cotidiana son compartidas por un grupo mayoritario de personas y reflejan los valores que intenta transmitir una sociedad. Además, con ellas se completa la información cuando ésta es ambigua; podemos así, con una sola foto o imagen predecir la vida de una persona, inclusive podemos afirmar si es feliz o no. Los estereotipos también orientan las expectativas, es decir, ante la falta de información sobre una situación o la vida de una persona, nuestra opinión al respecto se completa con el estereotipo. Finalmente, se recuerda con más facilidad la información que es congruente con el estereotipo.

Los estereotipos de género se pueden clasificar en tres grupos, en función de la valoración que se tenga de los grupos de mujeres u hombres a los que se refieren:

- **Positivos.** "Los hombres son fuertes."
- **Neutros.** "Las mujeres de Veracruz son morenas."
- **Negativos.** "Las mujeres no saben manejar."

Los estereotipos de género suelen acompañarse de estereotipos de clase, etnia y edad y conducen a los prejuicios. Un prejuicio es un juicio previo no comprobado, de carácter favorable o desfavorable, acerca de una persona o de un grupo tendiente a una acción<sup>8</sup>, en el caso de los prejuicios de género es cómo se juzga a una persona en función del estereotipo adjudicado a su sexo.

\* Esto es, en cierto modo relativo, dado que la mayoría de los hombres asumen el papel de proveedores que les asigna la sociedad, el cual supone un bienestar para los miembros de la familia.

Al igual que los estereotipos, los prejuicios pueden ser positivos o negativos. El problema surge cuando son negativos, ya que pueden conducir a la discriminación. La discriminación es un comportamiento hostil hacia otras personas. Esta hostilidad puede ser directa, como las agresiones físicas que sufren las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar o las burlas continuas que sufren aquellos hombres que realizan tareas domésticas. E indirectas, que son, por ejemplo, las discriminaciones que las mujeres u hombres sufren en la legislación o en el ámbito laboral por pertenecer a un sexo determinado.

Haciendo referencia a este último, diversos estudios han mostrado que existen estereotipos de género respecto al desempeño laboral.<sup>9</sup> Estos estereotipos se expresan en el momento de tomar decisiones referidas a los recursos humanos lo cual incide en la cantidad y calidad de las oportunidades laborales de mujeres y hombres, tal como la disposición de contratación, promoción, inversión en capacitación, política de remuneraciones, apertura de nuevas oportunidades ocupacionales y de acceso a puestos de mando. Se mencionan como imágenes o estereotipos laborales<sup>10</sup> los siguientes:

1. Las mujeres son una fuerza de trabajo secundaria, adicional o complementaria al trabajo principal del jefe de familia.
2. Las trayectorias laborales femeninas son inestables, muy sujetas y fuertemente subordinadas a los ciclos de la vida familiar.
3. Las mujeres no pueden trabajar de noche.
4. Tienen menor necesidad de ingresos.
5. Tienen mayor disposición a aceptar un salario bajo.

Todas estas limitaciones atribuidas a las mujeres en el trabajo, contribuyen a fortalecer una imagen de éstas como trabajadoras diferentes al modelo del trabajador masculino, "que tiene quien se ocupe por ellos, de la familia y lo doméstico"<sup>11</sup> y supone negar a los hombres todo lo catalogado como características u obligaciones femeninas: sensibilidad, ausencia de competitividad o permisos para el cuidado de las hijas y los hijos.

También existen estereotipos del hombre en el campo laboral. Por ejemplo, considerarlos como personas que poseen "fortaleza física y mental indiscutible," lo que les permitiría soportar jornadas de trabajo pesadas. También, el considerar que los hombres tienen pocos problemas de salud porque se ausentan menos de los espacios laborales a causa de enfermedad.

Los estereotipos de género sirven, por tanto, para definir metas y expectativas para ambos sexos, marcando una evolución diferente para mujeres y hombres. Estos estereotipos son transmitidos y reforzados durante el proceso de socialización.

## Actividad 7. ¿Qué vemos e imaginamos?

(Adaptado de Escudero, Pulido y Venegas)

Tiempo aproximado:  
30 minutos



**Objetivo.** Ser conscientes de los estereotipos de género que todas las personas tenemos. Asimismo, reflexionar en torno a cómo estos estereotipos pueden conducir a actitudes discriminatorias hacia otras personas.



**Contenidos.** Estereotipos de género. Prejuicios. Discriminación.



**Materiales.** Copias de las fotos y de la historia o presentación de las mismas en power point o acetatos. Hojas blancas.



**Desarrollo.**



Mostrar al grupo las dos fotos que se reproducen en los anexos y pedir que individualmente contesten a las siguientes preguntas:

- ¿A que se dedica esa persona?
- ¿En qué país está?
- ¿Creen que es feliz?

A continuación deberán escribir un final de la historia que se les presenta en las copias o proyectada en un cañón.



Acto seguido, cada persona comparte en voz alta lo que ha escrito referente a las fotos y a la historia. Cuando haya terminado la exposición de las y los participantes, la persona que facilita mostrará la segunda versión de cada foto que aparece en los anexos, leyendo el encabezado de la misma, así como, el final de la historia.



Se pregunta a las y a los participantes:

- ¿Qué ha ocurrido?
- ¿Por qué se han equivocado en las respuestas?
- ¿Cómo se sienten al conocer la respuesta correcta?



La persona que facilita explicará que las fotos mostradas enseñan sólo una parte de la realidad. A partir de un fragmento se construye una "realidad estereotipada". Así, en función de los estereotipos de género se han atribuido características y atributos a las personas que aparecen en las fotos. Se considera de este modo que las mujeres indígenas son todas amas de casa o no tienen estudios o que los hombres se dedican fundamentalmente a trabajos típicamente masculinos.



La actividad se concluirá reflexionando sobre la importancia de asumir que todas las personas tienen estereotipos, los cuales influyen en las expectativas y en la forma de relacionarnos con las personas tanto en nuestro ámbito de trabajo, como en nuestra vida privada.

## Actividad 8. Exposición teórica

Tiempo aproximado:  
20 minutos



**Objetivo.** Profundizar en las principales características de los estereotipos de género y como éstos cuando son negativos pueden conducir a la discriminación.



**Contenidos.** Definición y características de estereotipos, prejuicios y discriminación.



**Materiales.** Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.



**Desarrollo.**



A partir del ejercicio anterior se realiza una breve exposición sobre qué son los estereotipos de género, cuáles son sus principales características y como éstos pueden conducir a los prejuicios negativos y a la discriminación (ver anexo).

## Sesión 2 La socialización de género

"La socialización se refiere a todas y cada una de las instancias a través de las cuales una persona integra e incorpora las consignas y determinaciones de la estructura social en la que interactúa"; a través de ella se logra "transmitir, mantener y perpetuar valores, creencias y actitudes que influyen y, en cierto modo, determinan el modo de pensar y comportarse de la gente."<sup>12</sup>

Dentro del proceso de socialización hay que destacar la llamada socialización de género que es el proceso por el cuál se aprende a pensar, sentir y a comportarse como mujeres y hombres según las normas, creencias y valores que una cultura dicta para cada sexo. Básicamente, sería el aprendizaje de los roles expresivos para las mujeres y de los roles instrumentales para los hombres y, asociado a la valorización superior de lo masculino y a las características estereotipadas femeninas y masculinas. A través de esta socialización, diferente en cada cultura, se enseñan aquellos modelos de conducta que son aceptados socialmente para mujeres y hombres, y cuáles no lo son, así como las consecuencias que tiene la adopción o trasgresión de estos modelos.

La socialización de género es un proceso en el que se está inmerso, incluso antes de nacer, en las expectativas que la futura familia coloca sobre el bebé, se desarrolla a lo largo de toda la vida y es transmitida a través de distintos agentes: familia, escuela, medios de comunicación o lenguaje.

### La familia

La familia es el primer lugar donde se inculca qué es ser mujer y qué es ser hombre y esto se refleja en el trato cotidiano, en las actitudes que se premian o castigan, en los colores que se asignan a cada sexo, en los juegos y juguetes que se regalan o en los cuentos que se leen.

Desde la familia a los hombres se les enseña a alejarse de los aspectos considerados femeninos, de esta manera se orienta a los hombres a tener conductas que expresen y demuestren lo menos posible la ternura, el cariño, la tristeza o el dolor, y se les permite la ira, el coraje y la violencia porque se considera que estos elementos son muy importantes para reafirmar la identidad masculina en los niños. A las mujeres, por el contrario, se les reprime cualquier manifestación de coraje o decisión, y se les enseña a ser educadas y obedientes.

Existe también una clara división tanto en los colores, el rosa es el color adjudicado a las niñas y el azul a los niños, como en los juguetes que se regalan a unas y otros. Normalmente, a las chicas se destinan juegos y juguetes tales como muñecas, cocinitas, estuches de belleza... todos ellos las enseñan a ser, en un futuro, amas de casa y madres, así como, a cuidar su belleza; mientras que a los chicos se les regalan coches, pistolas, pelotas de fútbol... es decir, juguetes relacionados con actividades, profesiones o deportes típicos de los hombres.

Lo mismo ocurre con las canciones, los chistes, los refranes que se enseñan, o los cuentos que se regalan; en ellos se transmite una imagen estereotipada de mujeres y hombres, así como el papel, la conducta y pensamiento que la sociedad espera de unas y otros. Haciendo referencia a los libros infantiles señala Adela Turín<sup>13</sup> que "las imágenes estereotipadas de la mujer y del hombre que transmiten estos libros son mutilantes para las niñas y empobrecedoras para los niños. Por una curiosa necesidad de simetría, se le niega a un sexo las características y los comportamientos que se le atribuyen al otro. Si los niños son activos y audaces, las niñas son pasivas y perezosas. Y si las niñas son afectuosas y sensibles, no les queda a los niños otra opción

que la de mostrarse violentos." Hay otros estudios nacionales que proponen la multiplicidad de tareas aprendidas por las mujeres en el proceso de socialización, al tiempo que aprenden el trabajo doméstico, se les prepara para el extradoméstico.

No obstante, se puede apreciar una transformación de estas formas de socialización genérica transmitidas desde la familia. Aunque hay que señalar que esta transformación se ha producido en una única dirección, siendo las chicas las que han empezado a adoptar actitudes, colores, complementos y juegos catalogados como típicamente masculinos: usan así pantalones y ropa de todos los colores, juegan al fútbol, a los coches y a los videojuegos... pero difícilmente se encuentran casos a la inversa, es decir, chicos que adopten los colores, ropas y juguetes típicamente femeninos. Esto se debe a la desvalorización social que existe en torno al rol que estos colores y juegos representa.<sup>7</sup>

## La escuela

La escuela también desempeña un papel muy importante en la socialización de género al transmitir, dentro del currículo, estereotipos y conductas genéricas.

A través del currículo oculto, el profesorado da un trato diferente a niñas y a niños\*. Se ha mostrado así que las profesoras y los profesores son conformistas cuando las niñas reprueban matemáticas y, por el contrario, redoblan su atención cuando es un niño el que reprueba. Considerar a las mujeres con menos capacidad para el desarrollo científico determina que las oportunidades de acercamiento y acceso a estas áreas sean menores para las niñas. Se les considera de antemano más aptas para áreas de corte humanista.

El estereotipo subyacente es que los niños son mejores para las matemáticas o bien que esta materia será más importante para su futuro profesional. Asimismo, otras investigaciones han puesto en evidencia cómo las niñas son compensadas en la escuela por conductas pasivas, sumisas, mientras a los niños se les recompensa una actitud independiente y autoconfiada y que el profesorado es más permisivo cuando el que actúa con violencia es un niño que cuando es una niña.<sup>14</sup>

Los materiales educativos también participan de esta progresiva socialización discriminatoria, al demostrarse la existencia de profundos estereotipos sexistas en ellos. Las mujeres aparecen en menor medida en los libros de texto y cuando lo hacen, su imagen es de poco ambiciosas, asustadizas, dependientes y no muy inteligentes. Los hombres, por el contrario, aparecen como individuos valientes y autónomos, ambiciosos y fuertes, son los grandes héroes, líderes y genios en la historia. A esto hay que añadir el uso de un lenguaje genérico masculino entendido como neutro y que los protagonistas de las historias son casi tres veces más hombres que mujeres, lo que tiende a perpetuar la idea de que los grandes eventos de la historia han sido cosa sólo de hombres, así como creer que lo que dicen los hombres y las actividades a las que se dedican han sido y son más importantes que lo que hacen y dicen las mujeres.

\* El currículo oculto hace referencia a todos aquellos valores y estereotipos sexistas que el profesorado transmite de manera inconsciente y que se materializan en aspectos tales como la distribución del alumnado en el aula, las relaciones que se fomentan entre ellas y ellos, las actitudes diferenciadas del profesorado ante las alumnas y alumnos...

Todos estos estereotipos tienen consecuencias muy negativas para las niñas y los niños, ya que se ven presionados a representar el papel acorde con el estereotipo si no quieren ser estigmatizados por el resto de la clase, donde no hay cabida para las niñas fuertes e independientes o para los niños sensibles y asustadizos. Los estereotipos negativos restringen y limitan el desarrollo sano de niñas y niños. De hecho, la confianza, la autoestima y los recursos de comunicación se amplían visiblemente cuando se rompe con ideas estereotipadas de lo que debe ser una mujer y un hombre en cualquier etapa de la vida.

Si bien, con frecuencia el maestro o la maestra manifiestan explícitamente que las niñas son tan capaces como los niños en las diferentes actividades escolares, en muchas ocasiones, de manera no intencional, pueden transmitir mensajes e ideas diferenciadas que corresponden a la creencia en la superioridad de un sexo sobre otro. La escuela también está cambiando y cada vez hay más materiales educativos no sexistas y profesorado comprometido en transversalizar la equidad de género en sus materias. Pero este cambio es muy lento y todavía queda mucho camino por andar de cara a eliminar las inequidades de género que se transmiten en el ámbito educativo.

## Medios de comunicación masiva

Los medios de comunicación difunden y mantienen, de modo muy sutil, los estereotipos sobre la forma como deben ser, comportarse, pensar y sentir las mujeres y los hombres, y además muestran las formas de premio o castigo asociadas a la obediencia o trasgresión de dichos estereotipos.

Todos los días estos medios, visuales y escritos, envían mensajes, unas veces de manera directa y otras indirecta, acerca de cómo deben de ser las mujeres y los hombres. Así, el papel adjudicado a las mujeres, es el de amas de casa, madres abnegadas, personajes de la farándula, frívolas y abocadas al cuidado de su imagen para gustar al hombre y últimamente se está transmitiendo mucho la imagen de la mujer "superwoman", guapa, inteligente, con estudios superiores, madre de familia y trabajadora asalariada, amante y feliz con su vida. Raramente aparecen mensajes donde se cuestione la doble jornada laboral desempeñada por estas mujeres o donde las protagonistas sean mujeres que detentan el poder o sean consultadas como expertas.

Por otra parte, los hombres suelen ser representados como sujetos importantes, exitosos, con profesiones de más estatus social: políticos, deportistas o empresarios, libres y fuertes, apareciendo en muy pocas ocasiones en anuncios relacionados con el cuidado del hogar. Estas imágenes de hombres suelen transmitir la idea de que los hombres siempre saben lo que quieren, que no dudan, si llegan a hacer actividades del hogar siempre lo hacen como una "ayuda" a la mujer. Además, los medios suelen mostrar que el bienestar de los hombres está asociado a la posesión de bienes materiales (como autos), y que en varias ocasiones éstos incluyen como un "aditamento" más a mujeres. La mayoría de la publicidad de artículos caros, coches, casas... suele ir dirigida a los hombres y se transmite la posición de autoridad masculina usando su voz en "off" en anuncios publicitarios, periodísticos...

En el caso de las campañas realizadas por el sector salud se ha observado como se reproducen muchos de estos estereotipos: así se adjudica a las mujeres la responsabilidad en el cuidado de la salud de la familia y por eso la mayoría de las campañas de vacunación, prevención...se dirigen a ellas sin cuestionarse la carga laboral que esto implica o que se está excluyendo a los hombres la oportunidad de otorgar este cuidado. También se transmite una imagen estereotipada del personal médico, en un número elevado de campañas aparece el personal médico

representado por un hombre de mediana edad, invisibilizándose, de este modo, a todas las mujeres que ejercen esta profesión en el sistema de salud. Caso contrario ocurre con la enfermería, profesión catalogada de menor prestigio que la medicina y representada en todas las campañas por mujeres.

## El lenguaje

El lenguaje es un agente de socialización muy importante, dado que refleja los valores importantes en la sociedad que lo habla, tanto por lo que se dice como por la forma como se expresa. El lenguaje es, así, un instrumento de transmisión de valores sociales entre los que cabe mencionar los referidos a una discriminación por razón de sexo.

El sexismo, para Teresa Meana<sup>15</sup> "es la asignación de valores, capacidades y roles diferentes a hombres y mujeres, exclusivamente en función de su sexo, desvalorizando todo lo que hacen las mujeres frente a lo que hacen los hombres que es lo que está bien, -lo que tiene importancia-." Un ejemplo de este sexismo son los diferentes significados, según hagan referencia a mujeres u hombres, atribuidos a algunas palabras:

- **Ambicioso:** buen partido, con metas.
- **Ambiciosa:** interesada, calculadora.

O las siguientes definiciones dadas en el Diccionario consultor Espasa,<sup>16</sup> entorno al significado de la palabra hombre y de la palabra mujer:

- **Hombre:** ser racional perteneciente al género humano, y que se caracteriza por su inteligencia y lenguaje articulado.
- **Mujer:** persona del sexo femenino. La que ha llegado a la edad de la pubertad. La casada, con relación al marido.

Existe un uso androcéntrico y sexista de la lengua, en la expresión oral y escrita, en las conversaciones informales y en los documentos oficiales, que transmite y refuerza las relaciones asimétricas, jerárquicas e inequitativas que se dan entre los sexos en cada sociedad y que es utilizado en todos los ámbitos de la misma. Basta pensar en lo que intentan transmitir frases cotidianas como "vieja, el último," "calladita te ves más bonita," "mujer que sabe latín, ni tiene marido ni tiene buen fin," "no seas mandilón" o "sólo las viejas lloran."

El androcentrismo en el lenguaje se manifiesta en la desigualdad en el orden de las palabras, en el contenido semántico de ciertos vocablos o en el uso del masculino como genérico para ambos sexos. Haciendo referencia a éste último, hay que señalar que en general se habla en masculino, pero el uso genérico del masculino, entendido como neutro, ha invisibilizado la presencia de las mujeres, en la historia, en la vida cotidiana, en el mundo.

Otro modo de invisibilizar a las mujeres se produce cuando hablamos de profesiones o titulaciones, así nombramos en masculino los oficios que, tradicionalmente, han desempeñado los hombres y a la inversa, por ejemplo, hablamos de los jueces y casi nunca de las juezas o de los médicos y no de las médicas o de las enfermeras y no de los enfermeros. De esta forma, negamos la presencia de mujeres en esas carreras supuestamente masculinas, a la vez que feminizamos



todas las profesiones que tienen que ver con los ámbitos tradicionalmente adjudicados a las mujeres, como la limpieza o los cuidados, invisibilizando también a los hombres.

No obstante, es necesario señalar, que en sí la lengua española no es sexista; lo que es sexista es el uso que se hace de ella, uso consolidado, aceptado y promovido por la sociedad. En la lengua española existen términos y múltiples recursos para incluir a mujeres y a hombres sin prejuicio ni omisión de unas y otros. Además, la lengua es un instrumento flexible, en constante transformación, que se puede adaptar perfectamente a la necesidad o deseo de comunicar.

La identidad genérica se forja desde el lenguaje que define quiénes somos, cómo somos, qué pensamos. De ahí la importancia de nombrar y reconocer en él a mujeres y a hombres en igualdad de oportunidades y condiciones, de cara a crear una sociedad más equitativa para ambos sexos.

## Actividad 9. Juegos cuentos y demás...

(Adaptado de Romo y Papadimitriou)<sup>17</sup>

Tiempo aproximado:  
50 minutos



**Objetivo.** Compartir algunas formas de aprendizaje del género a partir de los juegos, cuentos, chistes y canciones aprendidas desde la infancia.



**Contenidos.** Socialización de género a través de juegos, cuentos, chistes y canciones.



**Materiales.** Papelógrafo, plumones, masking, tarjetas blancas.



**Desarrollo.**



La persona que facilita habrá elaborado cuatro tarjetas, escribiendo en cada una uno de los siguientes ítems: juegos, cuentos, chistes y canciones. Se forman cuatro grupos mixtos de 5 a 7 personas máximo y se les pide que elijan al azar una de las tarjetas. En 30 minutos, cada equipo elaborará un listado de ejemplos, vigentes durante su niñez, adolescencia o edad adulta, relacionados con el ítem que les ha correspondido y analizará de qué manera esos juegos, cuentos, chistes o canciones marcan parámetros relacionados con la forma de ser mujeres u hombres. Terminado el tiempo, una o un representante de cada grupo expondrá en plenaria la lista y las principales conclusiones de la reflexión grupal.



Se concluye el ejercicio haciendo una breve reflexión de cómo los juegos, las canciones, los cuentos y los chistes son medios de aprendizaje y reproducción de un orden de género. Muchos de ellos reproducen las desigualdades de género, así como otras formas de discriminación; sin embargo, pasan desapercibidos e invisibles. Recordarlos y analizarlos puede ser una buena manera de investigar de dónde aprendimos y reforzamos ser como somos.



*Se pueden mencionar o incluso llevar algunos ejemplos de cuentos o canciones para analizar.*



*Las siguientes preguntas pueden ser útiles para incentivar la discusión:*

- 1. ¿Qué tipo de sociedad describen?*
- 2. ¿Cuáles son los papeles de las mujeres, los hombres y los niños y niñas?*
- 3. ¿Qué atributos dan a las mujeres y cuáles a los hombres?  
¿Qué atributos niegan a unas y a otros?*
- 4. ¿Creen que se mantiene todavía esa separación en los juguetes, es decir, que a las niñas les regalan muñecas y a los niños carros, por ejemplo?  
En el caso negativo, ¿conocen a algún niño al que le regalen muñecas?*

## Actividad 10. Exposición teórica

Tiempo aproximado:  
40 minutos



**Objetivo.** Comprender lo que significa la socialización de género e identificar y profundizar en los principales agentes que la transmiten.



**Contenidos.** Definición de socialización de género. Agentes socializadores: familia, escuela, medios de comunicación y lenguaje.



**Materiales.** Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.



**Desarrollo.**



A partir del ejercicio anterior se realiza una breve exposición sobre qué es la socialización de género y cómo se transmite (ver anexos).



*En la parte de la exposición referente a los medios de comunicación mostrar primero las diapositivas de diversas campañas de la Secretaría de Salud y preguntar a las y a los participantes quiénes aparecen en esas campañas, qué intentan transmitir y a quién creen que están dirigidas. Asimismo, preguntar si creen que el lenguaje que utilizan en ellas es incluyente para mujeres y para hombres.*

## Actividad 11: ¿Es femenina o masculina?

(Adaptado de Salud y Género A.C. y Secretaría de Salud).<sup>18</sup>

Tiempo aproximado:  
50 minutos



**Objetivo.** Analizar cómo el género condiciona nuestra identidad según seamos hombres o mujeres.



**Contenidos.** Masculinidad y feminidad.



**Materiales.** Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.



**Desarrollo.**



La persona que facilita proyectará con cañón o acetatos los siguientes testimonios verídicos, pidiendo a una persona voluntaria que los lea en voz alta y preguntando al grupo si creen que son emitidos por una mujer o por un hombre y por qué creen eso.

*"Me acuerdo como si fuera hoy la primera vez que fui al médico. El médico habló sobre un montón de cosas. La segunda vez fue mejor y la tercera echó un líquido en la barriga y escuchó. Casi lloro. ¡Es muy bueno! Él hizo un ultrasonido. La primera vez no se pudo ver el sexo. Entonces, la segunda vez, el ultrasonido mostró el pie. Pregunté, ¿es una niña o un niño? El médico respondió, "pueden ir comprando un par de aretes. Entonces comencé a llorar. ¡Fue una felicidad saber que ella iba a nacer!"*

*"Madre es aquella que coloca a su hijo en el pecho, tiene más contacto con él, y no rompe el cordón umbilical."*

*"Creo que hay muchas personas que han estudiado la universidad y al final no les da nada. Acaban sin conseguir aquello que más desean. Acaban sin tener dinero ni para sostener a la familia. Lo que yo quiero es tener un negocio. Voy a ser comerciante o practicar administración para llevar el negocio. Es eso lo que estoy pensando para mí."*

*"¿El lado bueno? Ah, mi hija es todo. Es muy buena. El hecho de tenerla paga todos los sacrificios. Paga las noches que paso sin dormir y sin salir. Es sólo una fase, ella todavía es muy pequeña, ¿no? Las salidas y los viajes los puedo hacer cuando ella crezca. ¡Te estás muriendo de sueño!, ella te mira y da una sonrisa: pagó, ¿sabe? Es un problema, pero es bien recompensado. Es un pedacito de mí."*

*"Comenzamos a enamorarnos y a gustarnos. Comenzamos a tener sexo... Yo creía que el anti-conceptivo daba problemas de alergia y tuve miedo. Me decidí por el método de las pastillas. ¿Entonces usted sabe? Un día nos equivocamos y... Después fui al médico y le pregunté como era eso de usar anticonceptivos. El me dijo que daba alergia."*



Una vez finalizada la lectura de los testimonios la persona que facilita explicará que todos son emitidos por hombres jóvenes y preguntará al grupo ¿Qué conclusión sacan de los mismos? ¿Por qué les extraña que haya hombres que se expresen así?



A continuación, pide que se formen cuatro grupos, dos de mujeres y dos de hombres, y hagan un listado de las características que creen definen la feminidad, en el caso de las mujeres, y la masculinidad, en el caso de los hombres. Cuando todos los grupos hayan terminado expondrán sus listados en plenaria. La persona que facilita intentará unificar las características que definen la feminidad y la masculinidad, ya que seguramente habrá coincidencia en muchos de los puntos establecidos por los grupos.



*Se puede iniciar el debate con las siguientes preguntas:*

*¿En los días actuales, siguen vigentes las características que han establecido?*

*Los testimonios leídos al inicio de la actividad ¿Se ajustan a estas características?*

*¿Cuáles son las características masculinas más valoradas y/o más desvalorizadas hoy en día?*

*¿Y las femeninas?*



Se finaliza la actividad con una reflexión de la persona que facilita sobre cómo la masculinidad y la feminidad, transmitidas a través de la socialización, son construcciones sociales que establecen lo considerado adecuado y aceptable para cada sexo con base en una oposición y complementariedad: si las mujeres son sensibles los hombres no pueden serlo, si los hombres son fuertes las mujeres tienen que ser débiles. Es importante aclarar que estas características por sí mismas no son, o no deberían ser, un problema. Se convierten en una dificultad cuando son **excluyentes**, porque producen personas en desigualdad de oportunidades y desarrollo. Por ejemplo, que una mujer por el hecho de ser tierna no pueda ser emprendedora o activa, o que un hombre por ser ambicioso no pueda ser sensible, nos indica que no se reconoce abiertamente la plenitud humana.

Estas construcciones no son estáticas, sino que cambian con el tiempo y de una cultura a otra de ahí que se tenga que hoy se hable de la existencia de muchas masculinidades y feminidades, siendo un ejemplo de ello los testimonios presentados.

## Actividad 12. El telegrama

Tiempo aproximado:  
10 minutos



**Objetivo.** Evaluar brevemente los aspectos trabajados a lo largo del módulo y obtener sugerencias de mejora para las próximas sesiones.



**Desarrollo.**



Se pide a cada participante que en una hoja blanca escriban de manera anónima un telegrama donde expliquen su opinión de este primer módulo, pudiendo incluir sugerencias de mejora para las próximas sesiones.



Importante señalar que es un telegrama, por tanto, el texto tiene que ser muy escueto.



### **Bibliografía recomendada.**

Sen A. Desigualdad de género: La misoginia como problema de salud pública. En letras libres; Abril 2002: 42-48.

Lamas M. La antropología feminista y la categoría "género". En Lamas M. (comp.). El género: la construcción cultural de la diferencia sexual. México, DF: PUEG; 1996: 97-111.



**Anexos**

Pseudónimo: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es la distinción principal entre sexo y género?

---

---

---

2. ¿Cuáles son las principales características del concepto de género?

---

---

---

3. ¿Qué entiende por roles de género?

---

---

---

4. ¿Cuál es la causa principal de la inequidad de género?

---

---

---

5. ¿Qué significa para Ud. la equidad de género en salud?

---

---

---

6. ¿Podría citar alguna diferencia en el estado de salud de hombres y mujeres, basada en las diferencias de género?

---

---

---

7. ¿Qué propuesta haría para prevenir enfermedades y mejorar su estado personal de salud, desde un enfoque de género?

---

---

---

8. ¿Qué propuesta haría para incluir la perspectiva de género y el enfoque intercultural en su ámbito de trabajo?

---

---

---

**Listado de refranes que se pueden utilizar para la actividad::**

1. En tiempo de guerra... cualquier hoyo es trinchera.
2. La mujer debe ser rogada... no rogonada.
3. La mujer es como la pila bendita... todos le meten la mano.
4. Quien bien te quiere... te hará llorar.
5. Tu eres mi catedral... las otras mis capillitas.
6. Mujeres juntas... ni difuntas.
7. Vieja... el último.
8. A las mujeres... ni todo el amor ni todo el dinero.
9. Mujer que sabe latín... ni tiene marido ni tiene buen fin.
10. A cualquier hora... el perro mea... y la mujer llora.
11. Vino y mujeres... más pesares que placeres.
12. A las mujeres como a las armas...cargadas y detrás de la puerta.
13. El hombre como oso...entre más feo más hermoso.
14. Lo que valga una mujer...en sus hijos se ha de ver.
15. Calladita...te ves más bonita.
16. Cuiden a sus pollas... que mi gallo anda suelto.
17. El hombre que sabe... pronto sobresale.
18. Quien bien te quiere... te hará llorar.



## MÓDULOS Y CONTENIDOS DEL TALLER

### Módulo 1: El Enfoque de Género

- Sexo/Género.
- Estereotipos de género.
- Socialización de género.

### Módulo 2: Roles y Violencia de Género

- Roles de género.
- División sexual del trabajo.
- Violencia de género

### Módulo 3: La Salud de las Mujeres y de los Hombres

- La salud de mujeres y hombres.
- El género y el cuidado de la salud.



#### **Módulo 4: Planeación en Salud con Perspectiva de Género**

- El enfoque intercultural en salud.
- Herramientas de planeación en género.

#### **Módulo 5: Hacia la Equidad de Género en Salud**

- Igualdad y equidad de género en salud.
- Calidad de atención con perspectiva intercultural y de género.

La metodología propuesta se caracteriza por intercambiar momentos de reflexión conceptual, así como personal y de análisis social a partir de las experiencias de los y las participantes.



# Por qué hablar de la Perspectiva de Género en Salud?

Desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres respecto a:

- La mortalidad.
- La natalidad.
- El acceso a oportunidades básicas.
- El acceso a oportunidades especiales.
- La realización de las tareas del hogar.



**También en:**

- Los riesgos de salud y las oportunidades para gozar la salud.
- Las necesidades de salud y acceso a los recursos.
- Las responsabilidades y poder en el trabajo de salud.



## EL ENFOQUE DE GÉNERO

**El género no es sólo un aspecto determinante de inequidad, sino un eje explicativo de muchos de los factores que intervienen en el enfermar y morir de mujeres y hombres.**



## Sexo/Género

El **sexo** se refiere a las diferencias entre mujeres y hombres dadas por su condición biológica y fisiológica.



Diferencias: características cromosómicas, hormonales, genitales y reproductivas, y características sexuales secundarias definidas a partir de la pubertad.

El **género** alude al conjunto de atributos simbólicos, sociales, políticos, económicos, jurídicos y culturales, asignados a las personas de acuerdo a su sexo.



Son características históricas, social y culturalmente atribuidas a mujeres y hombres en una sociedad con significación diferenciada de lo femenino y lo masculino.

Partiendo de una diferencia biológica (sexo) se construye una desigualdad social que tiene consecuencias negativas para mujeres y hombres.



## El Género como categoría de análisis

- Fue la psicología en su vertiente médica la que utilizó por primera vez la categoría de género:
  - *Estudios de John Money (1995) señalan la necesidad de subrayar el poder que la cultura tiene en el desarrollo psicológico de las personas.*
  - *Robert Stoller (1955), en sus estudios de los trastornos de la identidad sexual, estableció que la asignación y adquisición de una identidad es más importante que la carga genética, hormonal o biológica.*
- Los movimientos de mujeres y las ciencias sociales retomaron esta categoría para desnaturalizar las inequidades y desventajas en las relaciones entre mujeres y hombres .



## Principales Características del Género:\*

- Es relacional.
- Es jerárquico.
- Es cambiante a través del tiempo.
- Es contextualmente específico.
- Es institucionalmente estructurado.

*\*Hartigan et al (1997)*

# Módulo 1

## Equidad de Género y Salud

Manual para Conducir Talleres de Sensibilización



Fuente: D.R. 2002 by Linsey McGoeey, Narco News  
[http:// www.narconews.com/ Issue27](http://www.narconews.com/Issue27) con la imagen en su contexto original

Módulo

1

**Equidad de Género y Salud**  
Manual para Conducir Talleres de Sensibilización





## Inicio de una historia

Estamos en el comedor estudiantil de una universidad alemana.

Una alumna rubia e inequívocamente germana adquiere su bandeja con el menú en el mostrador del autoservicio y luego se sienta en una mesa. Entonces advierte que ha olvidado los cubiertos y vuelve a levantarse a por ellos.

Al regresar, descubre con estupor que un chico negro, probablemente subsahariano por su aspecto, se ha sentado en su lugar y está comiendo de su bandeja. De entrada, la muchacha se siente desconcertada y agredida; pero enseguida corrige su pensamiento y supone que el africano no está acostumbrado al sentido de propiedad privada y de intimidación del europeo, o incluso quizá no disponga de dinero suficiente para pagarse la comida.



De modo que la chica decide sentarse frente al tipo y sonreírle amistosamente. A lo cual el africano contesta con otra blanca sonrisa.

A continuación, la alemana comienza a comer de la bandeja intentando aparentar la mayor normalidad y compartiéndola con generosidad y cortesía con el chico negro. Y así, él se toma la ensalada, ella la sopa, ambos comen del mismo plato de estofado y uno se come el yogur y la otra la fruta. Todo ello trufado de múltiples sonrisas educadas, tímidas por parte del muchacho, suavemente alentadoras y comprensivas por parte de ella. Acabado el almuerzo, la alemana se levanta en busca de un café...



## Nina Pacari, Ex-Ministra de Relaciones Exteriores de Ecuador



Fuente: Ministerio de Relaciones Exteriores de Ecuador. Dirección de Informática.  
<http://www.minex.gob.gt/fotos2003/intcondguaecua/intcondguaecua.htm>



**Carlos Moreno. Partero. España**





## Fin de una historia

Y entonces descubre, en la mesa vecina detrás de ella, su propio abrigo colocado sobre el respaldo de una silla y una bandeja de comida intacta.

Ella que creía ser el colmo de la civilización se había equivocado de mesa, mientras el africano, él sí inmensamente educado, la dejaba comer de su bandeja y tal vez pensaba: "Pero qué chiflados están los europeos".

*Rosa Montero. El País. Mayo 17, 2005.*



## Estereotipos de Género

Son las creencias sobre las características y roles típicos que las mujeres y los hombres tienen que tener y desarrollar en una sociedad.

### Características:

- Compartidos por mucha gente.
- Completan la información cuando es ambigua.
- Orientan las expectativas.
- Se recuerda con más facilidad la información que es congruente con el estereotipo.
- Cuando son negativos conducen a los prejuicios y a la discriminación.
  - *"Las mujeres solo valen para la casa"*
  - *"Los hombres son incapaces de cuidar bien a un bebé"*



## Socialización de Género

Proceso por el cuál se aprende a pensar, sentir y a comportarse como mujeres y hombres según las normas, creencias y valores que cada cultura dicta para cada sexo.

### Agentes de socialización:

- La familia.
- La escuela.
- El lenguaje.
- Los medios de comunicación.





OJO  
AQUÍ VA EL SEPARA  
CON SUAJE  
frente

OJO

VA EL SEPARADOR

CON SUAJE

vuelta

# Segundo Módulo

## Roles y Violencia de Género

Tiempo aproximado:  
6 horas



### Propósitos del módulo

- Identificar cómo los roles de género asignados a mujeres y hombres predisponen sus ámbitos de trabajo y sus opciones de desarrollo.
- Reconocer cómo las relaciones de género constituyen relaciones de poder que generan inequidades en la vida de mujeres y de hombres y son la base en la que se sustenta la violencia de género.
- Analizar las consecuencias que la violencia de género tiene en la salud de las personas y cómo ésta representa un problema de salud pública.

### Cuadro resumen – Segundo Módulo

| Sesión 3  |   | Tiempo estimado: 2 hrs. 30 min.  |        |  |
|---|---|----------------------------------|--------|--|
| Tema. Roles de género y división sexual del trabajo             |   |                                  |        |  |
| Contenido   | Objetivo  | Actividad                        | Tiempo | Materiales                                   |
| 1. Confianza grupal.  | Generar un sentimiento de confianza entre las y los participantes.  | El lazarillo.                    | 15'    | Paliacates de colores.                       |
| 2. Roles de género. División sexual del trabajo.                | Identificar los distintos roles que desempeñan mujeres y hombres, así como los distintos trabajos atribuidos a unas y otros.  | El trabajo de mujeres y hombres. | 60'    | Copias de ejemplos y hojas de resumen.       |
| 3. Valoración genérica del trabajo.                             | Analizar el valor económico y social desigual que se atribuye al trabajo en función del género.   | ¿Por qué no vale igual?          | 35'    | Copias del texto, plumones y papelógrafo.    |
| 4. Roles de género. División sexual del trabajo. Salud laboral. | Profundizar en torno a las principales características de los roles de género y de la división sexual del trabajo, examinando los efectos de los distintos trabajos en la salud de mujeres y hombres. | Exposición teórica.              | 30'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón. |
| Receso  | Receso  | Receso                           | 15'    |  |

| Sesión 4   |  | Tiempo estimado: 3 hrs. 35 min. |        |  |
|--|--|---------------------------------|--------|--|
| Tema: Relaciones de poder y violencia de género              |  |                                 |        |  |
| Contenido  | Objetivo   | Actividad                       | Tiempo | Materiales   |
| 5. La relaciones de género como relaciones de poder.         | Reflexionar sobre las consecuencias del control de determinados recursos en la vida de mujeres y hombres.          | Recursos de poder.              | 40'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.                     |
| 6. Violencia hacia las mujeres.                              | Analizar cómo la violencia de género se basa en el ejercicio de relaciones de poder entre mujeres y hombres.       | Indagar la realidad.            | 70'    | Copias de los casos, papelógrafo, plumones y cinta adhesiva. |
| 7. Distensión grupal.  | Facilitar un clima de relajación dentro del grupo.   | La radio.                       | 15'    |  |
| 8. Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres. | Reflexionar sobre las consecuencias que tiene la violencia en la vida de las mujeres.                              | ¿Y qué pasa con la salud?       | 40'    | Copias de gráficas, plumones, papelógrafo y cinta adhesiva.  |
| 9. Violencia de género.                                      | Examinar las principales características de la violencia de género y sus consecuencias en la salud de las mujeres. | Exposición teórica.             | 40'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón                  |
| 10. Evaluación.  | Valorar brevemente la sesión.  | Un dibujo.                      | 10'    | Hojas blancas y lápices de colores.                          |

## Sesión 3 Roles de género y división sexual del trabajo

### Actividad 1. El lazarillo

Tiempo aproximado:  
15 minutos



**Objetivo.** Promover la confianza entre las personas que participan en el taller, creando un clima distendido.



**Contenidos.** Interacción y confianza.



**Materiales.** Espacio amplio, paliacates de colores.



**Desarrollo.**



Al azar se divide al grupo en parejas. Una vez conformadas las parejas se les entrega un paliacate. Se pide que uno/a de los miembros de la pareja se tape los ojos con el paliacate y el otro/a sea su guía para dar un paseo por el aula. Las y los guías conducirán a las personas vendadas tomándolas de la mano y sin hablar. Pueden poner a la persona guiada en contacto con muchos de los objetos que hay en el salón, para que los experimenten de manera sensorial. El recorrido tendrá una duración de cinco minutos.



Una vez terminado el recorrido se pide que se inviertan los papeles. La persona que hacía de guía ahora será guiada y la persona antes guiada ahora será la guía. El recorrido durará también cinco minutos.



Cuando finalice el recorrido y las y los participantes estén sentados en sus lugares, se iniciará el debate preguntando:

1. ¿Cómo se han sentido?
2. ¿Qué ha sido más fácil, guiar o ser guiada o guiado? ¿Por qué?
3. ¿Ha sido fácil confiar en otra persona? ¿Por qué?
4. ¿Creen que la confianza es un valor importante en nuestro trabajo y en nuestra vida privada? ¿Por qué?



*Concluir la actividad reflexionando sobre la importancia que tiene la existencia de un buen ambiente y confiar en nuestros compañeros o compañeras para estar a gusto en el trabajo, hecho que repercute en una mejora de la calidad de atención prestada a las usuarias y a los usuarios de los servicios de salud.*

## Roles de género y división sexual del trabajo

Como se señaló en el módulo anterior, las relaciones de género se organizan a través de diversos roles de género. Estos roles determinan lo que es "correcto", "aceptable" y posible para mujeres y hombres. Se asigna, así, a las mujeres el rol de madre, ama de casa, responsable de las tareas asociadas a la reproducción social familiar, y a los hombres el rol de proveedor, cabeza de familia. Estos roles son aprendidos a través de un proceso de socialización, varían de una cultura a otra y dentro de cada sociedad de acuerdo con la edad, la clase social o la afiliación étnica o religiosa. Asimismo, son dinámicos, es decir, cambian con el tiempo.

Por otro lado, los roles de género constituyen la base de la denominada división sexual del trabajo, que son las funciones, tareas y actividades adjudicadas socialmente a mujeres y a hombres. La división sexual del trabajo se halla estrechamente ligada a las características físicas de cada sexo, de tal manera que las posibilidades de desarrollo personal y social están asociadas con las funciones biológicas y las capacidades físicas de cada persona. A los hombres se les adjudica el trabajo productivo, conformado por las actividades que se realizan con el objetivo de producir bienes o servicios y que son intercambiables en el mercado. A las mujeres se les adjudica el trabajo reproductivo, conformado por las actividades relacionadas con las necesidades para el mantenimiento y supervivencia de las personas, tales como la organización del hogar, la crianza y la educación de las hijas e hijos, el afecto y los cuidados de la salud.

El primero de ellos, el trabajo productivo, se desarrolla en el ámbito público, fuera de la casa, está reconocido socialmente, remunerado económicamente y tiene un prestigio social. El segundo, el trabajo reproductivo, se desarrolla en el ámbito privado, dentro del hogar, es un trabajo muy complejo pues supone la realización de muchas tareas simultáneas y heterogéneo, ya que en él se mezcla lo afectivo con actividades muy diversas, pero está subvalorado, es decir, no es remunerado económicamente y es invisible socialmente. De hecho, este trabajo no se incluye en la contabilización del Producto Interno Bruto, al considerarse que constituye una función natural de las mujeres. No obstante, si el trabajo reproductivo no se realizara, no se podría efectuar el trabajo productivo o se vería limitado, ya que es la base sobre la que éste se desarrolla.

La división sexual del trabajo tiene dos consecuencias importantes para las mujeres. En el tiempo que una mujer dedica a hacer las tareas reproductivas que facilitan el desarrollo de los demás miembros de la familia, se priva de realizar otras actividades, como capacitarse o poder acceder a un trabajo asalariado fuera del hogar. Asimismo, se priva del descanso y del ocio; mientras que el trabajo asalariado tiene un horario determinado, unos días a la semana y unos periodos de descanso anuales, el trabajo reproductivo no tiene horario ni periodo de descanso o vacacional, dura toda la vida y puede generar dependencia, subordinación y baja autoestima en la persona que lo realiza.<sup>7</sup>

Por otra parte, desde la década de los setenta del siglo XX se ha producido una incorporación progresiva de las mujeres al trabajo remunerado que se desempeña en el ámbito público, lo cual demuestra el carácter cambiante de los roles de género. Esta incorporación se ha visto facilitada



por el aumento del nivel educativo de las mujeres, por las necesidades económicas y por el deseo de muchas mujeres de lograr un desarrollo personal y profesional más allá de la familia. Sin embargo, el acceso de las mujeres al trabajo remunerado también ha provocado, en muchas ocasiones, una doble y triple jornada laboral para ellas, lo que tiene consecuencias negativas en su salud, en su desarrollo y en el uso de su tiempo, ya que no ha producido la misma incorporación en sentido inverso, es decir, de los hombres al ámbito reproductivo. Asimismo, se ha caracterizado por la exigencia de cualidades consideradas "femeninas" tales como la capacidad de servir, la paciencia, una buena apariencia física y en ocasiones, la disponibilidad sexual.

Dentro de los trabajos que se realizan a cambio de salario unos están mejor valorados que otros, en función de si se consideran trabajos femeninos o masculinos. Muchos de los trabajos remunerados realizados por las mujeres, considerados una extensión de lo doméstico o "típicamente femeninos", como el servicio doméstico, la enfermería o el magisterio, están desvalorizados socialmente y en ocasiones sus salarios son inferiores. Todo esto esconde una desigualdad y una jerarquía social.

Podríamos afirmar que la situación laboral de las mujeres se caracteriza en general por:

- La escasa diversificación ocupacional; se eligen estudios y se busca empleo en un número escaso de ocupaciones.
- Un acceso desigual en torno a puestos de responsabilidad, promoción y salarios.\*
- Puestos de trabajo que son una prolongación de las tareas domésticas y que ocupan las categorías más bajas.\*
- Las tasas de actividad y de ocupación de las mujeres son menores que las de los hombres y las de desempleo son mayores.
- La realización de una doble y triple jornada laboral por parte de las mujeres, como consecuencia del no reparto de las responsabilidades domésticas. Las mujeres desempeñan tareas productivas, reproductivas y comunitarias.\*\*

En el caso de los hombres, la segregación ocupacional como resultado de la división sexual del trabajo supone un abanico de opciones más amplio que para las mujeres y mayores posibilidades de ascenso, pero también supone la exigencia de cualidades consideradas masculinas como la competitividad, la fuerza física o la disponibilidad de tiempo; la presión continua de tener que ser un buen proveedor, la realización de trabajos peligrosos y el cuestionamiento de su identidad masculina cuando se encuentran en situación de desempleo. De hecho, la depresión y baja autoestima que se producen por pérdida de trabajo, indican, entre otras situaciones, cómo los hombres viven su trabajo fuertemente ligado a la masculinidad, por lo que simbólicamente la pérdida del empleo es la pérdida de un soporte central de identidad.

La división sexual de trabajo lleva aparejada, por tanto, una desigualdad al adjudicarle valores económicos y sociales diferentes a cada tipo de actividad según sea realizada por un hombre o por una mujer y tiene consecuencias diferenciadas en la salud de unos y otras.

\* Ver gráficas de la presentación teórica.

\*\* Las tareas comunitarias se refieren a aquellas actividades voluntarias y no remuneradas que se realizan para contribuir a la mejora de la comunidad, tales como promotora de salud, participante activa en campañas de vacunación o cocineras en los comedores populares. Estas actividades que son muy importantes para el bienestar de la comunidad suponen una reducción del tiempo libre de las mujeres y un aumento de su carga laboral.

## Salud Laboral

Hablar de salud laboral y género implica hablar de la salud y de los riesgos laborales a los que se exponen las mujeres y los hombres cuando asumen cualquier esfuerzo para la realización de una tarea.

Según la II Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo, las mujeres se ven sometidas a un trabajo más monótono y exigente, sufren un mayor acoso sexual y moral, perciben menor salario y se enfrentan a peores perspectivas de promoción que los hombres.<sup>20</sup>

El trabajo reproductivo, realizado básicamente por las mujeres, está socialmente aceptado como "algo sencillo y natural", que no implica riesgos y que no produce enfermedades laborales. No obstante, las afecciones de salud más frecuentes de las mujeres por este tipo de trabajo son: problemas relacionados con el estrés, depresión, problemas de la voz, y trastornos músculo-esqueléticos.

Por otro lado, el análisis de la participación femenina según rama de actividad, permite identificar aquellas actividades en donde la mujer posee un papel preponderante y los riesgos de salud que conllevan: el servicio doméstico, la enseñanza, servicios sociales y de salud (tareas por otro lado coincidentes con las realizadas en el ámbito privado), y otros servicios personales; y en menor grado, en la industria maquiladora y textil, y en el comercio formal e informal.<sup>21</sup>

Entre los riesgos para la salud específicos de las mujeres en el ámbito laboral remunerado destacan los siguientes:

1. Aquellos que afectan su salud reproductiva y la capacidad de dar a luz niños sanos (exposición a sustancias químicas como plomo, mercurio, alcohol industrial, etc.)
2. Aquellos producidos por la menstruación, menopausia, lactancia, problemas de salud en la familia, etcétera.<sup>22</sup>

Las molestias psicológicas y somáticas consecuentes al estrés laboral, sin constituir enfermedad, producen deterioro del bienestar.

3. Aquellos que afectan la salud mental y el bienestar producidos por el bajo reconocimiento social, la alta exigencia que provoca estrés, la exigencia de un mayor nivel de empatía, el menor acceso a cargos directivos, el acoso sexual,<sup>23,\*</sup> y el acoso moral (mobbing)<sup>24,\*\*,25,\*\*\*</sup>

\* Implica la solicitud de un favor sexual a cambio de un beneficio o del retiro de una amenaza. En esta tipología se incluye también el acoso de género, que consiste en actitudes derogatorias y ofensivas alusivas a mujeres (fotos, comentarios misóginos, ofensivos y hostiles)<sup>23</sup>.

\*\* En el contexto laboral, se aplica a situaciones en las que una persona es sometida a aislamiento social o exclusión, sus trabajos o esfuerzos son devaluados o sufre amenazas frecuentes. Esta forma de persecución u hostigamiento psicológico que la persona trabajadora sufre en su lugar de trabajo se caracteriza por la sutileza y la continuidad en el tiempo, y persigue como fin último, la autoexclusión o el abandono del puesto por parte de la víctima tras haber sido arrinconada e inutilizada.<sup>24</sup>

\*\*\* En el aspecto emocional se caracteriza por sensaciones de sobreesfuerzo, pérdida del idealismo, distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos. En el ambiente laboral se traduce en deshumanización (insensibilidad), aumento de interacciones hostiles y comunicaciones deficientes, en detrimento de la capacidad de trabajo y de la calidad de los servicios que se presta a la población usuaria. A nivel personal, en una baja realización personal (sentimientos de incompetencia profesional).<sup>25</sup>



En el caso de los hombres, entre éstos efectos destacan los siguientes: una mayor posibilidad de sufrir estrés, accidentes de tráfico y de trabajo, discapacidad relacionada con estos percances, dermatitis de contacto, neumoconiosis o enfermedades pulmonares, disminución de la agudeza auditiva o pérdida de la misma, intoxicaciones, y lesiones músculo-esqueléticas, principalmente en columna lumbar, brazos y rodillas y enfermedades cardiovasculares.\*

En la prevención de riesgos y enfermedades laborales de las mujeres y los hombres, se debe tener presente, por tanto, no sólo el factor biológico, sino también las diferencias corporales, de socialización, roles desempeñados y exigencias añadidas por el solo hecho de ser mujeres u hombres.

---

\* *Los hombres también pueden sufrir acoso sexual, acoso moral (mobbing) y "burnout" (síndrome de desgaste profesional). No obstante, las estadísticas demuestran una incidencia mayor en las mujeres.*

## Actividad 2. El trabajo de mujeres y de hombres

(Adaptado de Hartigan et al, 1997:34)<sup>1</sup>

Tiempo aproximado:  
60 minutos



**Objetivo.** Identificar los roles adjudicados a mujeres y hombres en la vida cotidiana y en el trabajo.



**Contenidos.** Roles de género, división sexual del trabajo.



**Materiales.** Casos de estudio, hojas cuadro-horario de un día, papelógrafos, plumones, cinta adhesiva.



**Desarrollo.**



Se forman grupos mixtos de seis personas máximo y se les entrega una hoja con un caso (ver en anexo Estudios de casos: trabajo de hombres y de mujeres), diciéndoles que su tarea es imaginar cómo se distribuyen cotidianamente las responsabilidades y las tareas que realizan las mujeres y los hombres de esa familia, en un día común, entre semana. Discutirlo y anotarlo en una hoja de cuadro-horario también entregado (ver en anexo).



Se dan 30 minutos para esta actividad, luego de lo cual para completar el trabajo del Cuadro-Horario la persona que facilita presenta tres formas de entender la división del trabajo en nuestras sociedades de economías neoliberales: productiva, reproductiva, y gestión comunitaria (ver presentación Tipos de actividad). Se le pide a cada grupo que complete el cuadro clasificando las actividades que realizan mujeres y hombres en cada caso. Para ello se dan 15 minutos más.



Posteriormente se pide que resuman sus conclusiones haciendo dos gráficos de pastel (uno para las mujeres y otro para los hombres) en un papelógrafo, dividiendo un círculo en tajadas de acuerdo con el porcentaje de tiempo aproximado que las mujeres y los hombres dedican a cada tipo de actividades. Se proporcionan 15 minutos más.



A continuación cada grupo presenta sus conclusiones en plenaria, mostrando sus gráficos de pastel. Cuando las y los participantes hayan finalizado su exposición la persona que facilita hará las siguientes preguntas:

1. ¿Se pueden realizar las actividades productivas, si nadie hace las actividades reproductivas? El cumplimiento del rol reproductivo es necesario para que se pueda realizar todo el trabajo productivo o remunerado.
2. ¿Qué actividades son las pagadas? ¿Y las no pagadas? ¿Quiénes son las personas que generalmente realizan las tareas, responsabilidades y actividades reproductivas? Probablemente, las y los participantes responderán que las mujeres son las que realizan, en la mayoría de los casos, estas tareas y responsabilidades. ¿Y por qué no las realizan los hombres también? ¿No son también su responsabilidad? ¿A quién beneficia el trabajo reproductivo?



La actividad finalizará señalando la importancia de analizar la división sexual del trabajo pues nos permite visibilizar los diferentes ámbitos de trabajo de mujeres y hombres, la interdependencia existente entre los mismos y el tiempo dedicado a realizarlos. Asimismo, es útil para analizar los daños a la salud relacionados; y contribuye a entender los malestares de mujeres y hombres.

## Actividad 3. ¿Por qué no vale igual?

Tiempo aproximado:  
35 minutos



**Objetivo.** Analizar el desigual valor económico y social que se atribuye al trabajo reproductivo y al productivo.



**Contenidos.** División sexual del trabajo. Valorización del trabajo.



**Materiales.** Copias de los casos. Hojas blancas.



**Desarrollo.**



Se pide a las y a los participantes que analicen en pequeños grupos el texto que aparece en los anexos referentes a esta actividad, contestando a las preguntas que se formulan al final del mismo.



En plenaria cada grupo expondrá las respuestas a las preguntas formuladas.



La persona que facilita explicará que el trabajo que realizan Herminia y Flor transcurre en el ámbito privado, el doméstico; no tienen horario ni vacaciones, se realiza durante toda la vida y no está remunerado económicamente ni reconocido socialmente. Es un trabajo realizado generalmente por las mujeres, como se vio en el ejercicio anterior, incluso cuando estas tareas las realiza una persona ajena a la familia y se le paga por ello, generalmente es otra mujer y su salario suele ser precario. El segundo, que realizan Karen y Mario, transcurre en el ámbito público, normalmente tiene un horario, unos días a la semana, se realiza durante unos años en la vida, hasta la edad de la jubilación y es remunerado y reconocido.



Recordar que si el trabajo reproductivo no se realizara no se podría realizar el trabajo productivo, ya que es la base sobre la que se desarrolla, por tanto, las mujeres de todo el mundo son económicamente productivas. Si se contabilizara monetariamente el valor del trabajo reproductivo el Producto Interno Bruto de cada país aumentaría considerablemente. Asimismo, la persona que facilita señalará que aunque son las mujeres quienes mayoritariamente realizan las tareas relacionadas con el trabajo reproductivo, éstas son responsabilidad de ambos, de hombres y mujeres y que el no asumir esta responsabilidad por parte de los hombres implica en muchas ocasiones, cuando la mujer trabaja fuera del hogar, que tenga dobles y triples jornadas de trabajo, lo cual tiene importantes consecuencias en el deterioro de su salud y en su desarrollo.

## Actividad 4. Exposición teórica

Tiempo aproximado:  
30 minutos



**Objetivo.** Analizar la división sexual del trabajo que se realiza en función del género y las consecuencias que tiene para el desarrollo de mujeres y de hombres.



**Contenidos.** División sexual del trabajo, ámbito público y privado, doble y triple jornada, valoración diferenciada del trabajo y consecuencias en la salud de mujeres y hombres.



**Materiales.** Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.



**Desarrollo.**



A partir del ejercicio anterior se hace una breve exposición sobre los roles de género y la división sexual del trabajo (ver anexos).

## Sesión 4 Relaciones de poder y violencia de género

La asignación social y valoración jerárquica que se da con base en los roles de género y que atribuye funciones de dominación y control a los hombres, y de sumisión, dependencia y respeto a la autoridad a las mujeres, lleva a la existencia de unas relaciones de poder entre unos y otras, y a un acceso diferenciado a los recursos, encontrándose entre ellos, los que competen al ámbito de la salud, lo cual como se vio, establece posibilidades de desarrollo diferenciadas para unos y otras. Asimismo, es la base donde se sustenta la violencia ejercida contra las mujeres y las niñas.

La violencia contra las mujeres es aquella cuyo factor de riesgo o vulnerabilidad es el sólo hecho de ser mujer. La Organización de las Naciones Unidas (1995) define esta violencia\* como "todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada," y considera que la misma constituye un factor de riesgo para la salud y una causa de muerte y discapacidad entre las mujeres.

Esta violencia, que se ejerce en múltiples ámbitos de la sociedad, y de muchas formas distintas, es la manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres. La violencia contra las mujeres no es, por tanto, un fin sino un instrumento de poder para afianzar la autoridad masculina y para sancionar el supuesto no cumplimiento por parte de la mujer de lo que socialmente se le ha encomendado.

La violencia se ampara en una serie de ideas erróneas que ayudan a perpetuarla, tales como: la violencia familiar es un asunto doméstico y no debe tratarse fuera de la casa; es un problema de las clases sociales bajas y de las poblaciones marginales; únicamente hay violencia cuando hay golpes; o las mujeres golpeadas que no se van de la casa es porque les gusta que les peguen. Estas ideas erróneas cumplen tres funciones principales: culpabilizar a la mujer, naturalizar la violencia e impedir a la persona que vive en situación de violencia salir de ella, de ahí la importancia de rebatirlas.

Cabe destacar que la agresión física (por ejemplo, golpes) es la acción que comúnmente se reconoce como violencia y que por ser una expresión dramática tiene un fuerte efecto mediático, provocando que sólo se identifique este tipo de agresión como la única expresión real de violencia. Es importante tener presente que todo tipo de agresión está inserta en un "clima" violento. Este clima es el que muestra las múltiples formas como se ejerce la violencia, y que pueden o no incluir agresión física.

Asimismo, la violencia hacia las mujeres tiene diversas manifestaciones entre las que destacan:

- **La violencia económica y el abandono.** La violencia económica se manifiesta mediante el control del dinero e impedir el acceso a los ingresos familiares. El abandono, según la NOM-190-SSA1-1999, "es el acto de desamparo injustificado, hacia uno o varios miembros de la familia con los que se tienen obligaciones que derivan de las disposiciones legales y que ponen en peligro la salud".

- **La violencia física**, consiste en dañar físicamente a la otra persona y puede ser desde un empujón intencionado, una bofetada o arrojar objetos, hasta el asesinato. En ella se manifiesta el hecho constitutivo de la violencia, es decir, la fuerza.
- **La violencia emocional o psicológica**, se manifiesta a través de insultos, chantajes, manipulación, humillaciones o amenazas y denigra a las mujeres que la padecen.
- **La violencia sexual**, consiste en cualquier insinuación, acercamiento o contacto sexual forzado. Entre las formas de la violencia sexual la violación es el hecho supremo, al tratarse de un ultraje a las mujeres en su intimidad e integridad como personas. Otra de las formas de violencia sexual que sufren cotidianamente las mujeres es el hostigamiento sexual que, según el Instituto Nacional de las Mujeres,<sup>26</sup> "es una forma de violencia laboral que atenta contra la integridad física, psicológica y económica de la persona; elimina sus oportunidades de desarrollo profesional y la posibilidad de trabajar en un ambiente sano, digno y seguro; socava su confianza y autoestima, al generar en ella un estado de permanente tensión emocional, además de que disminuye su rendimiento y aumenta los riesgos de accidente."

Cuando estos tipos de violencia se desarrollan en el ámbito familiar, doméstico y afectivo se denomina violencia doméstica o intrafamiliar. De acuerdo con la NOM-190-SSA1-1999, Violencia Familiar es el "acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder -en función del sexo, la edad o la condición física-, en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, psicológico, sexual o abandono."<sup>27</sup> Esta violencia no es aislada, son muchas las mujeres mexicanas que la sufren, según datos de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres, 34.5% de las mujeres entrevistadas<sup>28,\*</sup> manifestó haber sufrido violencia de pareja y 21.5% manifestó sufrir violencia de su actual pareja.

El hecho de que estas mujeres no denuncien a sus agresores se debe, por un lado, a la falta de medidas institucionales para protegerlas y ofrecer una salida digna a su situación y, por otro, al llamado ciclo de la violencia en el que las mujeres se ven inmersas, y que demuestra que la violencia no es algo lineal, sino que atraviesa diferentes fases que van desde la tensión a la agresión y a la conciliación, fases que generan esperanzas de cambio en las mujeres y distintos mecanismos de defensa tales como desarrollar alguna simpatía con el agresor, defendiéndolo, protegiéndolo o justificándolo, o desarrollar una pasividad extrema, es decir, acatar todo lo que el agresor le ordene sin expresar ni una señal de protesta o resistencia. Sólo así se explica que estas mujeres soporten durante años esta violencia.

Por otro lado, la violencia contra las mujeres tiene graves consecuencias en su salud tanto física como mental o reproductiva. Entre las enfermedades más frecuentes relacionadas con este tipo de violencia hay que destacar:

- a) En salud física (lesiones, daños funcionales, discapacidad u obesidad grave);
- b) En salud mental (estrés pos-traumático, depresión, ansiedad, fobias, trastornos de apetito o disfunción sexual);
- c) En trastornos crónicos (síndromes de dolor crónico, síndromes de intestino irritable, trastornos gastrointestinales o fibromialgia), y

\* Esta encuesta se realizó con una muestra de 26.042 mujeres de 15 años y más de edad de todo el país.

- d) En salud reproductiva (embarazo no deseado, Infecciones de transmisión sexual, virus del la inmunodeficiencia humana (ITS/VIH), trastornos ginecológicos, abortos espontáneos o enfermedad pélvica inflamatoria). Asimismo, puede llevar a consecuencias mortales (homicidio, suicidio, o muerte materna) y a un comportamiento negativo respecto a la salud (hábito de fumar, abuso de alcohol y drogas, inactividad física o comer demasiado). Estos efectos nocivos e incluso fatales para la salud de las mujeres, y su alta prevalencia, han llevado a considerar a la violencia ejercida contra las mujeres como un problema de salud pública a escala mundial.

Esta violencia también tiene efectos negativos en las hijas e hijos de estas mujeres, los cuales pueden presentar diversos problemas físicos (retraso en el crecimiento, alteraciones en el sueño y la alimentación, la disminución de habilidades motoras...), alteraciones emocionales (ansiedad, ira, depresión, baja autoestima...), problemas cognitivos (retraso en el lenguaje, afectación en el rendimiento escolar...) y problemas de conducta.

Finalmente, señalar que la violencia también tiene consecuencias negativas en la vida de los hombres: consecuencias legales (multas, cárcel y divorcio) y consecuencias emocionales (separación de las hijas y de los hijos, aislamiento, conductas agresivas y, en algunas ocasiones, rechazo social).

## Masculinidad y violencia contra las mujeres

Kaufman,<sup>29</sup> afirma que la violencia masculina es muchas cosas a la vez y basa su análisis en lo que denomina la "tríada de la violencia masculina", en la cual la violencia contra las mujeres es una de sus expresiones. Las otras dos son la violencia contra otros hombres y la violencia contra sí mismo. Los tres componentes se refuerzan entre sí. Por ello es más prometedor afrontar eficazmente la violencia contra las mujeres sí, al mismo tiempo, se desafían los otros dos componentes de la tríada de la violencia.

El contexto en el cual se desarrolla la tríada es una sociedad basada en estructuras de dominación y control, en la cual la violencia tiene la función de perpetuar la dominación masculina. La violencia es un recurso socialmente disponible de poder, al que se recurre para mantener la relación de dominación/subordinación. La violencia surge cuando el poder se ve amenazado, cuestionado o cuando se percibe que se está perdiendo. La violencia contra las mujeres es una expresión de una vivencia frágil de la masculinidad que experimentan los hombres en un contexto de relaciones de poder. La necesidad de fortalecer por cualquier medio su identidad y de sentirse hombres está depositada en un otro, el que en este caso recae en la mujer.

Por otra parte, se ha encontrado que en la dinámica de la violencia algunos hombres se sienten culpables por haber violentado a su pareja. Este tipo de culpa provoca arrepentimiento que suele ser "sincero" y sentido por parte de los hombres. No obstante, por lo general, continúan siendo violentos porque no han modificado de raíz la idea que tienen de lo que es una mujer y de lo que son ellos como hombres.

La violencia contra las mujeres muestra una vida emocional fragmentada del hombre, y un fuerte desconocimiento de una parte de la propia vida afectiva, situación que genera dudas y temores, que la mayoría de las veces los hombres callan y mantienen en silencio.



Un factor presente cuando se produce la violencia es que los hombres no toman en cuenta lo que siente la mujer, cómo es que ella está sintiendo y viviendo alguna situación en la que están involucrados los dos. Esta realidad está estrechamente relacionada con que los hombres desconocen su propia vida emocional; por esta razón, al no poder reconocerla en ellos mismos, resulta más difícil reconocerla en la mujer.

La violencia contra las mujeres es algo que se aprende a través de la socialización de género, de ahí que no sea un comportamiento natural, sino una actitud aprendida que se puede y debe modificar. Es un fenómeno complejo, cultural, multicausal, de salud pública, de justicia, con graves consecuencias para la salud de las mujeres, que requiere de estrategias de prevención y soluciones integradas que fomenten relaciones de equidad entre las personas y respeto de los derechos humanos.

## Actividad 5. Recursos de poder

(Adaptado de Romo y Papadimitriou)<sup>17</sup>

Tiempo aproximado:  
40 minutos



**Objetivo.** Reflexionar sobre las consecuencias del control de recursos de poder para la vida de mujeres y hombres.



**Contenidos.** Recursos de poder.



**Materiales.** Plumones, papelógrafo y masking.



**Desarrollo.**



Se forman grupos de siete personas y se les indica que elaboren tres listas de recursos que proporcionan poder: los que habitualmente pueden utilizar los hombres, los que comúnmente utilizan las mujeres y los que pueden utilizar ambos. Se pide que elaboren un papelógrafo con estas tres listas, se les dan 30 minutos para ello.



Al terminar se pide que en plenaria cada grupo lea sus listas de recursos de poder. Se revisarán los recursos anotados y se aceptarán, eliminarán o modificarán, según haya consenso en los recursos que más a menudo se utilizan.



Luego se abre la reflexión motivándola con las siguientes preguntas:

1. ¿Qué lista de recursos es más larga y por qué?
2. ¿Es igual el poder que la sociedad le otorga a mujeres y hombres?
3. ¿Tienen los hombres una tendencia a utilizar el poder masculino que les da la sociedad? ¿Cómo se traduce en actos cotidianos este uso de poder?
4. ¿Utilizan las mujeres el que realmente tienen?  
¿Cómo lo utilizan en actos cotidianos?
5. ¿Qué privilegios gozan unos y otras?
6. ¿Existen formas democráticas de distribuir y ejercer el poder?
7. ¿Qué consecuencias tiene para la salud de mujeres y hombres su acceso desigual a recursos de poder?



*Propiciar que se expresen experiencias que las y los participantes reconocen como propias de su medio y municipio.*



*Salir de la lógica de opresor/víctima y preguntar también acerca de las debilidades de quienes supuestamente tienen más poder y los poderes relativos de quienes están en desventaja.*



*Si existen dudas por el concepto de recursos de poder, preguntar por lo que pueden habitualmente hacer el hombre, la mujer y ambos. Los roles de género no son sólo una manera de distribuir diferencialmente actividades, sino también de acceso a recursos de poder, pues estos diferentes roles están valorados de manera jerárquica, en la cual generalmente lo masculino está más valorado que lo femenino. Las posibilidades de desarrollo de unos y otras están determinados por el tipo de rol social que ocupan; y, a su vez, estos roles sociales determinan diferentes posibilidades de acceso al desarrollo para hombres y mujeres.*

*Por ejemplo, el rol predominante en las tareas reproductivas (quehacer del hogar y cuidado de las hijas y los hijos) otorgado culturalmente a las mujeres, las coloca en un lugar de desventaja a la hora de comparar con los hombres las posibilidades de acceso a los estudios y al desarrollo laboral.*

*Por otro lado, los roles predominantes de proveedor y su actitud temeraria en muchas situaciones ponen a los hombres en un lugar desventajoso a la hora de revisar las conductas preventivas y de cuidado de la salud.*

## Actividad 6. Indagar la realidad

Tiempo aproximado:  
70 minutos



**Objetivo.** Reflexionar sobre cómo la violencia ejercida contra las mujeres es una manifestación de poder basado en una construcción social y cultural y que, por tanto, se puede modificar.



**Contenidos.** Violencia contra las mujeres. Tipos de violencia.



**Materiales.** Violencia contra las mujeres. Tipos de violencia.



**Desarrollo.**



Se divide al grupo en tres subgrupos. La persona que facilita entregará a cada subgrupo uno de los conjuntos de testimonios que aparecen en los anexos, para que analicen en ellos si se ejerce algún tipo de violencia y las creencias en las que se sustenta esta violencia.



Se pide a uno o a una representante de cada grupo que exponga las conclusiones a las que han llegado. A continuación la persona que facilita introducirá el debate:

1. ¿Qué situación les ha llamado más la atención? ¿Por qué?
2. ¿Sólo los hombres ejercen violencia? ¿O también las mujeres? ¿Cómo pueden éstas ejercer la violencia?
3. ¿Consideran que el hostigamiento sexual es algo cotidiano en el ámbito laboral? ¿En qué se basa esta violencia? ¿Quién puede ejercerla?
4. ¿Qué consecuencias tiene la violencia en la vida de las mujeres? ¿Y en la de los hombres? ¿Y en la de los hijos e hijas?
5. Y en su salud, ¿qué consecuencias tiene la violencia?
6. ¿Qué opinan de las frases de los profesionales en torno a esta violencia?



La persona que facilita cerrará la sesión señalando que en la calle los hombres son las personas que con mayor frecuencia son objeto de violencia, mientras que en los lugares privados como la casa o en las relaciones de noviazgo, las mujeres son mayormente objeto de violencia. La violencia contra las mujeres la ejercen, generalmente, los hombres con quienes ellas conviven cotidianamente. La violencia que se ejerce contra las



mujeres es una manifestación del poder que culturalmente se otorga a los hombres sobre éstas. Este poder se utiliza para afianzar la autoridad masculina y para sancionar el supuesto incumplimiento por parte de la mujer de lo que socialmente se le ha encomendado. Es una construcción cultural amparada por mitos y estereotipos que se puede modificar. La violencia contra las mujeres se puede manifestar de muchas formas, algunas de las cuáles forman parte de nuestra realidad cotidiana sin darnos cuenta. La violencia es, así, mucho más amplia que los malos tratos físicos.

## Actividad 7. La radio

Tiempo aproximado:  
15 minutos



**Objetivo.** Facilitar un clima de relajación dentro del grupo.



**Contenidos.** Distensión grupal.



**Materiales.** Papelógrafo, proyector de acetatos o cañón.



**Desarrollo.**



Se pide al grupo que se coloquen en fila mirando hacia el frente. La persona que facilita sacará a dos personas de la fila. Le explicará al grupo que ellos son una radio, de forma que cada quien representa a una estación diferente (pueden ser de música, noticias, debate, deportes, etcétera), ellas o ellos deciden. Las dos personas que están fuera son el control de la radio e irán recorriendo toda la fila y cuando se paren ante una persona ésta retransmitirá en voz alta su programa. La actividad finaliza cuando todas y todos hayan participado.

## Actividad 8. ¿Y qué pasa en la salud?

Tiempo aproximado:  
40 minutos



**Objetivo.** Analizar las consecuencias que tiene en la salud de las mujeres el vivir en un ambiente de violencia continúa.



**Contenidos.** Consecuencias de la violencia en la salud.



**Materiales.** Fotocopias del caso clínico y de gráficas actualizadas sobre violencia. Hojas blancas.



**Desarrollo.**



Se pide a las y a los participantes que por grupos, máximo ocho personas, analicen el caso clínico que aparece en los anexos, respondiendo a las preguntas que se formulan, y saquen conclusiones de los datos que reflejan las gráficas (anexos) sobre las consecuencias que tiene para la salud de las mujeres el vivir una situación de violencia. Para ello tendrán 30 minutos.



A continuación un o una representante de cada grupo expondrá las principales conclusiones obtenidas de este análisis. La señora Benítez, presenta una patología grave y crónica que exige comprensión y apego al tratamiento. El desequilibrio de su patología y los numerosos internamientos descompensación de la diabetes están fuertemente vinculadas con su situación familiar. Su marido controla la asistencia a las consultas médicas, incluso se niega a ayudar a su mujer en peligro de muerte. Mientras el equipo médico no tuvo en cuenta la violencia conyugal en el marco del tratamiento de la diabetes de la señora Benítez su estado de salud no pudo garantizarse.

Se puede iniciar el debate preguntando lo siguiente:

1. ¿Eran conscientes de que la violencia producía estas complicaciones en las mujeres?
2. ¿Creen que es una obligación de los servicios de salud detectar estos casos de violencia y darles la atención oportuna a estas mujeres?



La actividad finalizará señalando que la violencia hacia las mujeres y niñas es un problema de salud pública, siendo una obligación de todo el personal que preste servicios de salud el detectar estos casos y darles la atención oportuna. En muchas ocasiones, como se ha visto con la Sra. Benítez, detrás de muchas enfermedades se encuentra la violencia ejercida contra esa persona, la cual detona la enfermedad o no permite su tratamiento correcto.

## Actividad 9. Exposición teórica

Tiempo aproximado:  
40 minutos



**Objetivo.** Dar a conocer las principales características de la violencia ejercida contra las mujeres.



**Contenidos.** Violencia contra las mujeres. Tipos de violencia. Consecuencias en la salud de las mujeres.



**Materiales.** Papelógrafo, proyector de acetatos o cañón.



**Desarrollo.**



A partir del ejercicio anterior se realiza una breve exposición sobre la definición de violencia de género, los tipos de violencia que existen, algunos aspectos relevantes sobre la masculinidad, y las consecuencias que esta violencia tiene en la vida de las mujeres (ver anexos).

## Actividad 10. Un dibujo

Tiempo aproximado:  
10 minutos



**Objetivo.** Evaluar brevemente la sesión.



**Materiales.** Hojas blancas y lápices de colores..



**Desarrollo.**



Se pide a cada participante que en un dibujo sencillo exprese cómo le han parecido las actividades y contenidos trabajados en esta sesión.



Los dibujos se pegarán todos en un papelógrafo y la persona que facilita preguntará el significado de aquellos que no se entiendan bien.



Se cierra la jornada recordando la fecha, lugar y horario de la siguiente sesión y entregando las copias de la bibliografía correspondientes al módulo.



**Bibliografía recomendada.**

DE BARBIERI T. Los ámbitos de acción de las mujeres. En: México D.F: Revista Mexicana de Sociología; 1992:203-224.

GÓMEZ A. Violencia contra las mujeres, un ejercicio de poder. En WAA. (1996). Por el derecho a vivir sin violencia: acciones y propuestas desde las mujeres. Santiago (Chile): Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; 1996: 4-12.



**Anexos**

- Caso A:** Miguel y Sandra, son pareja. Miguel es chofer de taxi y trabaja en el turno de noche; Sandra trabaja de lunes a sábado en una fábrica de textiles. Para aumentar los ingresos familiares, Sandra también hace quesadillas que lleva todas las mañanas para vender en el trabajo a la hora del almuerzo. Sandra y Miguel tienen un hijo y una hija, de 9 y 8 años de edad respectivamente. La madre de Miguel, doña Carmen, tiene 78 años de edad y vive con ellos.
- 
- Caso B:** Omar y Olga viven con sus tres hijos: una niña, de 12 años de edad y dos varones, de 9 y 7 años, respectivamente. Olga es diseñadora gráfica en una compañía publicitaria, y Omar es profesor en la Escuela de Salud Pública en la Universidad. Dos noches por semana y dos sábados por mes Olga 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, etcétera. Omar participa activamente en el sindicato universitario y es dirigente del mismo.
- 
- Caso C:** José y Panchita viven en una comunidad rural con sus cuatro hijos e hijas. La hija mayor, tiene 8 años de edad, 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. José y Panchita suplementan el ingreso familiar, ella confeccionando huipiles y él cultivando lo que puede y vendiendo estos productos en el mercado del pueblo que queda a una hora de distancia a pie. Panchita es también la promotora de salud en su comunidad y José tiene cargo político por las tardes en el ayuntamiento del pueblo.
- 
- Caso D:** Lupita vive en un barrio urbano marginal. Trabaja de día en una fábrica de enlatados. Con ella viven varias personas: su mamá, de 64 años de edad, que tiene un negocio de costura en la casa, sus dos hijos, uno de 12 años y otro, de 14 años que estudian. El marido de Lupita es trabajador migrante que se fue para el norte en busca de mejores oportunidades, manda dinero cada dos o tres meses y regresa cada año para las fiestas.
- 
- Caso E:** Ricardo tiene 45 años de edad y es dueño de un pequeño almacén de abarrotes de tiempo completo en una ciudad. Su mujer, Miguelina, trabaja medio día en una peluquería. Con ellos vive el papá de Miguelina, Don Javier, de 80 años de edad. Contratan a una mujer, que les ayuda medio día en el quehacer de la casa, de lunes a viernes. Todos se reúnen cada día a comer.
-



## El valor y producción en la teoría económica<sup>30</sup>

(con pequeñas modificaciones realizadas por las autoras)

Consideren a Herminia, una joven indígena de Zinacantán, Chiapas. Su día comienza a las cuatro de la madrugada, cuando para ir a buscar agua carga un bidón de veinte litros hasta un pozo situado a unos once kilómetros de su casa. Camina descalza y está de vuelta en casa alrededor de las once de la mañana. Come algo y procede a buscar leña hasta el mediodía. Limpia los utensilios utilizados por la familia en su desayuno y se sienta a preparar el almuerzo de tortillas, frijoles y arroz para la familia. Después del almuerzo y el lavado de los platos, va a la milpa a trabajar con su padre hasta que hace el mismo viaje de la tarde para traer agua. Su día termina a las nueve de la noche, después de haber preparado la cena y acostado a sus hermanos y hermanas. Según el Sistema de Cuentas Nacionales, Herminia es improductiva, desocupada y económicamente inactiva. Herminia no trabaja y no es parte de la fuerza de trabajo y, por lo tanto, no produce valor.

Flor, una joven de Ciudad de México, pasa su día preparando alimentos, poniendo la mesa, sirviendo las comidas, sacando de la mesa restos de comida y platos, vistiendo a sus hijos, disciplinándolos y llevándolos a la guardería y al colegio, eliminando la basura, sacudiendo el polvo, juntando la ropa para el lavado, lavando, yendo al supermercado, reparando averías en el hogar, planchando, cuidando o jugando con los niños, haciendo las camas, pagando cuentas, atendiendo mascotas y plantas, ordenando juguetes, libros y ropas, cosiendo, zurciendo o tejiendo, pasando la aspiradora, barriendo, limpiando el baño y la cocina y acostando a los niños y a las niñas. Flor es ama de casa y tiene que enfrentar el hecho de que llena su tiempo de una manera totalmente improductiva; es económicamente inactiva y los economistas la registran como desocupada.

Karen es una altamente capacitada miembro de las fuerzas armadas estadounidenses. Su deber regular es bajar a una instalación subterránea donde junto a un colega espera por horas la orden de disparar un misil nuclear. Karen está tan preparada y es tan efectiva, que si sus colegas trataran de subvertir una orden de fuego, se esperaría de ella que –si todo lo demás fallara– los matara para asegurar un lanzamiento exitoso del misil. Pero la mayor parte de su tiempo lo llena de ociosidad y la automática repetición de ejercicios de entrenamiento. Su trabajo tiene valor y contribuye, como parte de la máquina nuclear, al crecimiento, la riqueza y productividad de la nación. Eso es lo que dice el sistema económico internacional.

Mario es proxeneta y adicto a la cocaína, vive en Tijuana. Paga regularmente sobornos. Aunque los servicios y el consumo y producción de Mario son ilegales, de todas maneras son mercantiles. Hay dinero que cambia de mano. Así, las actividades de Mario son parte de la economía oculta de México. Pero en la economía de la nación no todas las transacciones quedan computadas. Entonces, el Departamento del Tesoro o el Banco de la Reserva de un gobierno, al final de cada año está en condiciones de medir el dinero intercambiado legítimamente en el mercado del dinero circulante, y aparece una diferencia. Esa diferencia nos puede decir cuál es el porcentaje de actividad ilegal en el mercado en ese momento. Entonces los servicios y producción y las actividades de consumo ilegales de Mario son reconocidos y registrados. Mario es un trabajador valioso; eso es lo que dice el sistema económico internacional.

Karen y Mario trabajan; Herminia y Flor no; esas son las reglas según la teoría, lo que dice la ciencia, la práctica y la institucionalización de la economía (...).

1. ¿Qué tipo de trabajo realizan Herminia y Flor?
2. ¿A quién beneficia este trabajo?
3. ¿Qué tipo de trabajo realizan Karen y Mario?
4. ¿A quién beneficia este trabajo?
5. ¿Qué actividades son las pagadas?
6. ¿Qué actividades son las no pagadas?
7. ¿Qué trabajos consideran más importantes o necesarios? ¿Por qué?
8. ¿Qué tiene de positivo esta actividad que realiza cada cual para sí?
9. ¿Y de negativo?

## Testimonios número 1

### Hombres

"Muchas mujeres pueden hacer un trabajo mejor que yo, pero no lo hacen, por que llegado el momento, si una mujer quiere, puede vivir a costa de un hombre. Pero, ningún hombre nace con la idea de que un día, cuando crezca va a vivir a costa de una mujer.

Más vale que mi mujer sea una buena esposa. Quiero tener una que me espere en casa. Para ellas es realmente fácil. Para una chica es realmente fácil. Me siento mejor cuando sé que soy yo quien mantiene a la mujer, porque quiero que ella se vea totalmente indefensa.

No quiero una de esas mujeres dominantes que pueden mantenerse solas, ser ejecutivas y ganar más dinero que yo. Eso me pondría furioso, me divorciaría enseguida si ella ganara más dinero que yo." <sup>31</sup> **(Estudiante universitario clase media, 19 años de edad).**

"En esa fiesta estaba tomado, empecé a tomar, pues ora sí que para darme valor; la saqué a bailar y me di valor y la abracé, empezamos a bailar y le dije que si quería ser mi novia, ella dijo: ¡Ah! no te creo, andas tomado. Le dije, no, es más te dejo mi reloj y mañana paso por él; se lo dejé, más que nada para que dijera, es de mi novio, para que se sintiera mi propiedad, en un afán de cómo apoderarme de ella. Y sí pasé al día siguiente. Luego empecé a aparecérmele a cada rato, a la hora que salía de la escuela, le decía, yo te llevo. Cualquier problema que tenía yo trataba de resolvérselo, que necesito unos libros, yo te los consigo. Todo esto lo hacía para sentirme que yo podía resolver todos sus problemas, que podía ser indispensable para ella y de hecho así fue; ya cualquier cosa que necesitaba me la pedía a mí y eso me agradaba, me sentía indispensable para ella."<sup>32</sup>

### Mujeres

"Me pidió que me sacara toda la ropa para hacerme el examen ginecológico. Parado detrás de mí palpó mis pechos. Sentía el acercamiento de su cuerpo al mío como inapropiado, pero no pude decir nada... Me sentí tan violentada, tan expuesta... Sentí mucha vergüenza, pero no sabía qué decir, qué hacer."<sup>33</sup>

"No puedo entender por qué el director empezó a hablarme de ese modo y a quererme tocar. Todo el tiempo pienso en qué hice yo, de qué forma pude haberlo provocado."<sup>33</sup>

### Profesionales

- ¡Qué hombre va a resistir a una mujer así! **(Oficial de policía que toma la denuncia de una mujer que fue violada).**<sup>33</sup>
- "¿Está segura de que usted no le dio demasiada confianza para que él la persiguiera por todas partes? **(Secretaria de un juzgado a una mujer que denuncia ser acosada sistemáticamente por un hombre desde hace un mes).**<sup>33</sup>

## Testimonios número 2

### Hombres

"Ser hombre es todo para mí, ser hombre en todo sentido. Tener la postura de un hombre, saber caminar, desenvolverse, ser caballero con una dama, ser gentil, amable, protegerla. A mí me gusta tratar a la mujer con cuidado, como si fuera una piedra preciosa, siempre que ella responda, por supuesto, que sepa comportarse como una señora, que se ubique en su lugar, que sea fiel.

Mi papá fue todo un modelo de hombre. Era un amigo. Me enseñó todo, desde los 15 años de edad cuando tuve una charla con él. Me explicó que había diferentes tipos de mujeres, las buenas, las que podían ser madres, traer un hijo de uno al mundo, como mi madre, y las otras, en las que no se podía confiar. Mi papá era muy bueno pero muy celoso, a mi madre la volvía loca.

A la mujer me gusta verla en la casa, que sea buena esposa, buena madre, que sea organizada, fiel, linda, que se cuide que no se deje estar, que haga gimnasia, que se arregle. Si trabaja que siga con lo suyo, siempre que no desatienda la casa ni los chicos.

Yo no ayudo en las tareas o con los chicos por que para eso no sirvo. Además estoy todo el día ocupado. A mi hijo le doy todos los gustos, no le pongo límites porque es muy bueno, la madre lo tiene muy bien educado."<sup>31</sup> **(Abogado, 36 años, clase media).**

"Por un lado, siempre fue el deseo de tener a una mujer profesionista, pero también hubo la idea de decir no, es que el día que yo me case prefiero a una mujer ignorante, porque una mujer ignorante no me va a cuestionar ni me va a decir nada; una mujer ya con estudios me va a querer dominar o va a querer estar a mi nivel, y una mujer no debe estar a mi nivel. Fue lo que empezó a suceder con la mamá de mis hijos, yo pienso que en gran medida a mí me dio miedo. Cuando empecé a hablar con ella me di cuenta que yo iba en cierto nivel de universidad y ver que ella estaba en la preparatoria me hizo sentir seguridad, a lo mejor suena absurdo, pero me hizo sentir seguridad. El hecho de verla y empezar a sentir que efectivamente estaba acompañada a mí me hizo sentir seguro. Nunca pude ver mis complejos o mis problemas, pero sí veía los de ella. Sentir a una mujer que titubeaba, a mí me hacía sentir bien, porque yo no iba a correr riesgos con mi imagen masculina."<sup>32</sup>

### Mujeres

"Sentí terror por lo que me pasaba y porque pensé que de ésta no salía. Uno de los violadores me repetía: si hablas, te matamos."<sup>33</sup>

"A veces mi marido logra convencerme de que soy una inútil. Se burla de mis opiniones, las compras que realizo, como cuido a los chicos o atiendo la casa. Si alguien elogia algo que yo hice me dice con ironía que lo hace por lástima. Si sigue así va a conseguir que me olvide que fui una buena estudiante y que me desempeñé eficientemente en mis trabajos antes de casarme."<sup>31</sup>

### Profesionales

"Las mujeres están llenas de mensajes contradictorios, esto produce frustración en los hombres", **(Oficial de policía).**<sup>33</sup>

¿Usted no se dio cuenta que su marido podía golpearla? ¿Por qué no hizo nada?  
**(Médico a una mujer en consulta por violencia).**<sup>33</sup>

## Testimonios número 3

### Hombres

"El hecho de negarle que trabajara era porque yo siempre la vi muy incapaz, porque yo siempre he pensado que una mujer es más débil que un hombre; entonces ella me decía, yo también puedo trabajar, también puedo hacer cosas que te puedan apoyar para toda la situación. Ella siempre me decía, si me dejas trabajar juntamos dinero para comprar un terrenito, para que me tengas mejor. Yo le decía, no, no lo aceptaba jamás... yo a veces, pues le decía por qué tienes que trabajar, mientras yo viva tú no vas a trabajar, yo me casé contigo para mantenerte."<sup>32</sup>

" Me acercaba a ella y le decía, pues es que entiende, tú eres la que me haces enojar, si tú no fueras así yo estuviera tranquilo, no te hubiese golpeado, no te hubiera agredido; si yo hago esto es porque te quiero; lo que pasa es que tú a mí no me quieres, porque nunca me has querido, nunca me quisiste, tan es así que no llegaste virgen al matrimonio y aún así no te das cuenta que yo te quiero porque te acepté así. Y finalmente, ella terminaba aceptando lo que yo le decía."<sup>32</sup>

### Mujeres

"No puedo entender lo que hace. Se muestra afectuoso y simpático con nosotros delante de la gente, pero apenas llegamos a casa, sin que hayamos hecho algo, se pone a gritar y a romper cosas. Vivimos sobresaltados y tratando de adivinar qué puede llegar a molestarlo para evitar que se enoje. Pero es inútil. Siempre da vuelta y acomoda las cosas para justificar sus gritos y golpes."<sup>31</sup>

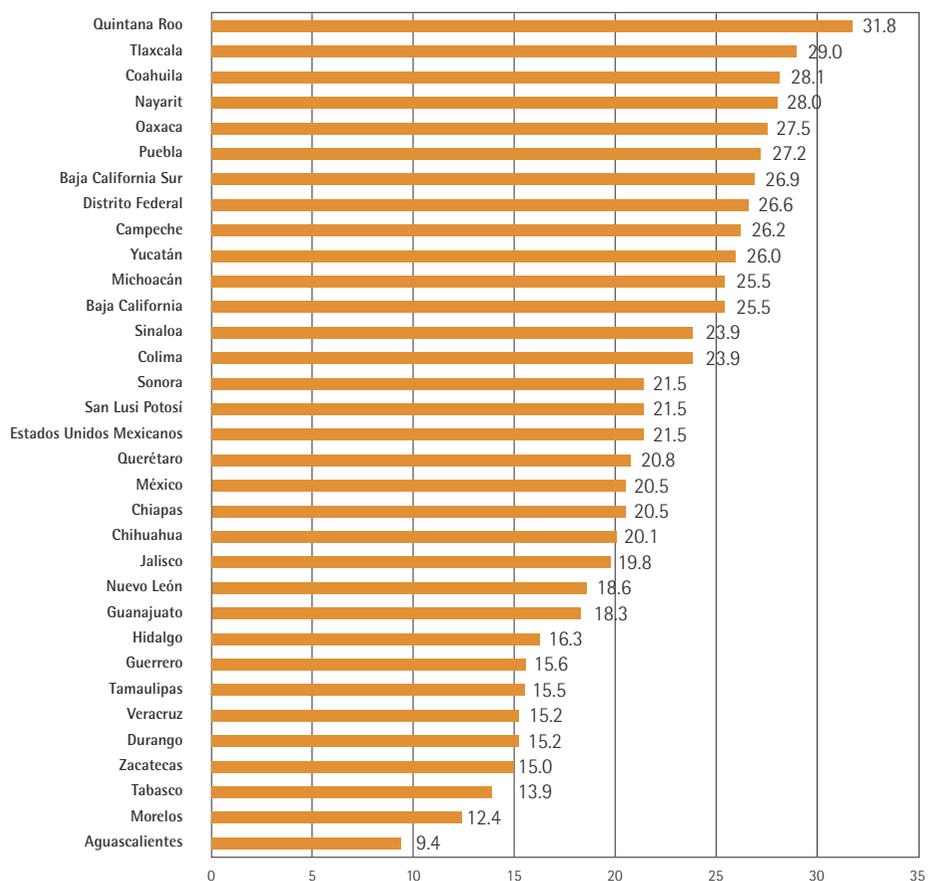
"Siento mucha muina con él y desesperación porque no me da permiso de salir, no puedo trabajar en nada porque él no quiere que salga, porque dice que si salgo me voy a encontrar con otro hombre, que muchas mujeres son así. Yo me siento muy triste y enojada y últimamente no puedo dormir, tengo pesadillas, siempre sueño con toros que me persiguen. Quisiera poder dormir, quisiera que no me dolieran las manos, quisiera dejar esta tristeza, quisiera no haberme ido con él, quisiera tener otra vida."<sup>34</sup> **(Mujer campesina de Veracruz, 32 años de edad).**

### Profesionales

"No puedo creer que a esta mujer tan fea y con ese aspecto la hayan violado" **(Una profesional que trabaja en violencia).**<sup>33</sup>

¿Usted iba sola y vestida así cuando fue atacada? ¿Y por qué no se escapó? ¿Está segura de que el ataque fue así? ¿No lo habrá provocado usted? **(Oficial que toma la denuncia por violación de una mujer en una comisaría).**<sup>33</sup>

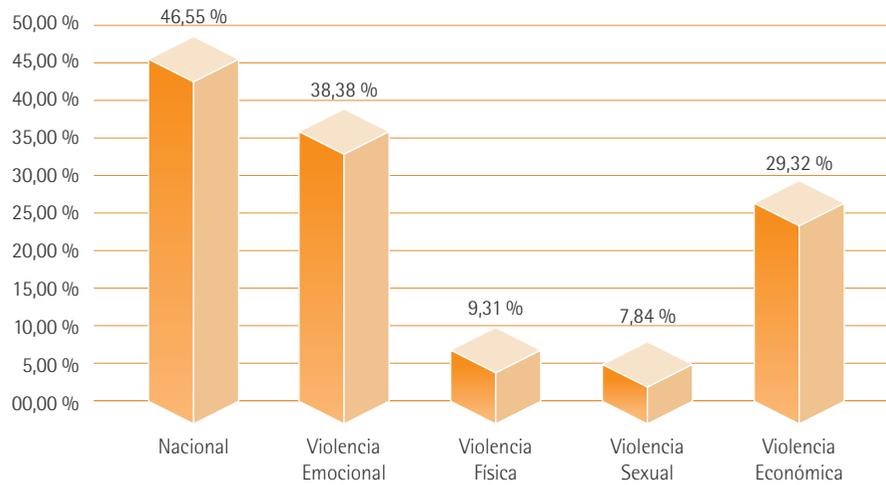
### Distribución porcentual de mujeres que sufrieron algún tipo de violencia con la pareja actual\* por entidad federativa



\* Se incluye a las mujeres que hayan tenido violencia psicológica, física, económica o sexual por parte de su novia, esposo o compañero actual.

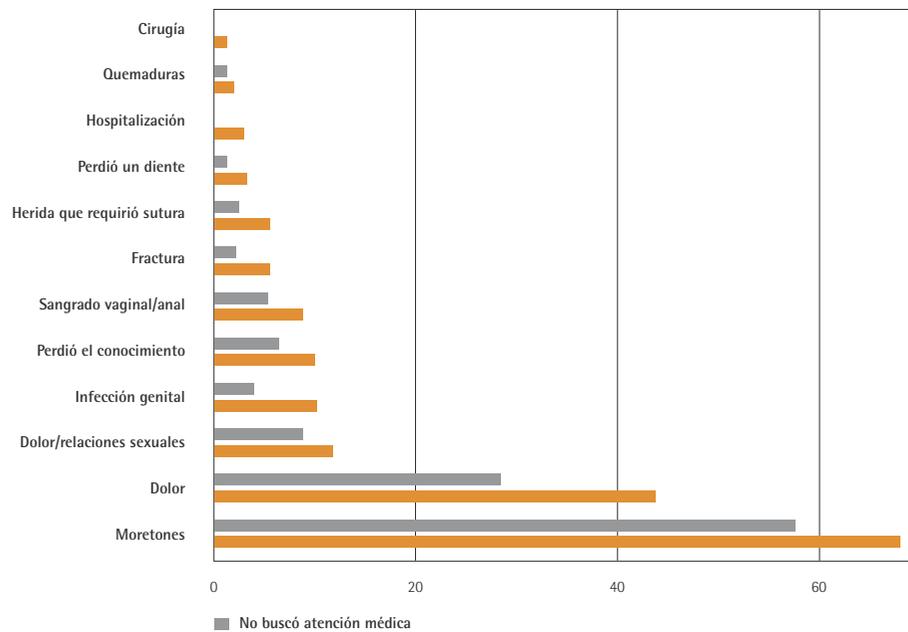
Fuente: INSP/Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003, p. 81

### Porcentaje de mujeres con al menos un incidente según tipo de violencia en los últimos 12 meses



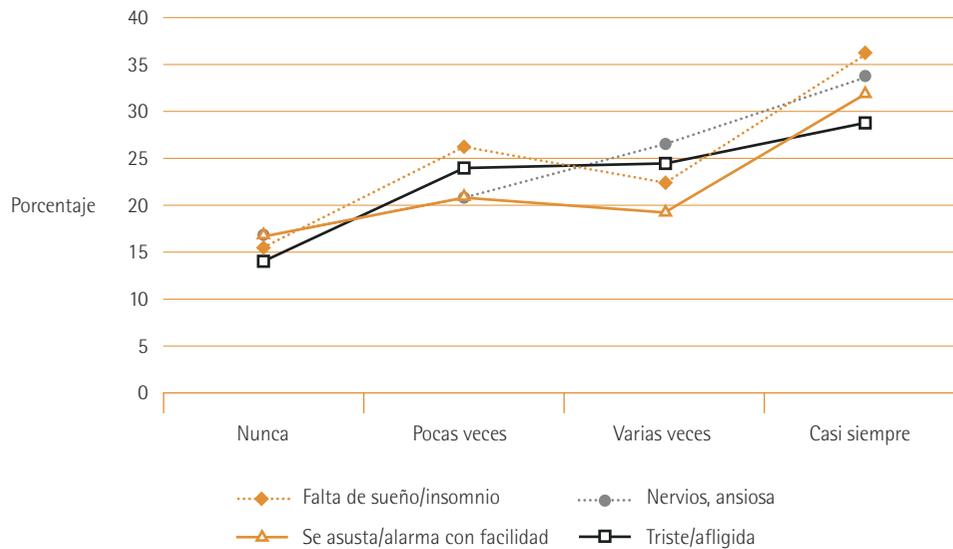
Fuente: Encuesta sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. ENDIREH2

### Consecuencias inmediatas en la salud de la violencia actual de pareja, según búsqueda de atención



Fuente: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003, ENVIM. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud.

## Prevalencia de violencia actual de pareja y síntomas de salud mental



Fuente: Encuesta sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2003. ENVIM  
Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud

## Caso clínico

La señora Benítez es paciente en el servicio de endocrinología del hospital local desde hace seis años por una diabetes insulino dependiente. El equilibrio glucémico no es satisfactorio desde el inicio del tratamiento y la señora Benítez está internada en el servicio desde hace una semana como consecuencia de un coma hipoglucémico.

Los médicos no están satisfechos con la evolución de la señora Benítez, sobre todo porque la diabetes se reequilibra muy rápidamente cuando está internada.

Durante la visita el médico le hace notar que debe seguir estrictamente el tratamiento e ingerir azúcar en los episodios de hipoglucemia.

En su recorrido, la enfermera recapitula con la señora Benítez los pasos a seguir en su caso. La señora Benítez parece comprender las indicaciones, al revisar juntas el último episodio que condujo al coma, la enfermera se entera de que el marido de la señora Benítez se negó a llevarla al servicio de urgencias cuando se sintió mal. Indagando un poco más, descubre que este comportamiento es frecuente en el hombre, quien sostiene que la mujer no necesita atenderse en el hospital. De hecho, la señora Benítez ha tenido dificultades para asistir a sus consultas, ha faltado a varias citas con el médico y cuando va debe ocultarlo a su marido.

**¿Por qué la violencia familiar está vinculada con la patología de la señora Benítez?<sup>27</sup>**



## Tipos de Actividad

**Productiva:** Se refiere a aquellas actividades que suponen producción de bienes y servicios remunerados en dinero o en especie.

**Reproductiva:** Se refiere a aquellas actividades relacionadas con la reproducción biológica y el bienestar las personas que componen la unidad familiar: la crianza y la educación infantil, los quehaceres domésticos, o el cuidado de la salud de la familia.

**Gestión Comunitaria:** Se refiere a aquellas actividades voluntarias y no remuneradas que se realizan para contribuir a la mejora de la comunidad: promotora de la salud, participante en campañas de vacunación o cocineras en los comedores populares.



## ROLES Y VIOLENCIA DE GÉNERO

### Roles de Género

Tradicionalmente se adjudica a:

#### Mujeres

- Madre
- Ama de casa
- Responsable de las tareas asociadas a la reproducción de la familia.

#### Hombres

- Jefe del hogar.
- Cabeza de familia
- Responsable del mantenimiento y sustento económico de la familia.



## División Sexual del Trabajo

Es la distribución diferencial que se hace de las capacidades y destrezas de mujeres y hombres, y la diferente valoración de las mismas.

Está estrechamente ligada a las características físicas de cada sexo.

## Mujeres

**Trabajo reproductivo:** actividades relacionadas con las necesidades para el mantenimiento y supervivencia de las personas, tales como la organización del hogar, la crianza de las hijas e hijos, el afecto y los cuidados de la salud.

- Se desarrolla en el ámbito Privado.
- No es remunerado económicamente.
- No tiene reconocimiento ni prestigio social.



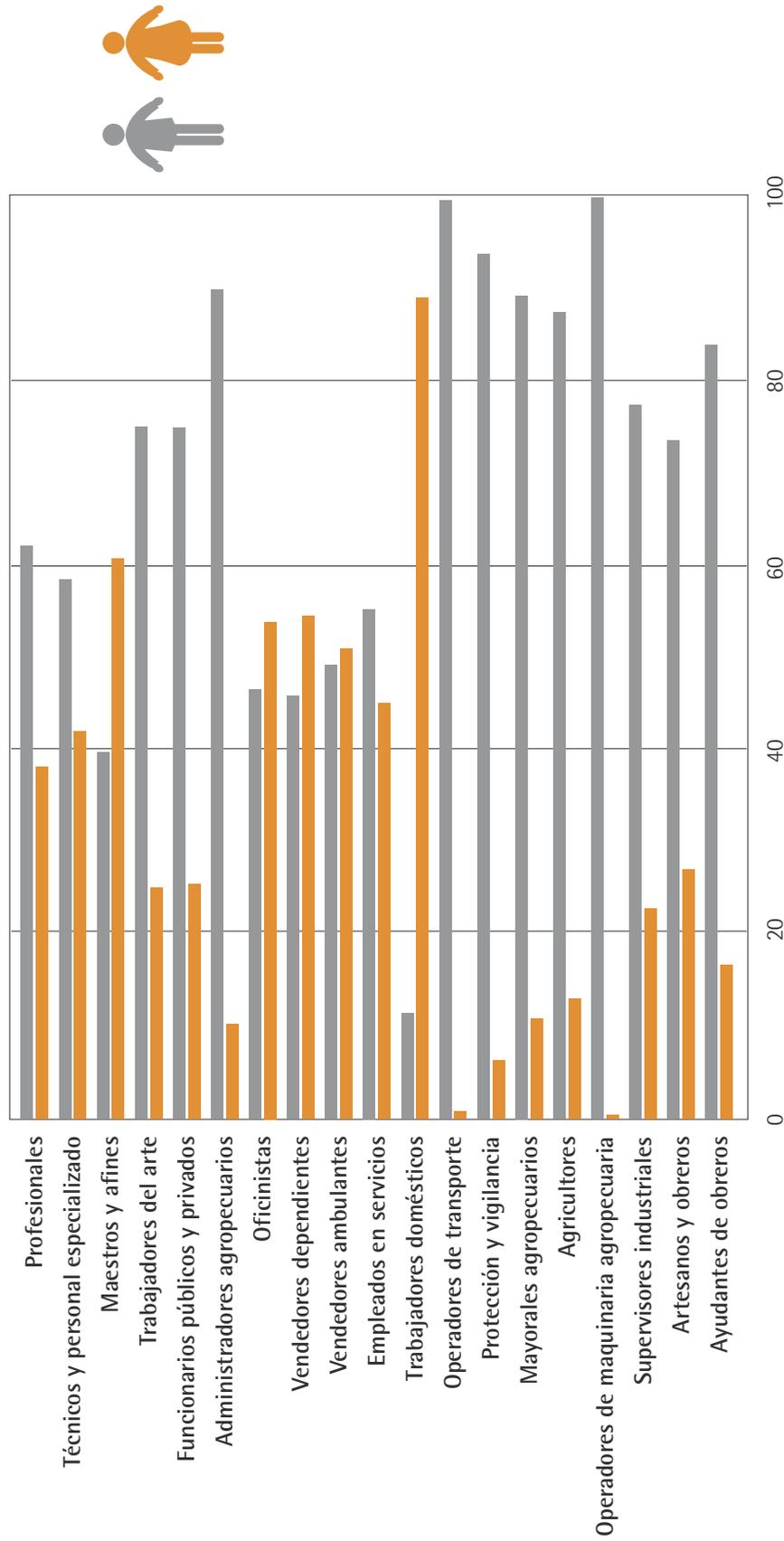
## Hombres

**Trabajo productivo:** actividades que se realizan con el objetivo de producir bienes o servicios y que son intercambiables en el mercado.

- Se desarrolla en el ámbito Público.
- Es remunerado económicamente.
- Tiene reconocimiento y prestigio social.

Si el trabajo reproductivo no se realiza tampoco se puede realizar el trabajo productivo pues es la base sobre la que éste se desarrolla.

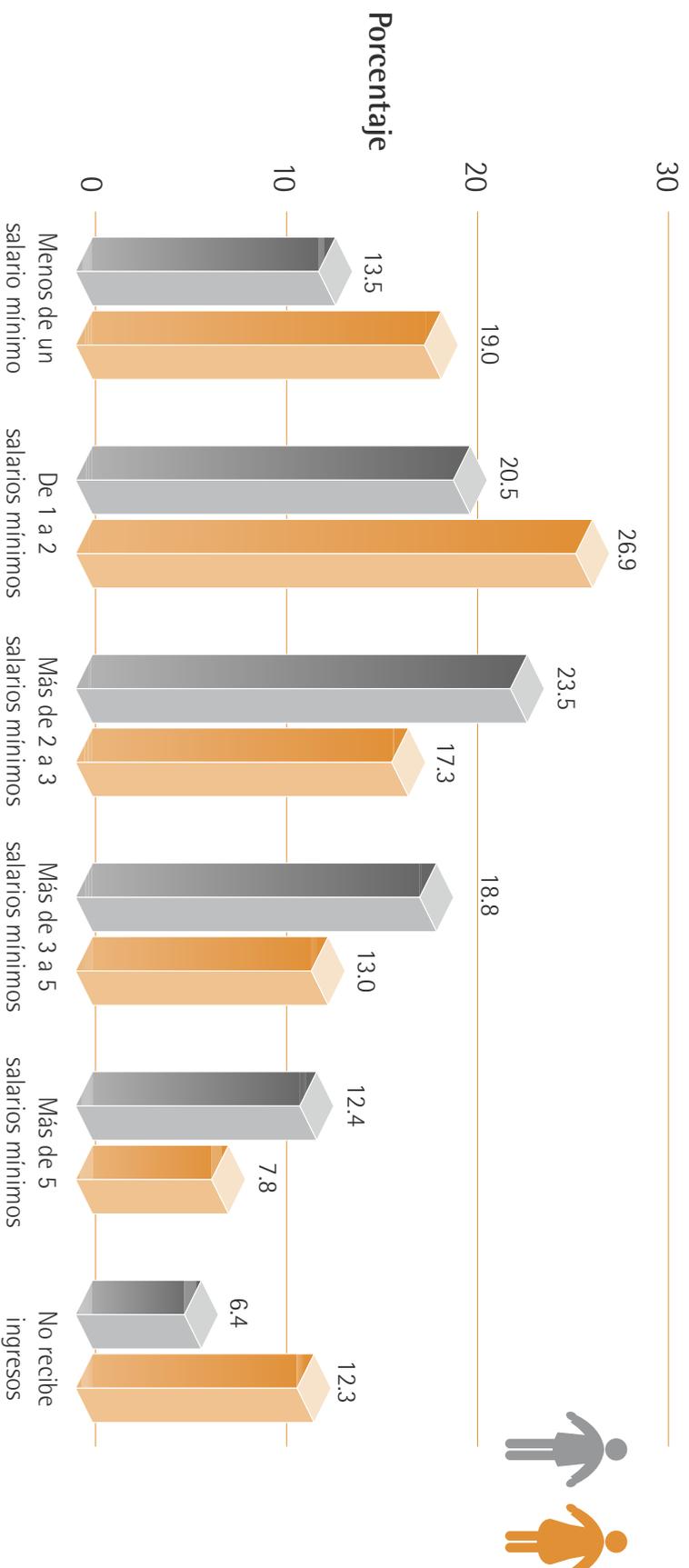
## Procentaje de la Población Ocupada por Grupos de Ocupación según Sexo, 2004



Fuente: INEGI, STPS. Encuesta Nacional de Empleo, 2004. Segundo trimestre. Base de datos.



### Distribución Porcentual de la Población Ocupada por Sexo según Nivel de Ingreso<sup>1</sup>, 2004



1. No se graficó a la población que no especificó su nivel de ingreso, que representa 4.9% en los hombres y 3.7% en las mujeres.  
Fuente: INEGI, STPS. Encuesta Nacional de Empleo, 2004. Segundo trimestre. Base de datos.



**La división sexual del trabajo tiene consecuencias diferenciadas en la salud de mujeres y hombres.**

## **SALUD LABORAL**

**Implica hablar de la salud y los riesgos laborales a los que se exponen las mujeres y los hombres cuando asumen cualquier esfuerzo para la realización de una tarea.**



## **Riesgos Específicos para la Salud de las Mujeres:**

- Los que afectan su salud reproductiva y la capacidad de dar a luz niños/as sanos (exposición a sustancias químicas como plomo, mercurio, alcohol industrial, etc)
- Los que afectan su salud mental y bienestar, producidos por bajo reconocimiento social, alta exigencia que provoca estrés, exigencia de un mayor nivel de empatía, menor acceso a cargos directivos, acoso sexual, y acoso moral (mobbing).
- Los producidos por la menstruación, menopausia, lactancia, problemas de salud en la familia, etc.



## Riesgos Específicos para la Salud de los Hombres:

- Mayor posibilidad de sufrir estrés.
- Accidentes de tráfico y de trabajo.
- Dermatitis de contacto.
- Enfermedades pulmonares.
- Disminución de la agudeza auditiva.
- Intoxicaciones.
- Lesiones musculo-esqueléticas.
- Enfermedades cardiovasculares.



## **Violencia de Género**

"Cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia, o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, prejuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada."

*Organización de las Naciones Unidas (ONU), 1993*



## Manifestaciones de la Violencia de Género

- Violencia económica y abandono.
- Violencia sexual.
- Violencia emocional o psicológica.
- Violencia física.



## Consecuencias en la Salud de las Mujeres

### Consecuencias no mortales:

#### Salud física

- Lesiones.
- Daño funcional.
- Síntomas físicos.
- Salud subjetiva deficiente.
- Discapacidad.
- Obesidad grave.

#### Trastornos Crónicos

- Síndromes de dolor crónico.
- Síndromes de intestino irritable.
- Trastornos gastrointestinales.
- Enfermedades somáticas.
- Fibromialgia.

#### Salud mental

- Estrés post-traumático.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Fobias/trastornos de pánico.
- Trastornos de apetito.
- Disfunción sexual.
- Abuso de sustancias.

#### Salud reproductiva

- Embarazo no deseado.
- ITS/VIH.
- Trastornos ginecológicos.
- Aborto peligroso.
- Complicaciones en embarazo.
- Abortos espontáneos.
- Enfermedad pélvica inflamatoria.



### Consecuencias mortales:

- Homicidio.
- Suicidio.
- Mortalidad Materna.
- Relacionadas con el VIH/SIDA.

### Comportamiento negativo respecto de la salud:

- Hábito de fumar.
- Abuso de alcohol y drogas.
- Comportamiento sexual arriesgado.
- Inactividad física.
- Comer demasiado.

## Consecuencias para los Hombres

### Consecuencias legales:

- Multas, cárcel, divorcio.

### Consecuencias emocionales:

- Separación de la pareja y los/as hijos/as, asilamiento y represión emocional.

OJO  
AQUÍ VA EL SEPARA  
CON SUAJE  
frente

OJO  
A EL SEPARADOR  
CON SUAJE  
vuelta



# Tercer Módulo

## La Salud de las Mujeres y de los Hombres

Tiempo aproximado:  
6 horas



### Propósitos del módulo

- Reflexionar sobre las diferencias del estado de salud de mujeres y hombres y su relación con la categoría género y con otros condicionantes económicos, culturales, ambientales y educativos.
- En sentido inverso, reflexionar sobre la manera como los condicionantes de género, económicos, culturales, ambientales y educativos hacen a mujeres y a hombres más vulnerables a ciertos padecimientos y riesgos para su salud.

### Cuadro resumen – Tercer Módulo

| Sesión 5  |  | Tiempo estimado: 3 hrs. 20 min.    |            |  |
|---|--|------------------------------------|------------|--|
| Tema: La relación entre el género y la salud de mujeres y hombres |  |                                    |            |  |
| Contenido   | Objetivo   | Actividad                          | Tiempo     | Materiales   |
| 1. Cooperación grupal.  | Reflexionar sobre la importancia de la cooperación en el ámbito personal y laboral.                    | El collage de las estaciones.      | 30'        | Tijeras, plumones de colores, pegamento, recortes de revistas, cartulinas, cinta adhesiva. |
| 2. Las diferencias de género en la salud.                         | Explorar la relación entre los atributos de género y los malestares de hombres y mujeres.              | Cuerpo de mujer, cuerpo de hombre. | 55'        | Papelógrafos, postits de colores, plumones, cinta adhesiva.                                |
| 3. Dimensión de género en padecimientos de mujeres y hombres.     | Analizar cómo los padecimientos en mujeres y hombres están relacionados con las inequidades de género. | Análisis de Casos.                 | 60'        | Copias de casos, guía de trabajo, papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.                 |
| <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>  | <b>Receso</b>                      | <b>15'</b> |  |
| 4. Los estados de salud de mujeres y hombres.                     | Revisar algunos datos sobre el estado de salud de mujeres y hombres.                                   | Exposición teórica.                | 40'        | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.   |

| Sesión 6  |   | Tiempo estimado: 2 hrs. 40 min.           |        |  |
|---|---|---|--------|--|
| Tema: Género y salud en el ciclo de vida                |   |   |        |  |
| Contenido   | Objetivo  | Actividad                                 | Tiempo | Materiales   |
| 5. Comunicación. Relajación.                            | Facilitar la relajación del grupo.  | El masaje.                                | 15'    | Espacio amplio y sin sillas.                         |
| 6. La salud en las etapas de vida.                      | Examinar los estados de salud de mujeres y hombres en las distintas etapas de la vida.                                | La salud de mujeres, la salud de hombres. | 90'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.             |
| 7. El papel de las mujeres como cuidadoras de la salud. | Reflexionar sobre cómo culturalmente se ha asignado a las mujeres el papel de cuidadoras de la salud de las/os demás. | El género y el cuidado de la salud.       | 45'    | Copias del sociodrama. Mesa, sillas, tazas y platos. |
| 8. Evaluación.  | Valorar brevemente el módulo.   | El cuestionario.                          | 10'    |  |

## Sesión 5 La relación entre el género y la salud de mujeres y hombres

### Actividad 1. El collage de las estaciones

Tiempo aproximado:  
15 minutos



**Objetivo.** Reflexionar sobre la importancia de generar un ambiente de empatía y cooperación en el ámbito de trabajo.



**Contenidos.** Cooperación.



**Materiales.** Recortes de revistas, pegamento, tijeras, plumones de colores, cartulinas.



**Desarrollo.**



Se divide al grupo en cuatro subgrupos. A cada subgrupo se le entrega una cartulina y se les reparten los materiales, de forma que a uno se le entrega las tijeras y recortes, a otro pegamento y recortes, a otro los plumones y al otro plumones y recortes.



Se invita a todos a hacer un collage que verse sobre las cuatro estaciones del año. Para realizar esta actividad tendrán 15 minutos. Una vez finalizado el tiempo cada subgrupo mostrará al resto su obra.



*El debate se puede iniciar con las siguientes preguntas:*

- *¿Les ha resultado fácil o difícil realizar el collage con los materiales que tenían?*
- *¿Ha sido fácil o difícil coordinarse para realizar el collage?  
¿Cómo lo han hecho: reparto de funciones, liderazgos...?*
- *¿En algún momento se les ha ocurrido compartir o intercambiar los materiales con los otros equipos?  
¿Por qué?*
- *¿Cómo aterrizarían esta dinámica en su trabajo cotidiano?  
¿Existen actitudes de competencia y falta de cooperación en su trabajo?  
¿Qué opinan al respecto?*

## Los estados de salud de mujeres y hombres

Si se recuerda la definición de salud propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS): "estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedades", se puede evidenciar cómo el enfoque de género en salud implica necesariamente identificar y reconocer de qué manera el derecho a la salud es vulnerado y limitado por pertenecer a uno u otro sexo. En este sentido, la misma OMS reconoce que las mujeres presentan en forma desproporcionada mayores problemas de salud previsibles que los hombres, consecuencia de la desigualdad de género, independientemente de la posición social y económica que ocupen.

La revisión de la literatura acerca de las diferencias por sexo en los indicadores de salud muestra que en las sociedades occidentales y occidentalizadas, donde las desigualdades de género en el acceso a recursos no son muy pronunciadas, y donde predominan las enfermedades crónicas y degenerativas como causas de mortalidad, las mujeres enferman más que los hombres, pero los hombres mueren antes que las mujeres. En el caso de México, si bien las mujeres tienen una esperanza de vida al nacimiento mayor que los hombres, de 77.9 y 73.4 respectivamente, esta mayor esperanza de vida al nacimiento no se traduce en vivir mejor o tener mejores condiciones de salud, ya que ellas experimentan mayor morbilidad en casi todas las etapas de vida debido al menor acceso a cuidados y a la utilización y pago de servicios.

Los diferentes estados de salud muestran las consecuencias de la desigualdad para las mujeres y, a la vez, también sirven para observar los costos que tienen que pagar los hombres por la socialización masculina. Tradicionalmente se han atribuido las diferencias en los patrones de morbilidad y mortalidad exclusivamente a la distinta biología y fisiología de mujeres y hombres y, aunque existen enfermedades directamente relacionadas con cada sexo (como por ejemplo las que están relacionadas con los aparatos reproductivos femenino y masculino), muchos de los trastornos tienen una vinculación directa con los roles de género que desempeñan a lo largo de sus vidas.<sup>35</sup>

### Infancia

La mortalidad de los niños es superior a la de las niñas (por diferencias cromosómicas y por la maduración pulmonar que es más lenta en los niños). Esta diferenciación debida a causa biológica, es revertida por razones de género en sociedades de alta inequidad, y así la preferencia por los recién nacidos varones lleva al infanticidio femenino. Posteriormente, las causas de morbilidad y mortalidad infantil no muestran grandes variaciones por sexo, y están asociadas en gran medida a condiciones socio-económicas, pues son afecciones principalmente relacionadas con el aparato respiratorio y el digestivo, vinculadas a situaciones de pobreza.



## Adolescencia

Las muertes masculinas provocadas por accidentes de tráfico y por hechos violentos (entre las primeras causa de muerte entre los jóvenes) están relacionadas con modelos de masculinidad cuyos valores centrales son el control, la competencia, la agresividad, el desafío, el consumo excesivo de alcohol. Se ha comprobado que una de las principales creencias que está detrás de la conducta de los jóvenes a exponerse a accidentes es la idea –no muy consciente– de que si se toman riesgos relacionados con el cuerpo los hace más viriles.

En las adolescentes prevalecen los desórdenes alimentarios (bulimia y anorexia) y el inicio de complicaciones del embarazo, parto, puerperio y aborto, situaciones todas derivadas de los valores centrales de lo femenino identificados con la belleza física y la maternidad.

## Edad adulta

En la edad adulta prevalecen los accidentes como una de las tres primeras causas de muerte entre los hombres, junto con padecimientos del hígado muy relacionados con el alcoholismo, además de enfermedades del corazón; cabe resaltar que tanto los homicidios, como el VIH/SIDA y los suicidios se presentan como causas de mortalidad principalmente de hombres. Entre tanto, en las mujeres las principales causas de muerte se dan por enfermedades crónico-degenerativas y relacionadas con el sistema circulatorio, sin detección oportuna, muchas veces derivadas de las condiciones de violencia y subordinación de género.

Otros ejemplos de la vinculación que tienen los roles de género con el proceso salud-enfermedad-atención, los encontramos en<sup>35</sup>:

### *Anticoncepción y reproducción*

En muchas culturas, incluida la nuestra, la falta de poder de las mujeres para decidir sobre cuándo y cómo tener relaciones sexuales, usar anticonceptivos o incluso para ir al médico, suele tener consecuencias graves sobre su salud sexual y reproductiva. Asimismo, destaca el alto porcentaje de uso de la operación de ligadura de trompas, en comparación con el bajo uso de la vasectomía sin bisturí, a pesar de estar disponible en una buena parte de los centros de salud del país y de ser ésta menos costosa y peligrosa para la salud. Igualmente destaca el bajo porcentaje de uso de preservativos, en comparación con el uso del dispositivo intrauterino (DIU) o las pastillas.

### *Aborto*

La tercera causa de muerte materna es atribuible al aborto producido en condiciones de inseguridad; y aunque se han intensificado los servicios de atención pos-aborto no se ha resuelto el problema subyacente de los embarazos no deseados. El acceso a los programas de planificación familiar no es suficiente para resolverlo; es importante modificar los roles de género que permiten que las mujeres accedan a relaciones sexuales no deseadas e inseguras y que los hombres no asuman la responsabilidad de sus demandas sexuales.

### *Cáncer*

El cáncer cervicouterino (cacu) es la neoplasia que más muertes produce en las mujeres mexicanas, y está entre las diez principales causas de fallecimiento, seguido del cáncer de mama. La probabilidad de morir en zonas rurales por cacu es 30% mayor que en las zonas urbanas. Casi un tercio de las defunciones por tumores malignos que afectan a las mujeres son del cuello del útero y el cáncer de mama. En los hombres se registra un número importante de enfermedades de las vías respiratorias, relacionadas en buena parte con el tabaquismo; entre ellas el cáncer ocupa el primer lugar, seguido del cáncer de próstata, el cual ocupa un porcentaje cercano al del cacu. La no detección oportuna de estos cánceres tiene una clara relación con los roles de género; en el caso de las mujeres se relaciona con su papel de priorizar el cuidado de los otros y olvidarse de sí mismas y, en el caso de los hombres, con el demostrar fuerza y aguantar el dolor, ambos símbolos de la masculinidad.

### *Salud mental*

Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por el uso de sustancias lo son más para los hombres. Entre los hombres adultos la dependencia al alcohol es el problema más común, en tanto que entre las mujeres adultas es la depresión. El 12.4% de los hombres son consumidores frecuentes de alcohol, comparados con 0.7% de las mujeres. Sin embargo, se espera que las mujeres beban menos o no lo hagan, y cuando desarrollan problemas de alcoholismo sufren un fuerte rechazo y estigma social, lo que provoca que escondan su adicción y que se haga más difícil su detección y tratamiento oportuno.

### *Violencia*

La mayoría de los casos de violencia de pareja, como se vio en el módulo anterior, señala a los hombres como los agresores, por lo que ellos también sufren consecuencias legales y emocionales. A esto hay que unir el hecho de que la violencia es una de las tres principales causas de muerte entre hombres adultos. Es más frecuente que la violencia producida en la calle la sufran los hombres, mientras que en los espacios privados la padezcan las mujeres. Entre los intentos de suicidio 59.7% son de mujeres y el 40.3% de hombres. El 80% de los hombres que lo intentan, logran el suicidio, mientras en las mujeres el logro es de 18%. Una hipótesis al respecto sería que las mujeres estarían buscando una manera de llamar la atención; mientras que los hombres buscan poner fin a un estado de crisis emocional no susceptible de ser expresado de otra forma.



### *Enfermedades transmisibles*

La influencia del género también queda de manifiesto en las enfermedades transmisibles. Por ejemplo, en el caso de la tuberculosis impide a la mujer llevar a cabo sus tareas y responsabilidades asignadas por el sistema de género y favorece el riesgo de abandono de su pareja masculina a favor de otra compañía femenina más sana, lo cual produce un efecto destructor adicional a su estado de salud. Lo mismo ocurre con las mujeres que viven con el VIH/SIDA, con cáncer de mama y con trastornos mentales.

En síntesis, el enfoque de género en la salud intenta explicar cómo intervienen las condiciones y relaciones de género en el proceso de determinación de la salud-enfermedad- atención y no sólo limitarse a conocer los indicadores de enfermedades que afecten principal o exclusivamente a un sexo.\* Por otro lado, este enfoque promueve la equidad de género en políticas y prácticas de salud, así como la participación activa de las mujeres en la toma de decisiones que atañen directamente a su cuerpo y a su salud.<sup>36, 37, \*\*</sup>

Finalmente, es importante resaltar que la perspectiva de género también es determinante para lograr servicios médicos de alta calidad, ya que los roles y actitudes de las y los prestadores de servicios influyen en la manera como se perciben a sí mismos y se relacionan con la gente usuaria de los servicios de salud.

---

\* Hay que señalar que los diferenciales que imprime el género a las condiciones de salud de las mujeres en comparación con los hombres, están poco documentados en nuestro país, ya que muy pocos proyectos de investigación incorporan esta perspectiva como parte de su análisis.

\*\* En el campo de la salud, hasta hace poco las mujeres eran vistas sólo en su dimensión reproductiva vinculada ésta a la planificación familiar. En parte el origen de este énfasis era la preocupación por frenar el crecimiento de la población de los países pobres. Es hasta la Conferencia de Población de El Cairo, 1994, cuando se incorpora un concepto más amplio de salud reproductiva, el cual incluye otros aspectos esenciales para las mujeres, es decir, que las acciones de salud no estén limitadas a la planificación familiar, sino contemplar a las mujeres a lo largo de su ciclo de vida y contemplar dentro de la dimensión reproductiva, otros tres puntos básicos: la maternidad sin riesgo y del aborto practicado en condiciones de riesgo; el aumento de la participación y responsabilidad masculina y, por último, la prevención de las Infecciones de transmisión sexual y el combate contra el VIH/SIDA.



## Actividad 2. Cuerpo de mujer, cuerpo de hombre

Tiempo aproximado:  
55 minutos



**Objetivo.** Explorar la relación entre los atributos de género y los malestares de mujeres y hombres.



**Contenidos.** Las diferencias de género en la salud de mujeres y hombres.



**Materiales.** Papelógrafos, masking, plumones y postits de colores.



**Desarrollo.**



Se forman cuatro grupos por sexo, idealmente dos de hombres y dos de mujeres, de aproximadamente 5 o 6 personas c/u. Se le entrega a cada grupo tres hojas de rotafolio, plumones y masking y se les indica que en forma horizontal las coloquen en el suelo y las peguen para hacer una gran hoja. En esta hoja los dos grupos de mujeres dibujarán la silueta de una mujer y los dos grupos de hombres, la silueta de un hombre. Se les sugiere usar de modelo a una de las personas del grupo.



Acto seguido, se entregan tres postits) del mismo color a cada participante y según sea grupo de hombres o grupo de mujeres, se les pide que de manera individual escriban en cada tarjeta un atributo o característica que debe tener un "verdadero hombre" o una "verdadera mujer", para ser valorado como tal, en la región geográfica donde se encuentran o trabajan. Cada participante leerá sus tarjetas frente a su grupo y las pegará en el lugar del cuerpo dibujado donde crea que se sitúe ese atributo o característica.



A continuación se distribuyen nuevamente tres tarjetas de otro color por persona; esta vez se les pedirá que escriban en cada una de ellas un malestar, dolencia o enfermedad que las mujeres o los hombres, según sea el grupo, padecen más comúnmente en la región. Se indica que cada participante lea nuevamente sus tarjetas frente a su grupo y las pegue en el lugar del cuerpo dibujado en donde crea que se sitúa ese malestar, dolencia o enfermedad.



Finalmente una relatora o relator de cada grupo expondrá el trabajo que han realizado en plenaria y se inicia el debate preguntando: ¿De qué se dan cuenta al ver a estas mujeres y hombres? (refiriéndose a los dibujos).



*Orientar la reflexión hacia la relación entre los valores y características que socialmente se asignan a mujeres y hombres, y las dolencias que más comúnmente padecen ambos.*



*Para motivar la reflexión, se puede preguntar: ¿De qué manera se vinculan ambos? ¿Por ejemplo, los atributos de virilidad masculina o sumisión femenina y las ITS o el VIH-SIDA?*

## Actividad 3. Análisis de casos

Tiempo aproximado:  
60 minutos



**Objetivo.** Analizar cómo ciertos padecimientos en mujeres y hombres están condicionados a las inequidades de género.



**Contenidos.** La dimensión de género en los padecimientos de hombres y mujeres. Las inequidades de género en la salud.



**Materiales.** Copias de los casos a analizar (ver anexo), papelógrafos y plumones, masking.



**Desarrollo.**



Se forman cuatro grupos y a cada uno se le entrega una hoja con un ejemplo de padecimiento en mujeres o en hombres (ver anexo) y la siguiente guía de trabajo:

### Guía de análisis en grupo

1. ¿Cuáles son los factores biológicos que hacen más vulnerables a mujeres y a hombres en esa enfermedad o problemática?
2. ¿Cuáles son los factores sociales y de género que hace más vulnerables a mujeres y a hombres en esa enfermedad o problemática?



Cada grupo tiene que reflexionar sobre su caso y escribir en un papelógrafo las conclusiones a las que han llegado, con el fin de exponerlas en plenaria.



Una vez que todos los grupos hayan presentado sus conclusiones, se abre un espacio para comentarios. Se termina enfatizando los aspectos más relevantes de los condicionamientos de género para la salud física y mental vistos en los casos.



*Evitar las intervenciones muy técnicas de cada caso, de lo que se trata principalmente es de analizar los condicionamientos de género.*



*Para promover la discusión, se puede preguntar: ¿Qué pasaría si esto le sucediera a las mujeres y no a los hombres (o a la inversa, según sea el caso)?*

## Actividad 4. Exposición teórica

Tiempo aproximado:  
40 minutos



**Objetivo.** Revisar y reflexionar, en función de datos epidemiológicos, algunas diferencias de género en el estado de salud de mujeres y hombres.



**Contenidos.** Los estados de salud de mujeres y de hombres.



**Materiales.** Papelógrafo, proyector de acetatos o cañón.



**Desarrollo.**



A partir del ejercicio anterior se realiza una breve exposición de los diferentes estados de salud de mujeres y hombres, y cómo la categoría género incide en ellos (ver anexos).



*Recordar que en el grupo hay experiencias y conocimientos valiosos que pueden enriquecer la exposición.*



*Se puede hacer participar al grupo con preguntas como: ¿Cuál creen que es la principal causa de muerte entre hombres adultos a escala nacional? o ¿Saben cuál tipo de cáncer es el más mortal en las mujeres? ¿Quiénes creen que se someten más a menudo a operaciones de esterilización: las mujeres o los hombres? ¿Por qué creen que ocurre esto cuando la vasectomía es más sencilla y menos costosa que la ligadura de trompas?*

## Sesión 6 Género y salud en el ciclo de vida

### Actividad 5. El masaje.

(Adaptado del Colectivo AMANI)<sup>8</sup>

Tiempo aproximado:  
15 minutos



**Objetivo.** Utilizar la comunicación sensorial y facilitar la relajación de las y los participantes.



**Materiales.** Espacio amplio y sin sillas.



**Desarrollo.**



Se pide a las y los participantes que formen dos círculos concéntricos con el mismo número de personas en cada uno de ellos y que cierren los ojos mirando hacia el centro. A continuación, se pide a las personas del círculo de fuera que se desplacen hacia la izquierda y que den un masaje a la persona que tienen enfrente, dentro del círculo. El grupo de fuera se vuelve a desplazar y vuelve a dar masaje a la persona que tiene enfrente, se repite este desplazamiento dos o tres veces.



Acto seguido, se comenta que ahora los dos grupos van a mirar hacia fuera y que los miembros del círculo interior son los que van a dar el masaje a los del círculo exterior repitiendo el mismo procedimiento.



*Se puede iniciar el debate preguntando lo siguiente:*

- *¿cómo se han sentido?*
- *¿En algún momento se han sentido incómodas o incómodos?*
- *¿Por qué?*
- *¿Creen que la comunicación no verbal ayuda a generar un clima de confianza?*



La actividad finaliza reflexionando sobre la importancia de la comunicación no verbal y de la relajación tanto en nuestro ámbito laboral, como en nuestra vida privada.

## La intersección entre género y otros factores sociales

El género proporciona una serie de condicionamientos sociales y culturales que demarcan los estados de salud de mujeres y hombres. Sin embargo, no se pueden separar de otros condicionamientos socioeconómicos, culturales, educativos y ambientales, como puede ser convivir en un medio de valores tradicionales y rígidos de género, pertenecer a una cierta clase social o grupo étnico, tener acceso a información o educación escolarizada; vivir en un medio ambiente contaminado o no tan contaminado, acceso a recursos como el agua, etcétera.

También hay que considerar las distintas etapas del ciclo de vida. Ser niño o niña, adolescente, adulto o adulta, anciano o anciana determina diferencias cruciales, habilidades sociales, experiencias de vida, desarrollo corporal, etcétera, según sea una mujer o un hombre quien transite por estas etapas, es decir, a las diferencias de género, hay que agregar de manera importante las diferencias de edad y las etapas del ciclo de vida, con los desafíos para la salud que esto representa. Asimismo, hay que agregar las historias familiares de salud, las cuales están marcadas por los condicionamientos culturales e históricos que cada generación ha vivido y por algunos condicionamientos hereditarios, que pueden predisponer a ciertos padecimientos como la diabetes, el cáncer, várices, sobrepeso, etcétera.

En síntesis, si bien el eje de análisis puede estar centrado en influencia del género en el estado de salud, no puede verse aislado de los demás condicionamientos y al analizar una realidad concreta habrá que considerar los aspectos de género dentro de un entramado de articulaciones sociales con pesos específicos, dependiendo de cada contexto, ya que no está en igualdad de condiciones una joven de zona urbana de clase media que una joven de zona rural indígena pobre; aunque ambas compartan su condición de ser mujer y de ser joven. Asimismo, los hombres jóvenes urbanos, por ejemplo, al parecer son más sensibles para identificar discriminaciones de las que son objeto por razones de clase, que las que suceden en la sociedad por razones de género. Analizar algunos aspectos de este entramado puede ayudar a ver la complejidad de la realidad y a ofrecer alternativas viables para mejorar el estado de salud de mujeres y hombres.

## Actividad 6. La salud en las etapas de la vida

Tiempo aproximado:  
90 minutos



**Objetivo.** Reflexionar sobre los estados de salud en cada etapa de la vida y su intersección con el género y otros condicionantes sociales, económicos, educativos y ambientales.



**Contenidos.** La salud en las distintas etapas de la vida. Factores sociales que determinan un buen o mal estado de salud.



**Materiales.** Papelógrafos, plumones y masking.



**Desarrollo.**



Se forman cuatro grupos y a cada uno se le asignan dos personajes:

1. Una niña de cuatro años de edad de una zona rica de la ciudad.
2. Una niña de 13 años de edad en una comunidad indígena.
3. Una mujer de 40 años de edad que vive en el campo.
4. Una mujer de 60 años de edad de la ciudad.
5. Un niño de 5 años de edad de una zona indígena.
6. Un joven de 15 años de edad de la ciudad.
7. Un hombre adulto de 35 años de edad de la ciudad.
8. Un hombre de 65 años de edad que vive en el campo.



A continuación se solicita que cada grupo imagine a este personaje y comente cuáles son los condicionamientos culturales, económicos, educativos y ambientales a que está expuesto. Para facilitarles la actividad se escribirán en un rotafolio los siguientes datos para orientarlos:

1. **Factores culturales:** creencias religiosas, valores, cosmovisión, mitos, rituales, medicina tradicional.
2. **Factores económicos:** acceso y control de los recursos, infraestructura básica (agua, luz, drenaje, caminos), trabajo remunerado, trabajo doméstico.

**3. Factores educativos:** acceso a información, escolaridad, medios de comunicación.

**4. Factores ambientales:** manejo de los recursos naturales, contaminación.



Posteriormente, se les pide que respondan a las siguientes preguntas:

- ¿Cuáles son los principales riesgos que estos factores implican para la salud del personaje?
- ¿Cuál puede ser su probable historia clínica y de salud?
- ¿Con qué recursos creen que cuenta para la prevención y atención de las enfermedades?



Se escribirán los datos referentes a cada personaje en un papelógrafo y un o una representante de cada grupo expondrá al resto de participantes las conclusiones a las que han llegado.



Si es necesario, cada grupo especificará otras características de los personajes, como región, origen étnico, etcétera. Es importante recordar que están creando un personaje ficticio con ciertos parámetros de la realidad nacional y regional.



En el caso de que surjan dudas, se puede hacer preguntas que ayuden a profundizar en el análisis, como:

- 1. Factores culturales:** ¿De qué manera influyen los mitos de la sexualidad masculina?
- 2. Factores económicos:** ¿Cómo influye el trabajo doméstico cuando los dos miembros de la pareja trabajan fuera del hogar?
- 3. Factores educativos:** ¿Cómo influyen los modelos de género que los medios de comunicación transmiten?
- 4. Factores ambientales:** ¿De qué manera influye la mala calidad del aire por contaminación de gases y partículas, de coches y fábricas?



Se finalizará con la reflexión acerca de que durante las distintas etapas de su ciclo de vida, tanto mujeres como hombres están expuestos a diversos condicionamientos socioeconómicos, educativos y ambientales que afectan su desarrollo y su estado de salud. Ser niño o niña, adolescente, adulto o adulta, anciano o anciana determina diferencias cruciales según sea una mujer o un hombre quien transite por estas etapas. Es decir, a las diferencias de género hay que agregar de manera importante las diferencias de edad y los factores sociales, económicos, ambientales que determinan nuestros estados de salud.

## El género en el cuidado de la salud

A pesar de que desde la década de los 70 del siglo pasado se han implementado políticas y programas para vincular el crecimiento demográfico con los desafíos económicos del país, estos programas han resultado insuficientes, y a veces hasta ineficientes, para lograr condiciones de



equidad y universalidad de los servicios de salud. Como consecuencia de estos cambios demográficos el país observa una precarización del trabajo remunerado, cambios en la composición y tamaño de los hogares, cambios epidemiológicos como el mayor número de población joven (bono demográfico), que se cruza con el envejecimiento poblacional y el consecuente recambio de enfermedades crónicas-degenerativas por las infecciosas; se agrega, además, una transición de factores de riesgo (tabaquismo, hipertensión arterial y obesidad) y el surgimiento de nuevos padecimientos y grupos vulnerables, ligado esto, a su vez, a las conductas de riesgo. Todos los cambios mencionados, unidos a la cada vez menos inversión en el sistema sanitario público han acentuado, y se prevé que acentuarán aún más, la carga de cuidado a la salud en el hogar.

Aunque las condiciones de vida de las mujeres mexicanas han mejorado en cuanto a los niveles generales de escolaridad, a la incorporación al trabajo remunerado y a la reducción de su fecundidad, dichos cambios no han modificado que el cuidado de la salud de la familia siga recayendo mayoritariamente en ellas con las consecuencias que esto conlleva para su desarrollo y su propio estado de salud. Entre estas consecuencias cabe destacar el hecho de que el cuidado de la salud de la familia compite en muchos casos con su participación en el mercado laboral, al no poder compaginar ambas cosas las mujeres priorizan el cuidado de la persona enferma; reduce también su disponibilidad y uso de tiempo para sí mismas y para otras actividades; incrementa sus gastos y, por tanto, disminuye la disponibilidad de recursos netos; y finalmente repercute en la calidad de vida, salud y sobrevivencia de las cuidadoras, al aumentar su nivel de estrés y su jornada laboral.

Por otro lado, es necesario señalar que este papel de cuidadoras de la salud de la familia adjudicado a las mujeres es reforzado desde las instituciones de salud cuyo personal acepta y refuerza la asignación de estas tareas a las mujeres. Así, por ejemplo, se dirigen a ellas para darles las indicaciones de cuidado de la persona enferma o para la realización de campañas de salud comunitaria. También recae en ellas la responsabilidad de mejoría en el estado de salud de la persona enferma.

En el caso de los hombres, como a ellos no se les considera responsables de este trabajo, el personal sanitario les da las explicaciones sobre la situación de salud de las personas enfermas y les convoca para que identifiquen y establezcan cuales son las necesidades de salud comunitaria de atención prioritaria. Este trato diferenciado a mujeres y hombres denota una jerarquía y subordinación en el cuidado de la salud con base en el género.

Para paliar esta situación de discriminación hacia las mujeres, que tiene una clara incidencia en su desarrollo y en su estado de salud, es necesario que el Estado asuma su responsabilidad en la procuración de cuidados a las personas enfermas mediante la asignación de recursos humanos y económicos en apoyo a las posibilidades reales de cuidado familiar. Asimismo, es necesario valorizar el trabajo que realizan las cuidadoras, promover, desde los servicios de salud, la co-responsabilidad de todas las personas integrantes del hogar en el cuidado de la salud propia y de las o los demás y diseñar alternativas flexibles que no se sostengan en el supuesto de la disponibilidad de tiempo y capacidad de trabajo sin límite y sin "costos" de las mujeres, sino que consideren los cambios sociodemográficos y económicos que influyen en su disponibilidad de horas/cuidado y en su propio desarrollo.

## Actividad 7. El género y el cuidado de la salud

(Adaptado de UNIFEM, 2000)<sup>38</sup>

Tiempo aproximado:  
45 minutos



**Objetivo.** Reflexionar sobre cómo, en la mayoría de los casos, aunque es responsabilidad de todos sus miembros, la prevención y el cuidado de la salud de la familia recae en las mujeres.



**Contenidos.** El papel de las mujeres como cuidadoras de salud.



**Desarrollo.**



Se solicitan cinco personas voluntarias y se les pide que salgan fuera del aula. La persona que facilita les explicará que van a realizar un sociodrama de un desayuno familiar en dos momentos diferentes y les da las instrucciones que aparecen en el anexo. Tendrán 15 minutos para prepararlo. A continuación explica al resto del grupo que queda en el aula que habrán dos representaciones y tienen que ir apuntando las actividades que desarrolla cada miembro de la familia en las dos representaciones.



Se realiza el primer sociodrama. Una vez finalizada la representación, la persona que facilita comenta que han pasado seis meses y acto seguido se realiza el segundo sociodrama.



Para el debate se formularán las siguientes preguntas al grupo:

- ¿Qué actividades realiza cada miembro de la familia en el primer sociodrama?, ¿y en el segundo?
- ¿Sobre quién o quiénes recae mayoritariamente el cuidado de la persona enferma?
- ¿Creen que es responsabilidad de esta o estas personas o de toda la familia? ¿Por qué?
- ¿Qué creen que supone para la vida personal de esta o estas personas, para su desarrollo, el tener que cuidar a la persona enferma? ¿Creen que es un trabajo reconocido socialmente? ¿Y remunerado económicamente? ¿Creen que tiene consecuencias sobre su salud física y psicológica? ¿Cuáles?



La persona que facilita concluirá con una exposición teórica sobre el papel de las mujeres en el cuidado de la salud de la familia y las consecuencias que ello conlleva para su desarrollo y para su salud (ver anexos).

## Actividad 8. El cuestionario

Tiempo aproximado:  
10 minutos



**Objetivo.** Evaluar brevemente la sesión.



**Materiales.** Hojas blancas.



**Desarrollo.**



Se pide a las y los participantes que, de manera anónima, respondan a las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo te has sentido en la sesión de hoy? ¿Por qué?
2. ¿Qué te parece la metodología que se ha utilizado? ¿Por qué?
3. ¿Qué es lo que más te ha gustado? ¿Y lo que menos?
4. ¿Qué cambiarías, añadirías o modificarías de los tres módulos que se han trabajado?



Se recogen los cuestionarios para luego revisarlos, se dan las gracias y se cierra la jornada recordando la fecha, lugar y horario de la siguiente sesión, entregando las copias de la bibliografía correspondiente a este módulo.



**Bibliografía recomendada.**

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Género y Salud: una introducción para tomadores de decisiones. México, D.F.: Secretaría de Salud; 2005.

Hartigan P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. OPS – Harvard; 2001.



**Anexos**

## Caso 1

**El virus del papiloma humano (VPH)<sup>39</sup>**

Varios tipos de este virus son considerados causas de cáncer de cuello uterino, el primer tumor humano importante en el que se ha demostrado una inducción vírica. El cáncer de cuello uterino es uno de los cánceres más frecuentes en las mujeres de los países en desarrollo y produce 300 000 muertes anuales en todo el mundo. Anualmente se identifican alrededor de medio millón de casos nuevos y se calcula que cerca de dos millones de mujeres viven hoy con un cáncer cervical infiltrante<sup>40</sup>.

Las mujeres con mayor riesgo son las más pobres y las que tienen partos múltiples, inician la actividad sexual a edades tempranas y tienen múltiples compañeros sexuales o parejas masculinas que mantienen relaciones sexuales múltiples\*. Un estudio efectuado en Tailandia indicó que las mujeres cuyos maridos se iniciaron en la relación sexual durante la adolescencia con trabajadoras sexuales y sin usar preservativos tienen un riesgo de cáncer cervical dos veces mayor que las mujeres de los que nunca recurrieron a este tipo de servicios <sup>41</sup>.

La simple biología no explica ni la incidencia del VIH en las mujeres ni la persistencia de la morbilidad y mortalidad asociadas a la infección por el VPH en la mujer. Una perspectiva de género permite comprender mejor los mayores riesgos y experiencia de la enfermedad en esta población. Los factores de género que exacerban el riesgo de esta Infección de Transmisión Sexual (ITS), y de las ITS en general, son la tolerancia con la que la sociedad acepta que los hombres tengan varias parejas sexuales, la asignación social de un valor mayor a lo masculino y el apoyo social a la pasividad y abnegación femeninas.

Otros factores también relacionados con el género son la ausencia de una comunicación franca entre la pareja, de modo que muchas mujeres consideran imposible preguntar a sus compañeros acerca de sus hábitos sexuales, carecen de la seguridad en sí mismas necesaria para imponer el uso del preservativo, el rechazo del condón por el hombre el hacer caso omiso a algún síntoma de una ITS, la fantasía de que "a mí no me va a pasar nada" y las prohibiciones al acceso a la educación sexual y a los anticonceptivos incluyendo los preservativos <sup>42</sup>. En este sentido, se ha demostrado que el condón tiene menos eficacia para proteger contra el VPH en las zonas no cubiertas por el mismo.

En cuanto a las otras ITS, es posible que una mujer que sospeche que padece de alguna de ellas no acuda al médico a causa del estigma social asociado. En muchas sociedades este estigma no se extiende al hombre, quien considera la ITS un signo de capacidad sexual y masculinidad<sup>43</sup>. En cualquier caso las ideas y estigmas alrededor de este tema provoca que tanto mujeres y hombres se alejen de tomar medidas preventivas oportunas.

---

\* Sólo esta libre de riesgo de VPH aquellas personas que no han tenido vida sexual activa. Aproximadamente el 80% de la población general ha tenido contacto con el virus.

## Caso 2

## Hombres y cáncer de próstata\*

### Cáncer de próstata

"El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por tumores malignos en hombres en México."

¿Afecta a todos los hombres? ¿Puede prevenirse? ¿Es curable?

El cáncer de próstata es una enfermedad curable del hombre adulto, siempre y cuando se descubra a tiempo. Puede aparecer después de los 40 años de edad, pero es más **frecuente después de los 50**. Suele pasar desapercibido y dar molestias cuando ya se ha extendido. A veces la primera manifestación es la presencia de sangre en la orina. La mejor forma de descubrir a tiempo el cáncer de próstata es acudir a una consulta de revisión con el especialista de vías urinarias, es decir, el **urólogo**. Durante esta visita se hace una serie de preguntas relacionadas con la forma de orinar de cada persona y se investiga si ha habido algún pariente que sufra o haya fallecido por causa del cáncer de próstata. Enseguida se realiza una revisión general del organismo para pasar después a un examen de la próstata, que consiste en un tacto rectal, el cual no es molesto si la persona coopera.

### Pruebas de laboratorio

Además de la revisión física, se piden exámenes de laboratorio siendo el más importante la determinación en sangre del antígeno prostático específico. Esta sustancia se encuentra en la próstata y aumenta cuando se ha hecho una revisión reciente de próstata o existe un cáncer. El tacto rectal junto con el antígeno nos ayudan a definir la situación del consultante. Es importante resaltar que sólo **es curable el cáncer que inicia**, por eso se recomienda que las personas mayores de 50 años de edad acudan a consulta de revisión. Si existe en la familia un pariente que haya sufrido cáncer de próstata, entonces es conveniente que la revisión se haga desde los 40 años.

### ¡La hombría en peligro!

Uno de los temores que atacan muy a menudo a los hombres es la idea errónea de que al ser sometidos al tacto rectal van a perder su hombría. Esta creencia supone que el hombre es básicamente heterosexual y que sexualmente le corresponde "penetrar". Por esta razón, para el hombre la exploración rectal representa simbólicamente "ser penetrado", lo que repercute en un atentado a la identidad masculina estricta. Obviamente, es **FALSO**, ya que la hombría se lleva en la mente de cada cual, en la actitud diaria y desde que se viene al mundo, y no en el recto. La **hombría radica en la actitud de hacerse responsable de sí mismo**.

\* Dr. Rafael F. Velázquez Macías. Especialista en vías urinarias y sexualidad. Cáncer de próstata (s/f).

### Caso 3

## Consumo de drogas<sup>44</sup>

Cuando se compara por sexo, la prevalencia de consumo de drogas ilícitas "alguna vez en la vida" es de 11.09% para los hombres, mientras que para las mujeres es de 0.87%. Una mujer por cada 13 hombres es consumidora de drogas ilícitas. En lo que se refiere al consumo de alcohol, las tendencias del problema indican cambios en el consumo que subrayan una disminución importante de la tasa de abstención en la población femenina, entre quienes se redujo de 63.5% en 1988 a 55.3% en 1998; entre los varones los índices disminuyeron poco en este mismo período, de 27% a 23%.

En el campo del consumo de drogas y alcohol generalmente se tiende a rechazar y crear mayor culpa en la mujer que en el hombre. La mujer con problemas de adicciones presenta un reto a los estereotipos culturales y sociales definidos como expectativas de lo que deben ser una mujer y un hombre "normales".

Está bien documentado que es más vulnerable la salud de la mujer que la del hombre frente al consumo de sustancias. Por ejemplo, la estructura del organismo femenino hace que la intoxicación por alcohol se presente con mayor facilidad; las mujeres parecen tener una mayor disposición a la cirrosis hepática por el consumo crónico y, sobre todo, afecta sensiblemente su salud reproductiva.

Los aspectos que se han señalado en el caso de las mujeres para iniciarse en el consumo de drogas, incluyendo el consumo de alcohol, son la doble jornada, el estrés producido por las fuertes demandas sociales, la competencia, el consumismo y las formas de socialización en las que están involucrados el alcohol y el tabaco.

En la población en general las mujeres son dos veces más propensas a sufrir depresión, pero entre los usuarios de alcohol y cocaína los hombres son igualmente tendientes a sufrir ese trastorno.

El abuso sexual en la infancia está íntimamente relacionado con el abuso de drogas en la mujer. Aproximadamente 70% de las mujeres que consumen droga reportan haber sufrido algún tipo de abuso sexual repetido antes de los once años de edad.

El consumo de alcohol está asociado al abuso sexual y especialmente vulnerables son las mujeres alcohólicas sin hogar.

Las adolescentes tienen un riesgo significativamente mayor de desarrollar dependencia al alcohol que las mujeres en cualquier otro grupo de edad.

En el caso de los hombres jóvenes el consumo de alcohol está asociado a accidentes, riñas y a múltiples conductas de permisividad social y de reto, como el envalentonarse. En lo que respecta a la violencia de género no se ha encontrado una relación directa. No obstante, se considera un factor asociado, que puede favorecer condiciones de violencia.

## Caso 4

**Trastornos alimentarios: anorexia y bulimia<sup>45</sup>**

Los trastornos alimentarios se presentan tanto en hombres como en mujeres y, aunque la cantidad de mujeres que los padecen es muy superior a la de hombres, en los últimos años el número de casos de hombres ha aumentado en forma constante. El diagnóstico de los trastornos alimentarios en hombres se enfrenta con ciertos prejuicios sociales que también prevalecen en el personal de salud: algunos médicos suponen que sólo las mujeres los padecen.

Son casi exclusivamente las mujeres quienes padecen anorexia y bulimia. El 90-95% de las personas afectadas son mujeres; de cada 10 personas que presentan anorexia o bulimia, 9 son mujeres. En las mujeres los trastornos alimentarios se presentan particularmente en la pubertad y se asocian con lo que ésta representa para ellas:

- Les resulta particularmente difícil aceptar los cambios físicos y el aumento de grasa porque sus cuerpos se desarrollan de manera contraria a las normas de belleza establecidas socio-culturalmente y que son reproducidas y difundidas por los medios de comunicación.
- Su sentido de identidad y su imagen están más fuertemente influidos por aspectos relacionales: lo que piensan, esperan y dicen los otros influye en gran medida en el sentimiento de sí, y esto se incrementa en la adolescencia.
- El desarrollo de habilidades y logros escolares lo viven con mayor autoexigencia y preocupación.
- El proceso de inicio de independencia, propio de la adolescencia, lo viven de manera más conflictiva; las niñas enfrentan mayores tensiones individuales y diferencias interpersonales con los padres que los varones.
- Los roles sociales y biológicos para los que se las prepara en la adolescencia son más ambivalentes. Sus cuerpos se desarrollan para ejercer una sexualidad adulta y ser madres; pero esta capacidad adquiere en la sociedad urbana actual un valor incierto: está cada vez más difundida la idea de que la maternidad limita sus posibilidades de realización profesional y esto las encierra en el ámbito de lo doméstico.<sup>9</sup> Si la mujer posee una musculatura masculinizada, muestra mayor competitividad y empuje, pero ello actúa en contra y a costa de sus caracteres biológicos femeninos ligados a su identidad sexual y a funciones igualmente exigidas.<sup>10</sup>

La anorexia y la bulimia también están fuertemente vinculadas a un ideal estético de belleza femenina construido socialmente y difundido ampliamente por las expectativas colectivas, los cánones de la moda y los medios de comunicación en los que la obtención de la delgadez se vincula directamente con la idea del éxito y la aceptación del entorno. Así, relaciones sociales conflictivas vinculadas a los roles de la mujer encuentran una expresión simbólica en el cuerpo y su relación con los alimentos.

En el caso de los hombres, la pubertad actúa en el sentido contrario: los acerca al ideal cultural de la masculinidad, tanto en términos biológicos como sociales. Los hombres con trastornos alimentarios suelen expresar preocupación, percepciones de su cuerpo e ideales estéticos en términos considerados como femeninos. Entre los hombres empiezan a difundirse ideales de belleza y de delgadez a través de revistas especializadas, de la promoción de productos como maquillajes y de moda masculina para personas delgadas; estos factores pueden influir en un incremento del índice de trastornos alimentarios entre la población masculina.

En las sociedades urbanas actuales se establece, tanto para mujeres como para hombres, un modelo corporal único: delgado, fuerte, andrógino, joven, uniforme; no es un cuerpo natural sino que se adquiere con dietas, ejercicio, cirugía y el consumo de ciertos productos. En la mujer, esta exigencia es más grande e implica mayores contradicciones que en el hombre: ser eternamente adolescentes y al mismo tiempo madres; físicamente jóvenes pero con la experiencia de la madurez, tener un cuerpo esbelto, hermoso y atractivo sin dejar de ser inteligentes, hábiles y astutas y ser pasionales, pero sin perder el autocontrol, son algunas de las demandas contradictorias que se le hacen a la mujer en las sociedades actuales.

## Sociodrama **Representación 1**

Es el desayuno de una familia donde cada miembro cuenta las actividades que va a realizar durante el día.

Tienen que establecer qué papel va a desempeñar cada quien (madre, padre, abuela, hijas...) y durante la representación este papel tiene que quedar claro. Es importante no sólo narrar las actividades productivas, sino también las de ocio y tiempo libre que realiza cada miembro, sobre todo, las mujeres.

## **Representación 2**

Es el desayuno de la misma familia seis meses después, uno de sus miembros ha sufrido un accidente de tráfico y ha quedado parapléjico.

Tienen que narrar también las actividades que en ese día va a desarrollar cada miembro, incidiendo en que el cuidado de esa persona discapacitada va a recaer fundamentalmente en las mujeres, las cuáles ya no van a tener tiempo para actividades de ocio ni tiempo libre.



## LA SALUD DE LAS MUJERES Y LOS HOMBRES

### La Salud de Mujeres y Hombres

- Los diferentes estados de salud muestran las consecuencias de la desigualdad para las mujeres y los costos que para los hombres supone la socialización masculina.
- Las diferencias e inequidades de género influyen así en las causas de morbilidad y mortalidad, y en los diferentes conceptos de riesgo y expectativas de vida de mujeres y hombres a lo largo de su ciclo de vida.



### **Infancia**

- Mortalidad de niños recién nacidos es superior a niñas recién nacidas por causa biológica.
- Revertida por razones de inequidad de género (desnutrición e infanticidio femenino).

### **Adolescencia**

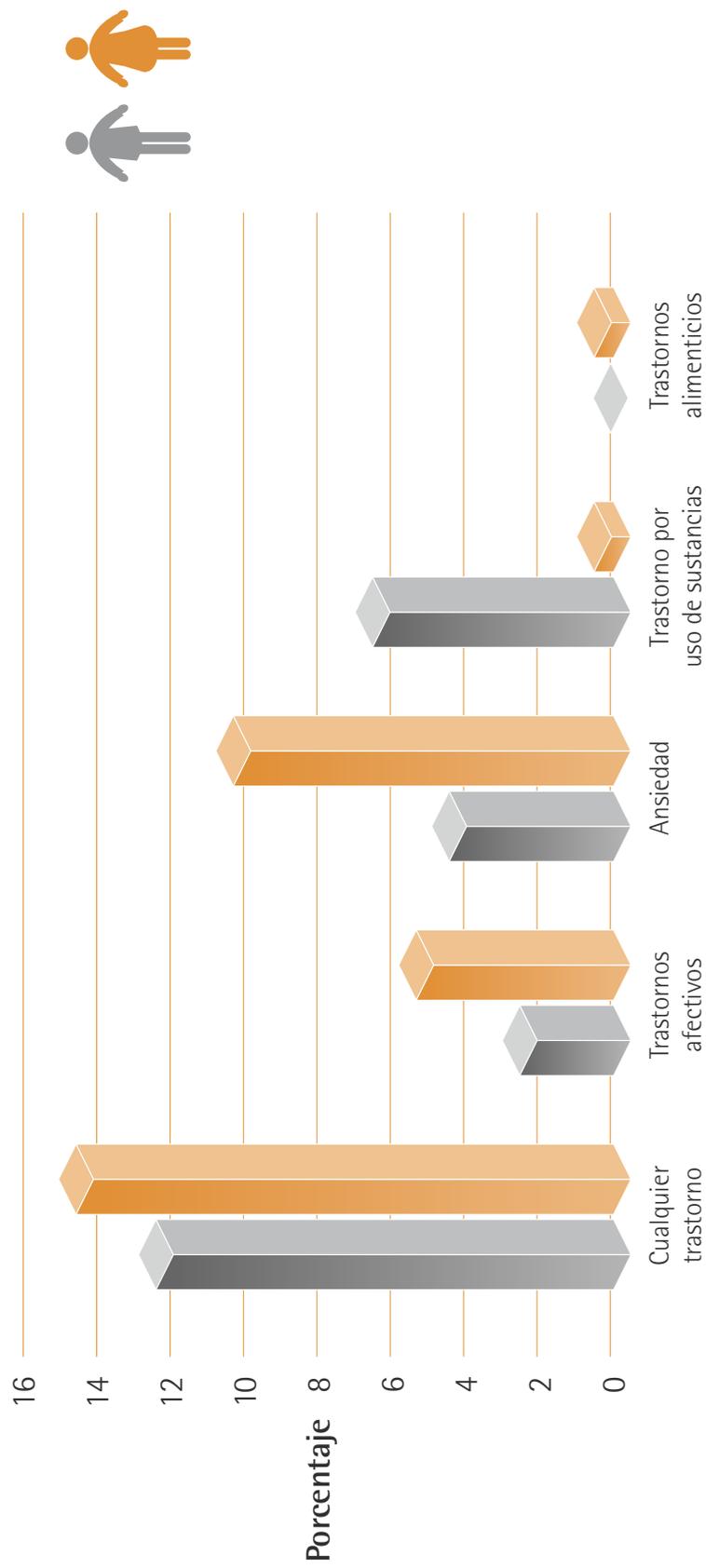
- Muertes masculinas provocadas por accidentes de tráfico y por hechos violentos.
- Adolescentes mujeres: complicaciones reproductivas y desórdenes alimentarios.

### **Edad Adulta**

- Accidentes, cirrosis, violencia y VIH/SIDA, primeras causas de muerte entre hombres.
- Enfermedades crónico-degenerativas y relacionadas con el sistema circulatorio, primeras causas de muerte entre mujeres.



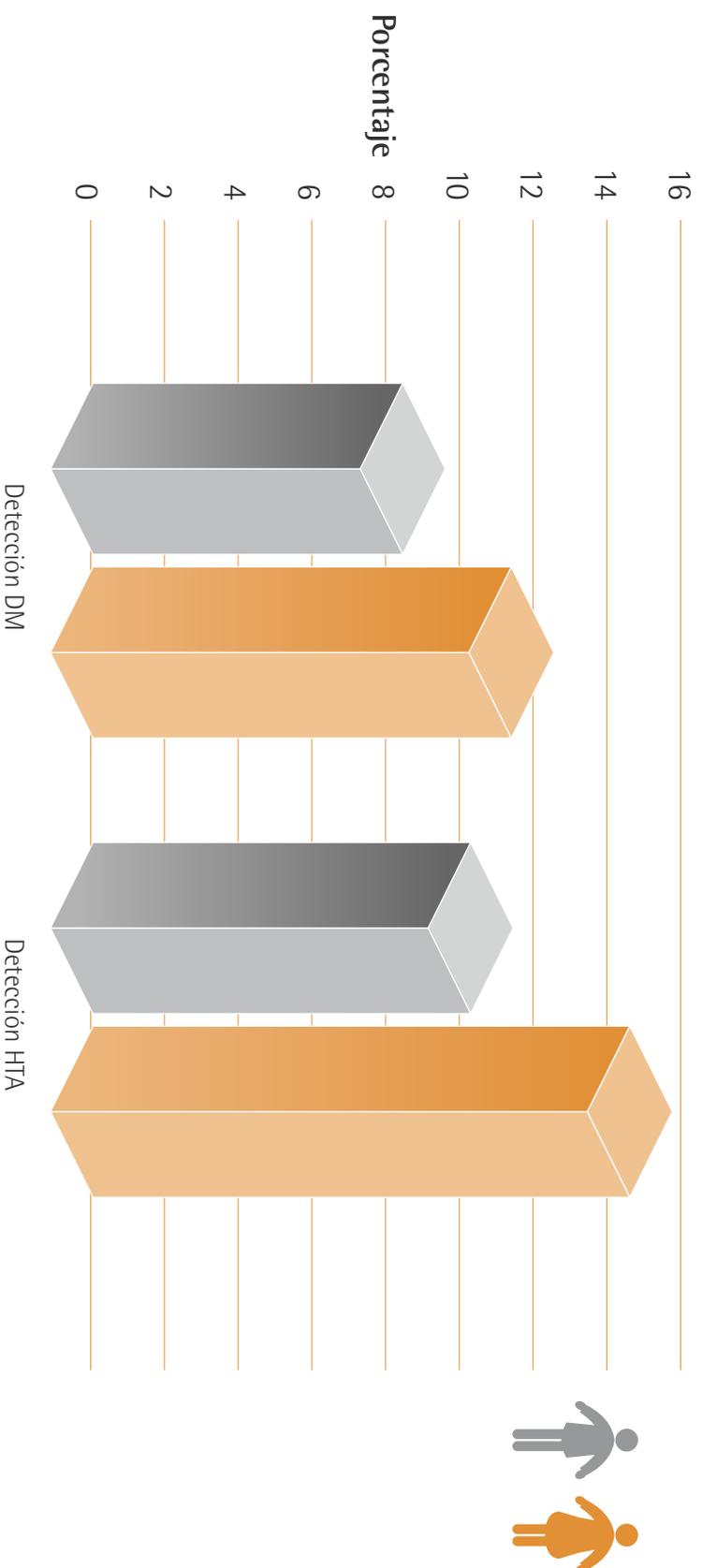
### Prevalencia de Trastornos Mentales en los últimos 12 meses



Fuente: Medina-Mora, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica. Salud Mental Vol. 26, No. 4, Agosto de 2003.

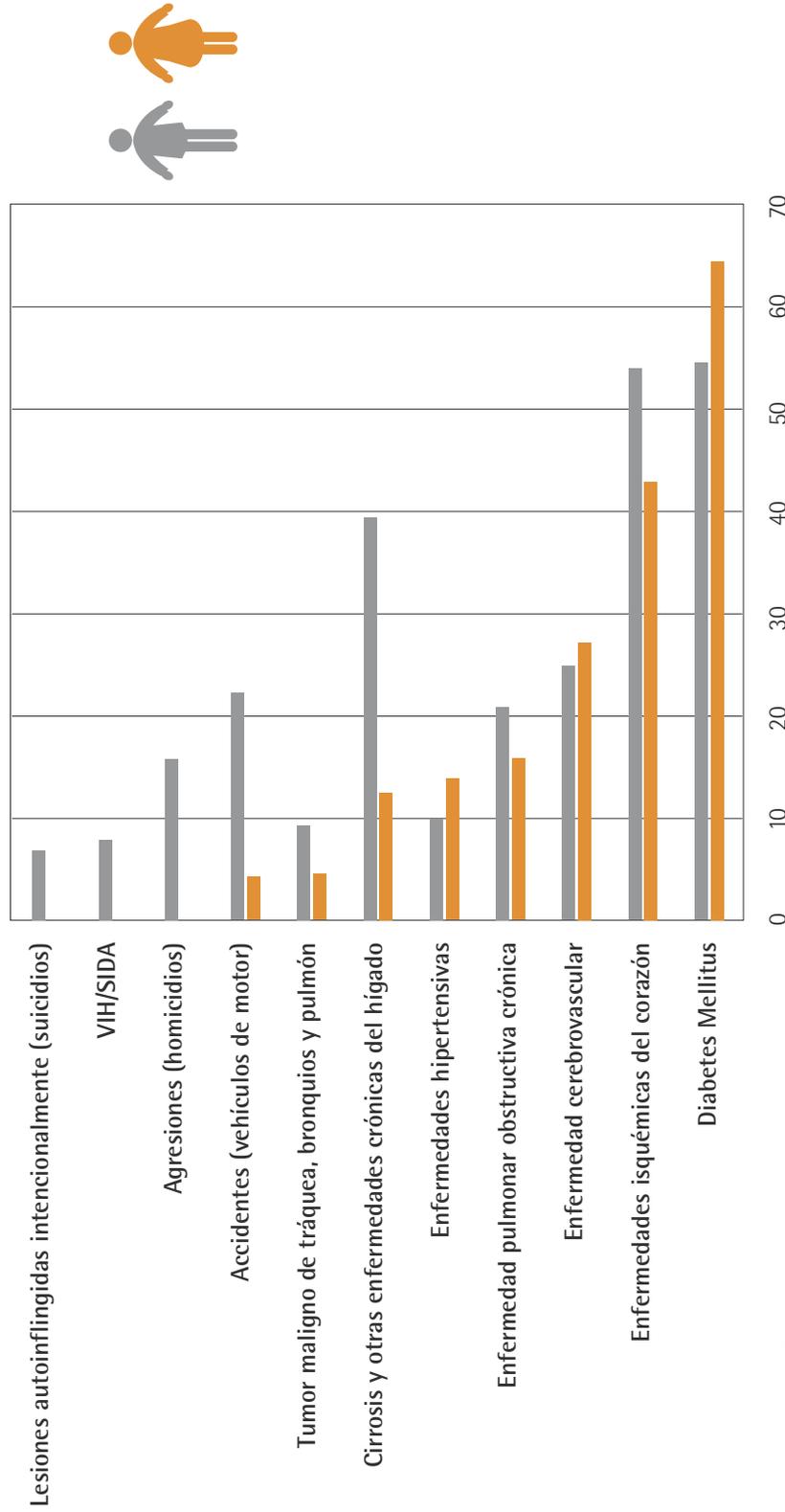


**Población de 20 años y más, según uso de Servicios Preventivos en los últimos 12 meses**



Fuente: Secretaría de Salud-INSP. Encuesta Nacional de Salud 2000.

## Causas Seleccionadas de Mortalidad en Hombres y Mujeres. México, 2004



Tasa por 100 mil.

Fuente: Base de datos defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050.



## El Género y el Cuidado de la Salud

### Tradicionalmente se adjudica a las mujeres el cuidado de la salud...

**Cuidar tiene repercusiones sobre las cuidadoras:**

- Compite con su participación en el mercado laboral.
- Reduce la disponibilidad y uso del tiempo para sí mismas y para otras actividades.
- Incrementa sus gastos y, por tanto, disminuye la disponibilidad de recursos netos.
- Repercute en la calidad de vida, salud y sobrevivencia de las cuidadoras.



### Las instituciones y el personal de salud

- Aceptan y refuerzan la asignación de estas tareas a las mujeres.
- Explicaciones sobre la situación de salud a los hombres.
- Indicaciones sobre los cuidados a la persona enferma, a las mujeres.
- Responsabilidad del estado de salud o la mejoría de la misma, a las mujeres.
- Convocatoria a las tareas de salud comunitaria, a las mujeres.



### **Es, por tanto, necesario:**

- Reconocer la responsabilidad del Estado en la procuración de cuidado de las personas enfermas.
- Reconocer la co-responsabilidad de todas la personas integrantes del hogar en el cuidado de la salud propia y de las/os demás.
- Considerar los cambios sociodemográficos y económicos que influyen en la disponibilidad de horas/cuidado.
- Visibilizar y valorizar el trabajo que realizan las y los cuidadores.

OJO  
AQUÍ VA EL SEPARA  
CON SUAJE  
frente

OJO  
VA EL SEPARADOR  
CON SUAJE  
vuelta

# Cuarto Módulo

## Planeación en Salud con Perspectiva de Género

Tiempo aproximado:  
6 horas



### Propósitos del módulo

- Promover la reflexión en torno a la importancia de incorporar el enfoque intercultural y la perspectiva de género en el diseño, la ejecución y la evaluación de programas y proyectos del ámbito de la salud.
- Facilitar herramientas para la incorporación práctica de la perspectiva de género en los proyectos y programas de salud.

### Cuadro resumen - Cuarto Módulo

| Sesión 7                                |   | Tiempo estimado: 1 hr. 30 min.      |        |  |
|---|---|-------------------------------------|--------|--|
| Tema: El enfoque intercultural en salud |   |                                     |        |  |
| Contenido                               | Objetivo  | Actividad                           | Tiempo | Materiales   |
| 1. Discriminación.                      | Vivenciar cómo todas las personas pueden sufrir discriminación.                                   | El círculo de las discriminaciones. | 25'    | Espacio amplio con sillas.                               |
| 2. El enfoque intercultural.            | Reflexionar sobre la importancia de incorporar un enfoque intercultural dentro de la salud.       | Yo apporto, tú aportas.             | 35'    | Copia de texto. Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva. |
| 3. El enfoque intercultural en salud.   | Examinar las principales características del enfoque intercultural dentro del ámbito de la salud. | Exposición teórica.                 | 30'    | Papelógrafo, proyector de acetatos o cañón.              |

| Sesión 8  |  | Tiempo estimado: 4 hrs. 30 min. |        |   |
|---|--|---------------------------------|--------|---|
| Tema: Herramientas de planeación en género                                      |  |                                 |        |   |
| Contenido   | Objetivo   | Actividad                       | Tiempo | Materiales  |
| 4. Acceso y control.  | Profundizar en el conocimiento y diferencias entre los conceptos acceso y control.   | El acceso y el control.         | 45'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.                  |
| <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>  | <b>Receso</b>                   | 10'    |   |
| 5. Empoderamiento.  | Analizar la estrategia de empoderamiento, como una estrategia básica del enfoque de género en salud.                         | ¿Quién tiene el poder?          | 60'    | Tarjetas, papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.        |
| 6. Distensión y concentración grupal.   | Facilitar un clima de relajación dentro del grupo.   | Jirafas y elefantes.            | 15'    |   |
| 7. Abordajes prácticos y a largo plazo en género y salud. Acciones afirmativas. | Examinar las principales características de los abordajes prácticos, a largo plazo y acciones afirmativas en género y salud. | El caso de Chabela.             | 120'   | Copias del caso. Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva. |
| 8. Evaluación.  | Valorar la sesión de manera breve y dinámica.  | La pelota caliente.             | 20'    | Pelota, tarjetas adhesivas.                               |

## Sesión 7 El enfoque intercultural en salud

### Actividad 1. El círculo de las discriminaciones

Tiempo aproximado:  
25 minutos



**Objetivo.** Reflexionar sobre cómo todas las personas pueden sufrir discriminación.



**Contenidos.** Diversidad y discriminación.



**Materiales.** Espacio amplio y lista de discriminación.



**Desarrollo.**



Se invita a las y a los participantes a formar un círculo y se les explica que se va a leer una lista de posibles motivos de discriminación (ver anexo). Si alguna se identifica con uno de los motivos y siente que ha sido discriminada por él, pasará al centro del círculo. Las personas que pasan al centro del círculo se miran entre sí y quienes quedaron en el círculo grande, luego de unos segundos, regresan a su lugar.



Al terminar la lista se invita a las personas participantes a sugerir otros motivos de discriminación que se les ocurra o que hayan sufrido.



A continuación, se inicia el debate en torno a las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo se sintieron durante la dinámica?
2. ¿Qué recordaron de lo que sentían cuando fueron discriminadas?
3. ¿Cuáles fueron sus reacciones ante esa discriminación?
4. ¿Conocen algún caso de discriminación en el sector salud? ¿Cómo fue?



*Cuidar que las intervenciones estén relacionadas con las experiencias de cada quien y no en generalizaciones o análisis teóricos.*



Finalizar la dinámica recordando brevemente lo visto en el módulo 1 en torno a los estereotipos y cómo éstos conducen, en muchas ocasiones, a la discriminación. También señalar que esta discriminación no solamente se produce hacia personas indígenas o de diferentes etnias, opciones sexuales o religiones sino que, en un momento dado, puede afectar a todas las personas de una u otra manera. Asimismo, son muchos los ámbitos donde se pueden ejercer estas discriminaciones, entre ellos, los servicios de salud.

## El enfoque intercultural en salud

Según el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) discriminación es "toda distinción, exclusión o restricción que, basada en el origen étnico o nacional, sexo, edad, discapacidad, condición social o económica, condiciones de salud, embarazo, lengua, religión, opiniones, preferencias sexuales, estado civil o cualquiera otra, tenga por efecto impedir o anular el reconocimiento o el ejercicio de los derechos y la igualdad real de oportunidades de las personas. También se entenderá como discriminación la xenofobia y el antisemitismo en cualquiera de sus manifestaciones."<sup>46</sup>

La discriminación no es solamente un asunto que afecta las relaciones interpersonales y el trato cotidiano en un grupo social, sino que es principalmente un asunto de índole estructural, de imposibilidad efectiva de ejercer derechos, de falta de oportunidades de desarrollo para muchas personas y privilegio para unas cuantas.

Asimismo, la discriminación se manifiesta al:

- Dar un trato diferencial que vulnera derechos a una persona o grupo en razón de algún atributo o rasgo específico.
- Manifestar actitudes de menosprecio e intolerancia hacia alguien debido a su pertenencia a un grupo que se concibe como diferente y menos valioso.
- Crear un ambiente hostil y humillante hacia quienes, en razón de estereotipos, se les considera inferiores.<sup>47</sup>

La discriminación es común en todos los ámbitos de la sociedad, también en el de la salud. Para comprender las posibilidades de otras formas de relación en la atención en salud que tengan como principios la no-discriminación, el respeto a la diversidad y la convivencia intercultural,<sup>48,\*</sup> es importante reflexionar sobre estos conceptos a la luz de imaginar formas concretas de interacción con otras personas a las cuales, según nuestros patrones educativos, consideramos diferentes.

Algunos elementos interesantes han sido desarrollados en un "Esquema metodológico para sensibilizar al personal de salud sobre la perspectiva intercultural y de género en la atención a la salud", desarrollado por la Dirección General Adjunta de Equidad de Género y la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud, que vale rescatar:

\* México es un país pluricultural. En el año 2005 se calculaban cerca de 13 millones de indígenas, lo cual corresponde a 12.21% de la población, esto es que 1 de cada 8 habitantes es indígena, sin considerar a las niñas y niños menores de cinco años de edad. Esta pluriculturalidad implica también la existencia de diferentes maneras de entender la salud y la enfermedad, y por tanto, también de diversas formas de percibir los riesgos a la salud y las causas de las enfermedades.

"Entendemos por cultura el marco global de una sociedad en el que todas las percepciones de la realidad, las costumbres y comportamientos adquieren sentido." De este modo, al compartirse con otras personas crea una identidad grupal, en la cual se comparte una visión y comprensión del mundo, historia, costumbres y hábitos.

En congruencia con lo anterior, **interculturalidad** significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir, que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan comunicar comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra. De esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo.

El enfoque de interculturalidad se refiere, por tanto, al:

- Reconocimiento y aceptación de las diferencias y la diversidad.
- Trato digno a todas las personas.
- Respeto a las creencias y percepciones de la población usuaria.
- Diálogo horizontal.
- Comprensión mutua y empatía.
- Sinergia. Que uno más uno es mayor que dos, y que la diversidad es un valor que puede potenciar soluciones enriquecedoras.<sup>49</sup>

De acuerdo con lo anterior, establecer una relación intercultural en salud significa abrirse a conocer y comprender las culturas y cosmovisiones de la población que se atiende en los servicios médicos, con el fin de atender de manera adecuada sus problemas de salud. En este sentido, implica estudiar la conceptualización sobre los sistemas médicos populares, los diferentes conceptos terapéuticos, el tiempo transcurrido para acudir a solicitar curación, la cadena de uso, la etnomedicina y las representaciones culturales en relación con la vida y la muerte, la salud y la enfermedad que las personas tienen en sus contextos particulares.

Hay que señalar que no es fácil llevar este enfoque a la práctica y en muchos casos se encuentran diferentes barreras por parte de los prestadores y las prestadoras de servicios de salud para entender de manera diferencial a todas aquellas personas que no pertenecen al mismo grupo o comunidad social, independientemente de la convivencia en el mismo espacio nacional. Esto puede obedecer a que el personal de salud ha utilizado, con la mejor intención, variadas estrategias para imponer el modelo occidental: el convencimiento, el castigo y el regaño, entre otros. Por otro lado, las razones que ha utilizado para esta imposición es la argumentación de que los conocimientos tradicionales corresponden a "falsas creencias", "falta de conocimientos sobre salud", "falta de educación", "ignorancia" y conceptos religiosos como el de "superstición", que son actos discriminatorios porque niegan el saber acumulado durante generaciones, bajo la perspectiva de la medicina moderna.\*

\* Estos conocimientos sí son reconocidos por la Antropología Médica que los cataloga como síndromes de filiación cultural, en cambio, la medicina occidental no tiene respuestas para ellos.

Aunque algunas investigaciones han tratado de explicar la falta de utilización de los servicios por las comunidades indígenas o rurales a partir de la teoría de la marginalidad, basada en la pobreza y en una falta de participación efectiva en la economía de estas comunidades, lo cual aparentemente conduce a índices inferiores de utilización de los servicios, se sabe que la persistencia de diferentes sistemas médicos se relaciona con que satisfacen necesidades no cubiertas por la medicina occidental y con la eficacia de las medicinas tradicionales.

Si bien la medicina tradicional y la occidental constituyen lógicas divergentes, es necesario buscar los puntos comunes para entablar una interacción de saberes y de poderes, que alcance los ámbitos de la producción, de los sistemas de gobierno, de control social, de salud pública y de proyectos de desarrollo.

Desde la perspectiva de la interculturalidad habría que plantearse los siguientes objetivos para lograr un avance sustantivo en la salud de todas las personas independientemente de su sexo, origen étnico y diversidad cultural:

- Caracterizar el proceso salud-enfermedad-atención de estos grupos con miras a obtener información fidedigna sobre el mismo.
- Construir un marco conceptual que contribuya a la comprensión de los fenómenos de salud y enfermedad presentes en éstos y en otros colectivos.
- Diseñar y ejecutar proyectos de investigación y de acción que aporten a la transformación de las condiciones de vida y de salud de estos grupos.

Finalmente, señalar que existe una estrecha relación entre el enfoque intercultural en salud y la perspectiva de género. Para aplicar eficazmente la perspectiva de género en salud es necesario, como se vio en el tercer módulo de este manual, considerar que las necesidades específicas en salud de mujeres y hombres no son generales, sino que están determinadas por la influencia de etnia, clase social, religión, localización geográfica, etcétera. No se puede asumir que las relaciones de género de una cierta población indígena tienen características iguales a las que tienen las poblaciones no-indígenas en la misma sociedad: partir de la diversidad en las relaciones de género significa reconocer que no existen recetas únicas para la incorporación del enfoque de género.<sup>50</sup>

Por otra parte, es muy importante reconocer que trabajar el tema de la interculturalidad nos debe permitir abrir el conocimiento no solamente al tema indígena, sino a todo aquello que resulta diferente y distinto respecto a lo que somos. Es decir, es una oportunidad de identificar y conocer subculturas, diferencias no drásticas pero que son importantes entre las personas, por ejemplo, en la manera de vestir, pensar y opinar. El enfoque intercultural nos sugiere aprender a través del otro cosas que nos son ajenas, y a la vez, que el otro aprenda a través de nosotros lo mismo.

## Actividad 2. Yo apporto, tú aportas

Tiempo aproximado:  
35 minutos



**Objetivo.** Reflexionar sobre la importancia de incorporar un enfoque intercultural en el ámbito de la salud.



**Contenidos.** Enfoque Intercultural en salud.



**Materiales.** Plumones, papelógrafo, copias del texto y masking.



**Desarrollo.**



Se forman grupos de seis personas y se les invita a reflexionar sobre el texto que se adjunta en los anexos:



A continuación, se les pide que por grupo elaboren, con base en el texto, un listado de las principales ventajas e inconvenientes que creen tiene para la prevención de la mortalidad materna la medicina tradicional (parteras, rezadores de cerros...) y otro de las principales ventajas e inconvenientes que tiene la medicina alópata. Cada grupo escribirá estas dos listas en un papelógrafo y un o una representante las expondrá en plenaria al resto de participantes.



Acto seguido, se iniciará el debate preguntando lo siguiente:

1. ¿Cuál de las dos medicinas creen que es mejor? ¿Por qué?
2. ¿Qué funciones tiene cada tipo de medicina? ¿Creen que las cumplen? ¿Por qué?
3. ¿Creen que hay un intercambio continuo entre ellas, es decir, los médicos y las médicas alópatas aprenden de los y de las tradicionales y viceversa?
4. ¿Reciben una valoración similar por parte del Estado? ¿Reciben los mismos recursos para su desarrollo?
5. Dado su fin principal, mejorar el estado de salud de mujeres y hombres ¿creen que son incompatibles? ¿Por qué?



Una vez finalizado el debate se les pide que se reúnan de nuevo en grupo y que definan el concepto y el enfoque de interculturalidad, así como en qué consistiría aterrizar este enfoque en el ámbito de la salud y la relación que tiene con la perspectiva de género. Para ello pueden señalar determinadas acciones que deberían realizarse o dar ejemplos cotidianos al respecto. Cuando todos los grupos hayan definido el enfoque, un o una representante lo expondrá en plenaria y se inicia de nuevo el debate preguntando si todos y todas están de acuerdo con esas definiciones y cómo se puede aterrizar este enfoque en sus ámbitos de trabajo. La persona que facilita enfatizará lo importante que es aplicar un enfoque intercultural en el ámbito de la salud y dentro de la perspectiva de género, ya que el concepto género, como se vio en el primer módulo, cambia de una cultura a otra.

## Actividad 3. Exposición teórica

Tiempo aproximado:  
30 minutos



**Objetivo.** Profundizar en las principales características del enfoque intercultural en salud.



**Contenidos.** El enfoque intercultural en salud.



**Materiales.** Papelógrafo, proyector de acetatos o cañón.



**Desarrollo.**



A partir del ejercicio anterior se realiza una breve exposición del concepto de interculturalidad y del enfoque intercultural en salud (ver anexos).

## Sesión 8 Herramientas de planeación en género

Bajo la premisa de que mujeres y hombres son biológicamente diferentes, que la sociedad les asigna roles y responsabilidades diferentes, podemos entender entonces 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. Así, un diagnóstico de las necesidades particulares y diferenciadas de mujeres y hombres en salud es el concepto básico para una planificación equitativa y eficaz, pues en él puede vislumbrarse el tipo de acciones a emprender en función de los problemas detectados.

Un diagnóstico con perspectiva de género debe evaluar las necesidades particulares y diferenciadas de mujeres y hombres, tanto como individuos como pertenecientes a diferentes grupos sociales y económicos y también las condiciones de acceso y control sobre los recursos. Asimismo, dicho diagnóstico debe incidir en la estrategia de empoderamiento, en los abordajes prácticos y a largo plazo de género, y en las acciones afirmativas, todas ellas herramientas que facilitarán la puesta en práctica de la perspectiva de género en ese proyecto, programa o política.

### Acceso y control de recursos y beneficios

El análisis del acceso y control de los recursos que tienen mujeres y hombres es fundamental dentro de cualquier planificación en salud, debido a que la capacidad de utilizar un recurso no necesariamente implica la capacidad de definir y decidir el uso del mismo: las mujeres de zonas rurales pueden tener acceso a la planificación familiar porque en sus comunidades hay clínicas que le facilitan información y métodos anticonceptivos, pero no todas tienen la capacidad de decidir o controlar el uso de estos métodos pues a veces sus parejas o sus creencias se los prohíben.

En este sentido el acceso se define como la capacidad de usar un recurso o aprovechar una oportunidad; mientras que control es la capacidad de adoptar decisiones y obtener beneficios de recursos y oportunidades.<sup>51</sup>

Los recursos pueden ser:

- **Internos:** como la autoestima, la seguridad, los hábitos, las habilidades, capacidad de liderazgo, asertividad, etcétera.
- **Externos:** relacionados con la capacidad de contar con recursos materiales, servicios de atención, transporte, empleo, créditos, formación escolar, etcétera.

Y los beneficios de estos recursos pueden incluir:

- Necesidades básicas: alimentación, ropa, vivienda.
- Dinero en efectivo e ingresos, propiedad de bienes inmuebles.
- Educación, capacitación, sensibilización, información.
- Salud física y mental.<sup>51</sup>

El acceso a los recursos y el control de los mismos es de vital importancia para acceder a los beneficios que pueden proporcionar a la salud de mujeres y hombres. Comprender cuál es el nivel de acceso y control que tienen ambos a determinados recursos, puede hacer la diferencia entre un proyecto de salud exitoso o uno que llegue a ser contraproducente. Asimismo, es importante utilizar estos conceptos, no únicamente en el diagnóstico del que parte el proyecto, sino también en la ejecución de éste, para tratar de corregir o modificar desviaciones, y en la evaluación final, para medir hasta qué punto el proyecto logró sus objetivos iniciales.<sup>1</sup>

## Actividad 4. El acceso y el control

Tiempo aproximado:  
45 minutos



**Objetivo.** Analizar la relación que tienen el acceso y el control de los recursos con la mejora de la salud de mujeres y de hombres.



**Contenidos.** Acceso a los recursos, control de los recursos.



**Materiales.** Papelógrafo, plumones y masking.



**Desarrollo.**



Se solicita que una persona lea en voz alta los siguientes testimonios verídicos:

"De pendeja no me ha bajado desde el primer día que nos casamos (...) Me dice que la mujer se hizo para la casa, para servir al hombre y no tiene por qué andarse brincando las trancas (...) que hay otras mujeres a las que les agrada y que le agradan (...) Me pasé todo el primer embarazo con los granos y la comezón porque ya no me llevaron al doctor. En mi segundo embarazo tuve amenaza de aborto, pero mi suegra tampoco quiso que me llevaran al doctor porque iba ser más gasto (...) No podía ni hablar de anticonceptivos porque era pecado, él decía que si no tenía todos los hijos que Dios mandara me iba a condenar." **Mujer urbana.**

"Mi mamá y mi esposo decidieron que me operaran, yo tenía 17 años y sólo me avisaron después." **Mujer Rural.**<sup>34</sup>



A continuación se realizarán las siguientes preguntas al grupo:

1. ¿En el primer caso tenía la mujer acceso al cuidado de su salud, es decir, a un especialista o centro de salud donde recibiera la atención necesaria para los problemas que presentaron esos dos embarazos? ¿Y acceso a métodos anticonceptivos que le permitieran planificar su familia?
2. ¿Tenía control sobre este acceso? ¿Qué aspectos determinan su falta de control? ¿Creen que esta falta de control ha tenido repercusiones en su estado de salud?

3. Y en el segundo caso ¿Tiene la mujer control sobre su cuerpo y su salud? ¿Quiénes ejercen ese control? ¿Ha podido tener repercusiones esta falta de control en su estado de salud?



Acto seguido, se pide que a través de una lluvia de ideas las y los participantes definan los conceptos de acceso y control, anotando las respuestas en un papelógrafo. La persona que facilita completará estas definiciones haciendo una exposición teórica en torno a estos dos conceptos (ver anexos).



Para reflexionar mejor sobre estos conceptos se solicita a las y a los participantes que a través de otra lluvia de ideas comenten situaciones relacionadas con su área de trabajo donde se haga referencia a la diferencia entre tener acceso y tener control de los recursos en salud.



La actividad finaliza explicando que el acceso y el control sobre ciertos recursos son importantes, porque la capacidad de utilizar un recurso no significa necesariamente la capacidad de definir y decidir el uso del mismo. Por ejemplo, y retomando el caso anterior, las mujeres y los hombres pueden tener acceso a condones para protegerse de ITS y embarazos no deseados, pero en el momento de tener relaciones sexuales las mujeres pueden no tener la capacidad de decidir o controlar el uso de preservativos. También destacar la importancia del análisis de los diferentes niveles de acceso y control que tienen mujeres y hombres sobre los recursos, para formular y evaluar intervenciones en salud. Recursos como los ingresos, el transporte, el tiempo libre, servicios de salud, la protección ante ITS y embarazos, alimentación, etcétera son de gran importancia.

## La Estrategia de empoderamiento

El empoderamiento, estrategia impulsada por los movimientos de mujeres\* de los países del Tercer Mundo, se ha convertido en el eje central de la perspectiva de género y supone un fortalecimiento de la posición social, económica y política de las mujeres. Las relaciones de género son básicamente relaciones subordinadas de poder, donde como se ha visto a lo largo del manual, lo femenino tiene un valor inferior a lo masculino, con base en lo cual, en muchas ocasiones, se ejerce un control de los hombres sobre la vida de las mujeres, siendo la salud uno de los ámbitos controlados. Asimismo, esta valoración inferior de lo femenino implica en las mujeres un "ser para los otros", hecho que las lleva a estar siempre pendientes de la salud de las demás personas y olvidarse de la propia. Por todo ello, para conseguir un verdadero desarrollo y, por tanto, una mejora en la salud de las mujeres, es necesario modificar estas relaciones subordinadas, apareciendo la adquisición de poder por parte de éstas como la forma de equilibrar la balanza.

Según Batliwala, citado por Zapata,<sup>52</sup> el empoderamiento es "el proceso de ganar control sobre una misma, sobre la ideología y los recursos que determinan el poder". Estos recursos podrán ser humanos, intelectuales, financieros, físicos y de una misma. Para Young<sup>53</sup> consiste en "asumir el control sobre sus propias vidas para sentar sus propias agendas, organizarse para ayudarse unas a otras y elevar demandas de apoyo al Estado y de cambio a la sociedad".

\* Si bien empoderamiento se ha aplicado fundamentalmente a las mujeres como uno de los grupos vulnerables en quienes la inequidad se hace más evidente, esta estrategia es trasladable a todos los grupos humanos, inclusive a los hombres en condiciones de vulnerabilidad, discriminación y exclusión social. Así se puede también empoderar a los hombres en aquellos aspectos en los cuales genéricamente han sido discriminados como son, por ejemplo, el ámbito de los afectos y del cuidado de las hijas e hijos.



Uno de los rasgos más destacables del concepto empoderamiento es contener la palabra poder, de ahí que su uso implique hablar de relaciones de poder. Rowlands<sup>54</sup> basándose en la obra de Lukes, *Power: A radical view* (1974), diferencia cuatro tipos de poder, con el fin de comprender los alcances del empoderamiento:

- La primera clase "poder sobre", es el poder que una persona o grupo ejerce, con el fin de lograr que otras personas hagan algo en contra de su voluntad.
- La segunda clase "poder para", es un poder productivo que abre nuevas posibilidades y acciones sin ningún tipo de dominación.
- En tercer lugar encontramos el "poder con", que es la capacidad de lograr junto con otras personas lo que no sería posible conseguir en soledad.
- Y por último, el "poder desde dentro" que se produce al reconocer que las personas no se encuentran indefensas, sino restringidas en parte por las estructuras externas.

El primer poder es un poder negativo y los otros tres poderes son poderes positivos, pues, a través de ellos el incremento de poder de una persona aumenta el poder total disponible. Para fomentar el empoderamiento de las mujeres hay que apoyar procesos que generen poder de suma positiva de forma que ellas adquieran las herramientas necesarias para convertirse en las gestoras de su vida y, por ende, de su salud.

Las mujeres han sido objeto principalmente de las diferentes clases de "poder sobre", en particular, del poder latente e invisible, que ha controlado, entre otras cosas, sus cuerpos, su sexualidad, su libertad de movimiento, sus recursos materiales y su participación en el ámbito público. Por todo ello se ha dicho que las mujeres están en situación de desempoderamiento. Sin embargo, no se puede afirmar que éstas han carecido de poder, sino más bien que su situación social expresa poco poder y que el que ostentan se establece dentro de limitaciones sociales muy rígidas.<sup>55</sup> Asimismo, es necesario señalar que la forma y el grado de opresión no es el mismo para todas las mujeres, al estar éste determinado por las diferencias en torno a la etnia, clase o historia de vida de cada mujer.

Dentro del modelo de análisis de empoderamiento propuesto por Rowlands, todos estos poderes –poder sobre, poder para, poder con, poder dentro– se pueden analizar en tres dimensiones:

- La dimensión personal, donde el empoderamiento consiste en conseguir que las mujeres desarrollen la confianza, la autoestima, el sentido para generar cambios, superando, así, la opresión internalizada.
- La dimensión colectiva donde las mujeres trabajan conjuntamente para alcanzar las metas propuestas, metas que no podrían lograr individualmente. Se desarrollan habilidades de identidad de grupo, auto-gestión, y capacidad para producir cambios.
- Y la dimensión de las relaciones cercanas, donde el empoderamiento consiste en desarrollar la habilidad para negociar en la naturaleza de la relación y en las decisiones tomadas al interior de la misma.

En cada dimensión se dan cambios que afectan a las otras dos dimensiones, sin embargo, el empoderamiento de una de ellas no garantiza que se produzca el empoderamiento en las otras. Estos cambios serán distintos en cada mujer, debido a que cada dimensión está influenciada por la experiencia personal, la experiencia de grupo y la experiencia de relaciones cercanas que hayan vivido.

El empoderamiento es un proceso personal, cada mujer tiene que empoderarse a sí misma, no es posible hablar de dar poder a otras personas. No obstante, sí se pueden abrir espacios y dar posibilidades para que se desarrolle este proceso, de ahí la importancia de crear conciencia de la discriminación de género y del compromiso de las organizaciones civiles y gubernamentales como agentes facilitadores del mismo.<sup>55</sup>

El proceso de empoderamiento generalmente comienza con agentes externos, los cuales no pueden imponer ni controlar el proceso, pero sí apoyarlo. Estos agentes (promotoras/es, asesoras/es y especialistas) pueden, así, ayudar a las mujeres a hacer valer los derechos que por ley les corresponden a través de impulsar los procesos individuales y grupales, de facilitar su acceso y control a recursos y beneficios o de informarlas sobre la prevención y el autocuidado de su salud. Es necesario señalar que ésta es una tarea ardua que requiere años de esfuerzo.<sup>56,\*</sup>

No se trata sólo de un taller aislado, sino del comportamiento concreto del personal promotor, asesor, y especialistas externos en su vida privada y en relación con el trabajo diario que realizan con los grupos de mujeres y hombres.<sup>55</sup> Es por ello, que el entrenamiento del personal de salud aparece como un aspecto de suma importancia, al tener que desarrollar muchas habilidades (empatía, autoconfianza, capacidad de actuar en diferentes esferas...) y requerir de mucha práctica y de un constante monitoreo.

Por otro lado, cabe mencionar que el empoderamiento de las mujeres puede generar, en ocasiones, conflictos con los hombres, compañeros de estas mujeres, al sentir que, al tomar éstas sus propias decisiones y ejercer el control sobre sus vidas, pierden parte del poder y de la posición "privilegiada" que en algunos ámbitos los ha colocado la sociedad. De ahí, la necesidad de trabajar también con ellos, de cara a resolver estos conflictos y lograr, como señala León,<sup>57</sup> que el empoderamiento de las mujeres signifique, también, un empoderamiento psicológico y emocional de los hombres, por medio del cual muchos de ellos puedan avanzar y quitarse la coraza limitante que les colocan los estereotipos de género.

---

\* Según Menike (1993) los programas de empoderamiento acelerados, que buscan resultados a corto plazo, acaban creando mucha confusión y resistencia por parte de las mujeres.

## Actividad 5. ¿Dónde tengo poder?

Tiempo aproximado:  
60 minutos



**Objetivo.** Analizar el concepto de empoderamiento de género, como una estrategia básica para incorporar el enfoque de género en el ámbito de la salud.



**Contenidos.** El concepto de empoderamiento.



**Materiales.** Tarjetas adhesivas de dos colores, papelógrafos, plumones y masking.



**Desarrollo.**



La persona que facilita realizará una breve exposición teórica en torno a los tipos y dimensiones de poder (anexos).



A continuación se entrega a cada participante tres tarjetas adhesivas de distintos colores y se les pide que escriba y complete en cada una las siguientes frases: "cuando digo tengo poder en mi ámbito personal me refiero a...", "cuando digo tengo poder en mi ámbito de las relaciones cercanas me refiero a..." y "cuando digo tengo poder en mi ámbito colectivo y laboral me refiero a...". Las tarjetas entregadas a las mujeres serán de un color y las entregadas a los hombres de otro. Asimismo, la persona que facilita escribirá las mismas frases en seis papelógrafos, tres para las mujeres y tres para los hombres. Una vez que las y los participantes hayan completado sus tarjetas, se levantarán y las pegarán en el papelógrafo correspondiente.



Acto seguido, la persona que facilita pedirá a las y a los participantes que escriban y completen en otra tarjeta, de diferente color para mujeres y hombres, la frase "no tengo poder en...", tarjeta que pegarán en otros dos papelógrafos donde se habrá escrito previamente esta frase.



La persona que facilita unificará aspectos como las diferencias que mujeres y hombres presentan en los ámbitos de poder (posiblemente las mujeres tengan más poder en las relaciones cercanas, que corresponde al ámbito doméstico y los hombres en el colectivo o laboral, que corresponde al ámbito público). Asimismo, se preguntará al grupo, cuál creen que es la causa de que mujeres y hombres establezcan diferencias, si creen que todas las personas ostentan el mismo poder, qué sentimientos les genera el no tener poder en algunos ámbitos y cómo esta falta de poder incide en su salud (a nivel de cuidado, atención...).



A continuación por grupos reflexionarán en torno a qué pueden hacer desde su ámbito de trabajo para equilibrar este poder. Una vez finalizado, cada grupo expondrá sus conclusiones en plenaria y la persona que facilita realizará una exposición teórica (ver anexos) en torno a la estrategia de empoderamiento.

## Actividad 6. Jirafas y elefantes

(Adaptado de Vargas y Bustillos de Núñez).<sup>4</sup>

Tiempo aproximado:  
15 minutos



**Objetivo.** Facilitar un clima de distensión y concentración dentro del grupo.



**Materiales.** Espacio amplio y sin sillas.



**Desarrollo.**



Se pide a las y a los participantes que formen un círculo. Al azar él o la, facilitador o facilitadora ubicará a una persona en el centro. La actividad consiste en que la persona que está en el centro señalará a alguna persona del círculo diciendo "jirafa" o "elefante", como prefiera. Si dice "jirafa" la persona señalada levantará sus manos juntándolas por las palmas y sus vecinos o vecinas, de la izquierda y derecha, se agacharán y lo agarrarán por los tobillos. Si la persona que está en el centro dice "elefante", el señalado o la señalada simulará que sus manos son una trompa y sus vecinos o vecinas simularán con sus manos las orejas del elefante. Quien esté distraído o distraída y se equivoque pasará al centro a señalar a otras participantes como "jirafa" o "elefante" y la persona del centro ocupará su lugar en el círculo. La actividad finaliza cuando todas y todos hayan participado en la elaboración de alguna de las figuras.

## Abordajes prácticos y de largo alcance (estratégicos) de género

La clave para lograr una buena planeación en género está en el cómo se responde a las necesidades y se diseñan de manera acorde los proyectos, programas y políticas de salud. En este sentido, además de las herramientas vistas hasta ahora, acceso y control y empoderamiento, es necesario considerar los abordajes de género prácticos y de largo alcance, elementos conceptuales adaptados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

**El abordaje práctico de género (APG)**, según la OPS,<sup>50</sup> "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

mujeres y hombres, 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, lo que implica acceso y control diferencial sobre los recursos necesarios para proteger la salud." Un ejemplo de este tipo de abordajes sería proporcionar a la población joven información sobre modos de transmisión de ITS y prácticas sexuales más seguras.

Diseñar un abordaje práctico puede mejorar la salud de mujeres y hombres, pero no impugna las inequidades de género. Normalmente están relacionados con el acceso a recursos de salud y a las condiciones materiales en las que viven.

**Los abordajes a largo plazo o estratégicos de género (AEG)**, "además de responder a necesidades concretas de salud de hombres y mujeres, se dirigen 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. Estos abordajes apuntan 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, de ahí que sean muy difíciles de lograr a corto plazo"<sup>50</sup>. Un ejemplo de estos abordajes sería crear espacios de debate sobre los papeles, la sexualidad y las relaciones de género entre las y los jóvenes.

Establecer una diferenciación entre los abordajes prácticos y a largo plazo en los programas y proyectos de salud permite comprender la compleja dinámica de las relaciones de género y de los procesos que se requieren para transformarla. Muchos proyectos satisfacen necesidades prácticas de los hombres y de las mujeres a los cuales van dirigidos, pero rara vez se plantean acciones de identificación y de satisfacción de intereses a largo plazo o estratégicos, que permitan transformar las causas de fondo de las carencias de tipo material.

En este sentido, la OPS señala las siguientes diferencias entre estos dos tipos de abordajes:

| Abordajes prácticos de género  | Abordajes a largo plazo o estratégicos de género   |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responden a las necesidades en el corto plazo.</li> <li>• Responden a las necesidades generalmente identificables fácilmente por los usuarios y las usuarias y por los proveedores y las proveedoras de servicio.</li> <li>• Responden a requerimientos biológicos y condiciones específicas de salud.</li> <li>• Se cumplen a través de la provisión de bienes y servicios de salud.</li> <li>• Tienden a involucrar a mujeres y hombres como objetos de intervención.</li> <li>• Pueden mejorar la condición de la mujer y del hombre, mediante el acceso a los recursos.</li> <li>• Generalmente no alteran los roles y las relaciones de género.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tienden a ser una estrategia de largo plazo, como parte integral de un desarrollo humano sostenible.</li> <li>• Responden a necesidades no siempre fácilmente identificables por las personas.</li> <li>• Se desarrollan 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, etcétera.</li> <li>• Tienden a involucrar a las personas como sujetos activos o las habilita para esto.</li> <li>• Pueden mejorar la posición de las mujeres, mediante el aumento del control sobre los recursos.</li> <li>• Focalizan las inequidades en las responsabilidades y relaciones de poder entre mujeres y hombres.</li> <li>• Mejoran el equilibrio entre las posiciones de poder de mujeres y hombres frente al uso de recursos para la salud a través de un aumento de control sobre los factores internos y externos que inciden sobre las posibilidades de proteger la salud.</li> </ul> |

Finalmente, señalar que ambos abordajes son importantes, de ahí, que la perspectiva de género no pueda jerarquizar lo práctico y lo estratégico, sino que tiene en cuenta sus diferencias, ya que cada uno implica estrategias y acciones diferentes y a veces simultáneas, que deben considerarse en la planeación de los proyectos, programas y políticas de salud.

## Acciones afirmativas

Otra de las herramientas fundamentales para la planeación de género en salud son las acciones afirmativas. Mientras se mantengan las condiciones de desigualdad e inequidad entre mujeres y hombres en la sociedad es necesario contar con mecanismos compensatorios que incentiven el cambio de los roles tradicionales y la participación equitativa en las distintas esferas de la vida privada y pública. Una de estas medidas compensatorias se denomina "acciones afirmativas" o "medidas de acción positiva".

Las acciones afirmativas surgen en la década de los 60, del siglo XX, en los Estados Unidos de América (EUA) fruto de la lucha de los movimientos de derechos civiles para conseguir la integración de las minorías étnicas a la sociedad americana. La igualdad establecida en las leyes no era suficiente para acabar con la discriminación, de ahí la necesidad de promover acciones para conseguir la igualdad real.

Cristina Torres- Parodi<sup>58</sup> define la acción afirmativa como "una política pública que se expresa en una norma legal, una decisión judicial o una decisión oficial que procura mejorar las oportunidades para grupos segregados en la sociedad por su condición de desventaja frente a grupos dominantes." Asimismo, señala esta autora, "la acción afirmativa no debe considerarse como un fin en sí mismo, sino como un mecanismo transitorio para reducir las disparidades incrementando de este modo la oportunidad de selección de las minorías, en particular en el acceso a educación, empleo, vivienda, fondos públicos y representación política."

En el caso de las disparidades de género, las acciones afirmativas tienen como finalidad poner en marcha programas específicos para proporcionar a las mujeres ventajas concretas en aquellos aspectos o ámbitos en los que han sido ancestralmente discriminadas. Su propósito es, por tanto, compensarlas por discriminaciones intencionales o específicas del pasado cuyas repercusiones todavía sienten. Ejemplos de acciones afirmativas serían el establecimiento de sistemas de cuotas que faciliten el acceso de las mujeres a la propiedad de la tierra, al empleo, a la participación política, etcétera.

Finalmente, las acciones afirmativas, al ser políticas públicas, se desarrollan en diferentes etapas, las cuales, señala Cristina Torres-Parodi, inician con la definición de planes, el establecimiento de objetivos, metas, fuentes de financiación y plazos determinados para alcanzar estos objetivos, así como un sistema de monitoreo y una evaluación de impacto.

## Actividad 7. El caso de Chabela

(Adaptado de CEDPA).<sup>51</sup>

Tiempo aproximado:  
120 minutos



**Objetivo.** Analizar la importancia que tienen los abordajes prácticos, los abordajes a largo plazo de género y las acciones afirmativas en la planeación en salud desde una perspectiva de género.



**Contenidos.** Abordajes prácticos y abordajes a largo plazo de género. Acciones afirmativas.



**Materiales.** Copias del caso de Chabela. Papelógrafos, plumones y masking.



**Desarrollo.**



La persona que facilita realizará una exposición teórica de los conceptos Abordajes Prácticos, a Largo Plazo de Género y Acciones Afirmativas (ver anexos). Para facilitar la comprensión de los mismos pedirá que un o una participante lea en voz alta los siguientes ejemplos:

### Ejemplo de un Abordaje Práctico de Género:

En una comunidad determinada, el índice de niñas y de niños sin vacunar es muy elevado debido, en parte, a que no hay ningún centro de salud cercano y a que no se tiene información sobre el tema. En una ocasión llegó una campaña de vacunación promovida por la Secretaría de Salud, pero era la época de la cosecha y toda la población estaba trabajando en la milpa. Un nuevo proyecto de vacunación llega a la comunidad estableciendo los horarios de las vacunaciones en función de los tiempos de las mujeres, así éstas pueden llevar a sus hijos e hijas a vacunar y recibir información al respecto.

**Análisis.** Las niñas y de los niños de la comunidad fueron vacunados. Sin embargo, no cambió las posiciones ocupadas por mujeres y hombres en la sociedad o su relación recíproca, al seguir ejerciendo ellas el rol de responsables del cuidado de la salud de toda familia.

## Ejemplo de un Abordaje a Largo Plazo de Género:

Un proyecto aspira a reducir la propagación de infecciones de transmisión sexual y del VIH en una comunidad en la que la mayoría de los hombres son trabajadores migratorios que están fuera de su hogar por varios meses. En esta comunidad, las mujeres se sienten incómodas por suscitar los temas relacionados con el sexo y son los hombres los que adoptan las decisiones de protegerse o no. El proyecto desarrolla una estrategia que incluye grupos de apoyo y talleres para las mujeres, con el fin de aumentar su auto-confianza y permitirles iniciar la conversación acerca de la sexualidad y el cuidado. La estrategia también incluye actividades de movilización y toma de conciencia de la comunidad para cambiar las normas sobre la paternidad responsable y fomentar una imagen de "el hombre que se preocupa y cuida por la salud de él y de su familia."

**Análisis.** El proyecto supone un abordaje a largo plazo de género, ya que trata de modificar las relaciones de poder entre mujeres y hombres cambiando las normas para debatir sobre la sexualidad y los temas relacionados con el autocuidado y cuidado de sus parejas, dando más seguridad a las mujeres y propiciando la responsabilidad y mayor participación de los hombres.

## Ejemplo de una medida de acción positiva:

Durante mucho tiempo las minorías étnicas, y dentro de éstas las mujeres, han estado alejadas, por cuestiones culturales y económicas, de la educación superior. Las universidades de algunos países latinoamericanos han establecido convocatorias de becas dirigidas específicamente a mujeres indígenas con el objetivo de facilitar su acceso a la universidad.

**Análisis.** Esta medida de acción positiva ha supuesto que un mayor número de mujeres indígenas hayan podido realizar estudios universitarios y mejorar, por tanto, sus opciones y calidad de vida. También ha supuesto promover su empoderamiento al adquirir prestigio dentro de sus comunidades. Asimismo, ha servido para romper estereotipos culturales según los cuales el lugar de la mujer es el ámbito doméstico, abriendo puertas a que se acepte que otras mujeres puedan salir de la comunidad y estudiar.



Se comenta que no siempre es fácil determinar si una actividad se engloba en un abordaje práctico o a largo plazo de género, para ello se pregunta:

- ¿Una campaña de utilización de métodos anticonceptivos es un abordaje práctico o a largo plazo?

La anticoncepción supone un abordaje práctico de las mujeres y hombres de decidir cuándo y cuántas hijas o hijos tener y protegerse de ITS, en el caso de los preservativos. Al mismo tiempo, está satisfaciendo un abordaje a largo plazo de contar con más tiempo y energía para estudiar, trabajar o recrearse, lo que puede cambiar su papel en su familia y el estado en el que ella se encuentra. También le permite aumentar la confianza y la autoestima de la mujer, lo que puede permitir tomar control de otros aspectos de su vida.



A continuación se divide al grupo en tres subgrupos, y a cada uno se le entrega una copia del caso "La vida de Chabela", con la siguiente guía de trabajo:

1. Leer cuidadosamente el caso "La vida de Chabela".
2. Identificar los factores que contribuyeron a la aparente deficiencia en la salud de Chabela.
3. Preparar una lista de las diferentes intervenciones programáticas que podrían haberse introducido en diferentes momentos de la vida de Chabela, que pudieran haber mejorado su salud.
4. Se darán 30 minutos para ello.



Acto seguido, cada grupo presenta sus conclusiones, mientras la persona que facilita va anotando una lista resumen de las intervenciones propuestas y pregunta al grupo cuáles de las propuestas que han realizado para el caso de Chabela son medidas de acción positiva, abordajes prácticos, abordajes a largo plazo, o ambas cosas. Se puede fomentar el debate, con las siguientes preguntas:

1. ¿Cómo afectaría esta acción la vida de Chabela?
2. ¿Sería sustancialmente diferente o no?
3. ¿En qué forma?
4. ¿Afectaría a la vida de sus hijas o hijos? ¿De qué manera?
5. ¿Qué se podría hacer para que en los proyectos en los que trabajan tomen en cuenta tanto las necesidades de las mujeres, como la de los hombres? ¿Cuáles serían éstas?
6. ¿Qué abordajes a largo plazo podrían diseñar en sus ámbitos de trabajo?
7. ¿Conocen alguna medida de acción positiva que se impulse desde la Secretaría de Salud? ¿Se les ocurre alguna que pudiera implementarse para mejora la situación de la salud de las mujeres y de los hombres?



Se finaliza la actividad señalando que tanto los abordajes prácticos, como los abordajes a largo plazo son importantes, siendo a veces los prácticos una condición previa para llegar a los de largo plazo. No obstante, si queremos implementar programas eficaces y sostenibles para mejorar la salud de mujeres y hombres es necesario considerar los abordajes a largo plazo, ya que éstos nos permiten llegar a las estructuras profundas que perpetúan un problema. Estos abordajes pueden ser incorporados en todas las actividades que realicemos cotidianamente. Las acciones positivas, al ser políticas públicas, son más difíciles de conseguir desde los distintos ámbitos de trabajo de las y los participantes, no obstante, sí pueden proponerlas y llevar a la práctica las que ya están aprobadas.

## Actividad 9. La pelota caliente

(Adaptado de UICN).<sup>59</sup>

Tiempo aproximado:  
20 minutos



**Objetivo.** Evaluar brevemente y de manera dinámica la sesión.



**Materiales.** Una pelota con preguntas adheridas a ella.



**Desarrollo.**



La persona que facilita habrá preparado una pelota con preguntas referentes a la sesión, adheridas a la misma. Se explicará al grupo que se trata de una pelota caliente; se la tienen que pasar entre ellos y ellas rápidamente pues quema; cada persona que la reciba quitará una de las preguntas adheridas y la responderá lo más rápido posible, antes de volver a pasarla.



Se sugiere que se incluya, al menos, una pregunta por cada participante. Las preguntas se pueden repetir y pueden hacer referencia tanto a los contenidos trabajados como a la metodología empleada, a lo que mejorarían o a lo que eliminarían de la sesión. La actividad finaliza cuando se acaben las preguntas de la pelota.



**Bibliografía recomendada.**

Sen G, George A, Östlin P. Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: un análisis de la investigación y las políticas. OPS – Harvard; 2005.



**Anexos**

### Listado de posibles motivos de discriminación

1. Por ser chaparro o chaparra.
2. Por ser gordo o gorda.
3. Por ser flaco o flaca.
4. Por ser madre soltera o hijo/a de madre soltera.
5. Por ser mujer.
6. Por ser hombre.
7. Porque sus padres estaban separados o divorciados.
8. Por sufrir alguna enfermedad.
9. Por ser campesino o campesina, hijo o hija de campesinos.
10. Por vivir en un barrio pobre.
11. Por tener un color de piel más oscuro.
12. Por ser zurdos o zurdas.
13. Por no querer tomar alcohol.
14. Por ser extranjeras o extranjeros.
15. Por hablar una lengua indígena.
16. Por la edad.
17. Por ser de otra comunidad o ciudad.
18. Por no tener dinero.
19. Por ser papá.
20. Por tener menos escolaridad.
21. Por tener mucha formación académica.
22. Por no tener carro.
23. Por ser mamá.
24. Por la forma de vestir.
25. Por la preferencia sexual.
26. Por la religión que profesa.
27. Por las ideas políticas que tiene.
28. Por estar embarazada.

## Prestadores y prestadoras de servicios: Medicina institucional y medicina tradicional en una comunidad de los Altos de Chiapas<sup>60</sup>

En esta comunidad si comparamos la presencia institucional con la de los agentes de salud de la llamada "medicina tradicional", se reconoce que el número de "médicos indígenas tradicionales" (j`iloletik) es mayor que la de los prestadores institucionales. Estas localidades cuentan en promedio con casi cuatro médicos tradicionales y parteras, pero el elemento más importante es que tienen disponibilidad las 24 horas del día en más de 80% de las localidades. La mayor disponibilidad y cobertura es la de las parteras.

Los jloktor ja`jchiiltik son promotores indígenas que utilizan elementos de la medicina alópata como principal instrumento de curación, pero que comparten la cultura con los pobladores de la región. Podemos percatarnos de que existe uno por cada dos localidades en promedio, y tienen una baja disponibilidad durante las 24 horas del día. Estos prestadores de salud son piezas importantes en la atención obstétrica, ya que aunque la mayoría de ellos no atienden partos, son solicitados para el manejo de las complicaciones que ocurren durante la maternidad. Un caso similar es el de los j`iloletik, a pesar de que solamente un pequeño porcentaje de ellos-generalmente mujeres- son a la vez parteras, en los momentos cuando ocurre una complicación serán solicitados para que acudan a auxiliar a la embarazada, parturienta o púérpera, según sea el caso. Por ello, es necesario incluir a estos personajes en toda la red de servicios de atención destinada a disminuir la mortalidad materna.

En la comunidad se reconoce que la atención de los partos puede ser realizada por parteras, médicos, médicas y enfermeras, técnicos y técnicas en salud, auxiliares de salud, rezadores de los cerros y jloktor ja`jchi`iltik, aunque siempre se tiene mayor acceso a las parteras (...).

Son las parteras las que brindan con mayor frecuencia la atención a las embarazadas (en 50% de los casos), solamente 5% recurre a las médicas y a los médicos y 35% utilizaba ambas opciones. Generalmente las mujeres acuden a la clínica cuando son beneficiarias del programa Oportunidades para recibir cuidado prenatal: consiste en "ver la posición del bebé", "recomendar no cargar cosas pesadas", "comer bien", "tomar vitaminas", "que se alimente bien y no tomar alcohol", "mandar hacer análisis," "le dan vitaminas," "no recibir atenciones, sólo recomendaciones". Por su parte, las parteras recomiendan "no cargar cosas pesadas", "no trabajar mucho," "no usar medicina de farmacia", y "ven la posición del bebé y lo acomodan cuando está en mala posición".

Un alto porcentaje de las mujeres- 80 - acude a los servicios de salud para el control prenatal, pero menos de la tercera parte recurre a ellos para su atención durante el parto. Solamente tres mujeres refirieron no acudir a nadie "cuando se sienten mal", y del resto, 31 por ciento acude al médico, 40% a las parteras, y 21% indistintamente. El 50% da a luz en su casa, pues "estamos acostumbradas a tener el bebé en la casa," " estamos acostumbradas con la partera", "no se acostumbra ir a la clínica", "se siente mal acudir a la clínica", "tienen mala idea de los campesinos y muchas diferencias como se atiende por nuestras costumbres." Dadas estas razones no es de extrañar que para la atención al parto 87% de las opciones señaladas por las mujeres involucran a las parteras, y en solamente 25% a las clínicas u hospitales (...).

Las parteras son los agentes de salud locales que tienen mayor relación con las instituciones de salud, ya que tres cuartas partes de ellas expresaron mantener vínculos con estos servicios, y casi todas han recibido algún tipo de capacitación en el último año.

## La vida de Chabela

Chabela nació en una familia de seis hijos (cuatro varones y dos mujeres) de los cuales ella era la cuarta y la muchacha más joven. Su familia sobrevivía mediante la agricultura y la venta de una pequeña cantidad de cultivos. A menudo, no había suficiente comida para alimentar a todos los miembros de la familia de forma adecuada. Chabela comenzó a ir a la escuela cuando tenía seis años de edad, pero después de tres años tuvo que abandonarla debido a que no había suficiente dinero para enviar a todos los niños de la familia. Mientras que Chabela y su hermana mayor permanecían en el hogar para ayudar a su madre con las labores agrícolas, el cuidado de sus hermanos más jóvenes y las tareas del hogar, sus dos hermanos de más edad siguieron asistiendo a la escuela.

Cuando Chabela llegó a la edad de doce años la familia estaba en mejores condiciones financieras. Habían aprendido algunas técnicas agrícolas nuevas y vendían más productos del agro. Chabela deseaba regresar a la escuela, pero su padre no lo permitió. La escuela estaba lejos y no deseaba que viajase largas distancias. Además, sólo había un maestro en la escuela y él no consideraba apropiado que los hombres enseñasen a su hija que se estaba aproximando a la pubertad. Explicó a su esposa que Chabela se casaría pronto, por lo que no había necesidad de que fuese a la escuela y se arriesgase a ser "estropeada". Su hermana mayor, Lucía, que tenía dieciséis años de edad, se había casado un año antes y tenía un hijo.

Cuando Chabela cumplió los quince años de edad se casó con Juan y se fue a vivir con la familia de él. A los cuatro meses de unida quedó embarazada. A los dieciocho años de edad ya había tenido tres hijas. Siempre estaba cansada, su salud era deficiente, y a menudo se sentía aislada y deprimida. Aunque no podía leer bien, había escuchado algo acerca de la planificación familiar y sugirió a Juan que lo considerasen para que ella pudiera descansar por unos cuantos años. Juan se puso furioso y la golpeó, indicándole que todavía no le daba el hijo varón, y que era él quien tomaba las decisiones acerca del tamaño de su familia y que la planificación familiar era antinatural de todas formas, tal como lo escuchó en la Iglesia. Chabela, considerando que había sido reprochada de forma correcta por su comportamiento atrevido y presuntuoso, no suscitó el tema de nuevo y su salud siguió deteriorándose.

El sexo siempre era doloroso para Chabela. Fue tratada varias veces en la clínica de salud por descarga vaginal y comezón en sus genitales. Las enfermeras en la clínica le dieron hojas que describían su enfermedad, pero la capacidad de lectura de Chabela era muy limitada y no entendía que decía ese papel. Tenía miedo de pedir a sus amigas que le leyesen la información debido a que podía ver por las ilustraciones que sería incómodo y vergonzoso. Cada vez que visitaba la clínica con este problema las enfermeras le dijeron que tenía una enfermedad por tener relaciones sexuales con su esposo y que debería utilizar condones para protegerse. Se solían enfadar mucho con ella por no haberlos utilizado, pero Chabela consideraba que sólo las prostitutas utilizaban condones y que Juan se podía enojar si ella los llevaba.

El cuarto hijo de Chabela fue un varón y Juan estuvo complacido, esperando tener un segundo y un tercero más. Mientras, Chabela se tornó más cansada, preocupada y triste. Tenía una vida difícil que consistía en trabajo duro desde la salida del sol hasta el ocaso. Cuidando de su familia. La pequeña cantidad de dinero que Juan le daba para alimentar y vestir a los niños nunca era suficiente. La familia apenas sobrevivía y parecía que siempre estaban al borde del desastre. Chabela temía que sus hijas, al igual que ella, serían incapaces de asistir a la escuela. Deseaba que las cosas fueran diferentes para ellas. Deseaba que tuviesen la oportunidad de terminar la escuela, conseguir trabajo y ejercer opciones que ella no tuvo. Ella sabía que si encontraba una manera de ganar dinero, podía cambiar el destino para sus hijas. Pero, como no concluyó la escuela y no tenía aptitudes, ¿cómo podía ganar dinero? ¿Cómo podía hacer que las cosas fuesen diferentes para sus hijas? A medida que transcurría el tiempo, Chabela se resignó a su situación. Consideraba que no podía cambiarla. ¿Es cierto que no podía hacerlo?

**Ejemplos:**

**Abordaje práctico:** Informar a Chabela de manera empática y sencilla (no a través de folletos ni regañándole) en torno a las infecciones de transmisión sexual y a los métodos de planificación familiar existentes.

**Abordaje a largo plazo:** Promover que Chabela inicie un programa de alfabetización y capacitación en algún oficio para que ella pueda generar sus propios ingresos y aumentar su capacidad de decisión respecto a su vida y a la de sus hijas.

**Medida de acción positiva:** Destinarle una beca de apoyo económico para disponer de un mayor control de su vida y poder tomar decisiones, por ejemplo, en torno a su salud y replantear las horas de trabajo que tiene. Además, esta medida puede ir acompañada de una decisión de las autoridades educativas para garantizar la permanencia de sus hijas en la escuela.



## PLANEACIÓN EN SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

### El Enfoque Intercultural en Salud

- Entendemos por **cultura** el marco global de una sociedad en el que todas las percepciones de la realidad, las costumbres y comportamientos adquieren sentido.
- **Interculturalidad** significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir, que ninguna se pone arriba o debajo de la otra.



## El enfoque intercultural se refiere a:

- Reconocimiento y aceptación de las diferencias y la diversidad.
- Trato digno a todas las personas.
- Respeto a las creencias y percepciones de la población usuaria.
- Diálogo horizontal.
- Comprensión mutua y empatía.
- Sinergia.



## Una relación intercultural en salud, significa:

- Abrirse para conocer y comprender las culturas y cosmovisiones de la población que se atiende en los servicios médicos.
- Estudiar la conceptualización sobre los sistemas médicos populares, los diferentes conceptos terapéuticos, el tiempo transcurrido para acudir a solicitar curación, la cadena de uso, la etnomedicina y las representaciones culturales en relación con la vida y la muerte, la salud y la enfermedad que las personas tienen en sus contextos particulares.



- Para aplicar eficazmente la perspectiva de género en salud, hay que considerar que las necesidades específicas en salud de mujeres y hombres, están determinadas por la etnia, clase social, localización geográfica etc.



No se puede asumir que las relaciones de género de una cierta población indígena tienen características iguales a las que tienen las poblaciones no-indígenas en la misma sociedad.

*Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1997:3*



## Herramientas de Planeación en Género

### Acceso y control de recursos y beneficios

- **Acceso:** es la capacidad de usar un recurso o aprovechar una oportunidad;
- **Control:** es la capacidad de adoptar decisiones y obtener beneficios de recursos y oportunidades.  
*CDPA (2000:89)*

**Los beneficios pueden incluir:**

- Necesidades básicas: alimentación, ropa, vivienda.
- Dinero en efectivo e ingresos, propiedad de bienes inmuebles.
- Educación, capacitación, sensibilización, información.
- Salud física y mental.  
*CDPA (2000:89)*

**Los recursos pueden ser:**

- **Internos:** autoestima, seguridad, habilidades, capacidad de liderazgo, etc.
- **Externos:** tierra, equipo, servicios de atención, etc.



## La estrategia de empoderamiento

- Un mecanismo de contrapeso a la situación de inequidad hacia las mujeres podría ser incrementar la capacidad para su ejercicio del poder.



Las relaciones de género son básicamente relaciones subordinadas de poder, donde todo lo femenino tiene un valor inferior a lo masculino.



#### Tipos de poder:

- "Poder sobre"
- "Poder para"
- "Poder con"
- "Poder desde dentro"

#### Dimensiones del poder:

- La dimensión personal.
- La dimensión colectiva.
- La dimensión de las relaciones cercanas.



- En cada dimensión se dan cambios que afectan a las otras. Estos cambios serán distintos en cada mujer, debido a que cada dimensión está influenciada por su historia de vida y su grado de opresión.
- El empoderamiento es un proceso personal, no es posible hablar de dar poder. Si se pueden abrir espacios y dar posibilidades para que se desarrolle este proceso (información, conocimiento de sus derechos, autoestima y capacidad para percibirse a si misma como tomadoras de decisiones en torno a su vida...)
- La participación de las mujeres es considerada fundamental. Asimismo, es necesario trabajar con los hombres, compañeros y familiares de éstas mujeres.



| Abordajes Prácticos de Género   | Abordajes a Largo Plazo o Estratégicos de Género  |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Responden a las necesidades en el corto plazo, generalmente identificables fácilmente por las/los usuarios y proveedores (as).</li> <li>• Responden a requerimientos biológicos y condiciones específicas de salud.</li> <li>• Se cumplen a través de la provisión de bienes y servicios de salud.</li> <li>• Tienen a involucrar a mujeres y hombres como objetos de intervención.</li> <li>• Pueden mejorar la condición de la mujer y el hombre, mediante el acceso a los recursos.</li> <li>• Generalmente no alteran los roles y las relaciones de género.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tienen 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 desarrollan 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>• Tienen a involucrar a 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 mujeres y hombres frente al uso de recursos para la salud a través de un aumento de control sobre los factores internos y externos que inciden sobre las posibilidades de proteger la salud.</li> </ul> |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1997:77



### Ejemplo:

- **APG:** En una campaña de vacunación un APG aseguraría que los servicios de salud fueran sensibles a las necesidades de las mujeres y ofrecieran un horario flexible.
- **AEG:** En una campaña de vacunación un AEG apuntaría hacia la redistribución de tareas y responsabilidades, buscando integrar a los padres en el cuidado de los/as hijos/as, promoviendo que fueran éstos los que los llevaran a la vacunación.



## Acciones afirmativas

- “Son una política pública que se expresa en una norma legal, una decisión judicial o una decisión oficial que procura mejorar las oportunidades para grupos segregados en la sociedad por su condición de desventaja frente a grupos dominantes”.  
*Cristina Torres-Parodi (2003:2)*
- No deben considerarse como un fin en sí mismo, sino como un mecanismo transitorio para reducir las disparidades entre hombres y mujeres incrementando de este modo la oportunidad de éstas últimas en el acceso a la salud, educación, empleo, vivienda, fondos públicos y representación política.



**Ejemplo:**

- Convocatorias de becas dirigidas específicamente a las mujeres indígenas para promover su acceso a la Universidad.
- Establecer cuotas de puestos laborales a ser cubiertos por mujeres en aquellas profesiones donde éstas tienen más dificultad de encontrar empleo.

OJO  
AQUÍ VA EL SEPARA  
CON SUAJE  
frente

OJO  
JÍ VA EL SEPARADOR  
CON SUAJE  
vuelta

# Quinto Módulo

## Hacia la Equidad de Género en Salud

Tiempo aproximado:  
6 horas



### Propósitos del módulo

- Reflexionar sobre los principales componentes de la equidad de género en salud.
- Analizar y elaborar estrategias de calidad de atención en salud desde la perspectiva de género e intercultural.

### Cuadro resumen - Quinto Módulo

| Sesión 9  |   | Tiempo estimado: 1 hr. 15 min.  |        |  |
|---|---|---------------------------------|--------|--|
| Tema: Igualdad y equidad de género en salud                       |   |                                 |        |  |
| Contenido   | Objetivo  | Actividad                       | Tiempo | Materiales   |
| 1. Creación de redes.   | Reflexionar en torno a la importancia del trabajo coordinado y a la creación de redes.                            | La tela de araña.               | 30'    | Salón amplio sin sillas.   |
| 2. Igualdad y equidad en salud.                                   | Definir y analizar los conceptos de igualdad y de equidad de género y sus implicaciones en el ámbito de la salud. | ¿Podemos comer del mismo plato? | 45'    | Copias de cuento, papelógrafo, plumones, cinta adhesiva.                     |
| Sesión 10   |   | Tiempo estimado: 2 hrs. 45 min. |        |  |
| Tema: Calidad de atención y perspectiva intercultural y de género |   |                                 |        |  |
| Contenido   | Objetivo  | Actividad                       | Tiempo | Materiales   |
| 3. Calidad de atención y diversidad cultural.                     | Analizar la importancia que tiene el enfoque intercultural en la mejora de la calidad de atención en salud.       | ¿Cómo prestamos los servicios?  | 45'    | Copias de los casos, papelógrafo, plumones, cinta adhesiva.                  |
| 4. Calidad de atención y violencia de género.                     | Reflexionar en torno a la calidad de atención prestada a mujeres que sufren violencia de género.                  | ¿Por qué no nos cuentan?        | 45'    | Copias de las gráficas y testimonios, papelógrafo, plumones, cinta adhesiva. |
| Receso  | Receso  | Receso                          | 15'    |  |
| 5. Parámetros de calidad de atención en salud.                    | Examinar los principales componentes de la calidad de atención en salud con perspectiva de género.                | La gasolinera.                  | 60'    | Papelógrafo, plumones y cinta adhesiva.                                      |

## Sesión 9 Igualdad y equidad de género en salud

### Actividad 1. La tela de araña

Tiempo aproximado:  
30 minutos



**Objetivo.** Promover la reflexión en torno a la importancia que tiene, de cara a mejorar el estado de salud de mujeres y hombres, la creación de redes y la realización de un trabajo coordinado.



**Contenidos.** Interdependencia. Creación de redes.



**Materiales.** Espacio amplio libre de sillas y una bola de estambre.



**Desarrollo.**



Se reúne el grupo en un círculo, la persona que facilita explica que la dinámica consiste en inventarse una historia; ella iniciará la historia y cada participante que reciba la bola estambre la continuará. Se inicia el juego diciendo: Juan Pérez tiene un intenso dolor de cabeza..., y se queda con un extremo de la bola de estambre, lanzando la bola a otra persona para que continúe la historia y la vuelva a lanzar, así sucesivamente hasta que todas y todos hayan participado y se haya formado una telaraña dentro del círculo. Cuando quede una sola persona se pedirá que cierre la historia.



Una vez creada la telaraña se iniciará el debate preguntando:

1. ¿Qué conclusiones sacan de esta actividad?
2. ¿Creen que si la historia la hubiera inventado una sola persona sería igual de rica y diversa? ¿Por qué?
3. ¿Qué tiene de positivo que la hayan construido entre todas y todos? ¿Y de negativo?
4. ¿Cómo aterrizarían este ejemplo a su trabajo cotidiano en el sector salud?



Es importante finalizar la actividad con la reflexión de que esa telaraña representa la interdependencia y creación de redes que son necesarias para desarrollar adecuadamente el trabajo como servidores de la salud. Es algo que se teje a través del tiempo con las personas con las que se trabaja día a día y que permite ofrecer unos servicios de calidad.

Esta telaraña no es estática, sino que se puede ir ampliando, mediante el trabajo coordinado con otros programas y proyectos.



Cerciorarse de que el estambre sea lo suficientemente largo para alcanzar a todas las personas.

## Igualdad y equidad de género en salud

Tanto la igualdad de género como la equidad de género son conceptos generados en distintos momentos de la historia, de forma que cada uno puede ser considerado un concepto clave que responde a las situaciones específicas enfrentadas por las mujeres, en diferentes etapas de su lucha para lograr el reconocimiento a sus derechos.<sup>61</sup>

En términos históricos, el concepto de igualdad entre mujeres y hombres es el primero en aparecer y surge con la demanda de las mujeres de lograr la igualdad de derechos con los hombres. La igualdad de género, implica, así, reconocer la condición de paridad e identidad humana en las relaciones entre mujeres y hombres de forma que ambos géneros tengan las mismas oportunidades y puedan realizarse intelectual, física y emocionalmente, alcanzando las metas que establecen para su vida y para el desarrollo de sus capacidades potenciales. Ejemplos de esta igualdad serían: igualdad de derechos para ambos sexos en el acceso a la educación, al empleo remunerado o a la participación política. En el ámbito de la salud la igualdad de género implica: igual valoración de la salud de hombres y de mujeres, corresponsabilidad en derechos sexuales y reproductivos, igualdad en el acceso y control de los servicios de salud, igualdad en la atención a la salud de las mujeres independientemente de su ciclo reproductivo, entre otros.

Por su parte, el concepto de equidad de género surge a partir del cuestionamiento en torno a las consecuencias negativas que genera un trato igualitario en personas con necesidades distintas. La equidad de género hace referencia a la justicia de condiciones para el ejercicio de derechos que permitan el desarrollo pleno de las capacidades de mujeres y de hombres, para lo cual es fundamental considerar las diferencias entre unas y otros.

Equidad no es, por tanto, lo mismo que igualdad. Mientras la igualdad es un concepto empírico, legal, la equidad representa un imperativo de carácter ético asociado con principios de justicia social y derechos humanos.

Aplicar este concepto al ámbito de la salud "apunta al logro, por parte de todas las personas, al bienestar más alto alcanzable en contextos específicos"<sup>62</sup> y significa que ambos sexos tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas que son injustas y evitables.<sup>6</sup> Así, cuando se habla de alcanzar la equidad de género en salud, ésta no implica, por ejemplo, la existencia de tasas iguales de mortalidad y morbilidad en mujeres y hombres, sino la eliminación de diferencias remediabiles entre unas y otros, diferencias que afectan a su estado de salud.



Para lograr la equidad de género en salud es necesario:

- La eliminación de las diferencias innecesarias, injustas y evitables en el estado de salud y supervivencia de mujeres y hombres.
- La distribución y acceso diferencial a los recursos (tecnológicos/financieros/humanos) según las necesidades diferenciadas.
- Que mujeres y hombres contribuyan al financiamiento de salud según su capacidad económica, y no su necesidad de servicios.
- Una distribución social justa de las responsabilidades, el poder y las recompensas para la contribución de las mujeres y los hombres a la producción de salud.<sup>6</sup>

La salud de la población ganaría en calidad si se tomaran en cuenta las inequidades existentes entre mujeres y hombres y se actuara al respecto. Contribuir a la construcción de la equidad de género en salud requiere, sobre todo, un cuestionamiento de las situaciones cotidianas que perpetúan las inequidades en el sector salud: la discriminación, la falta de garantía de los derechos, así como la falta de respeto a la diferencia.

## Actividad 2. ¿Podemos comer del mismo plato?

Tiempo aproximado:  
45 minutos



**Objetivo.** Definir y analizar qué implican la igualdad y la equidad de género en salud.



**Contenidos.** Conceptos de igualdad y de equidad de género en salud.



**Materiales.** Copias del cuento, papelógrafo, masking y plumones.



**Desarrollo.**



Se crean grupos de seis personas y se les reparte la fábula de la zorra y la cigüeña que aparece en los anexos. Cada grupo la leerá y responderá a las siguientes preguntas:

1. ¿Qué opinan del cuento? ¿Qué observan en él?
2. ¿Por qué no puede comer la cigüeña lo que le ofrece la zorra? Y la zorra ¿por qué no puede comer la comida que ha preparado la cigüeña?
3. ¿Puede haber alguna analogía entre el cuento y los roles de género? ¿Cuál? ¿Son diferentes mujeres y hombres? ¿Es necesario considerar estas diferencias para ofrecerles la atención oportuna a unas y a otros?
4. ¿Cómo aterrizarían la fábula en el trabajo que desde el ámbito sanitario se realiza con mujeres y con hombres?



Una vez hayan finalizado todos los grupos, un o una representante expone al resto las conclusiones a las que han llegado. A continuación la persona que facilita comentará: independientemente del engaño y falta de honestidad de una a otra, puede darse a una zorra y a una cigüeña una oportunidad igual de comer de un plato de las mismas características y con igual cantidad de alimento, pero la equidad de impacto, es decir la cantidad de alimentos que cada una es capaz de consumir, no es la misma. Qué animal come más alimentos depende de si los platos en los que comen son profundos y estrechos para ajustarse a las necesidades de la cigüeña o son anchos y poco profundos para ajustarse a las necesidades de la zorra.



Acto seguido, la persona que facilita realizará una exposición en torno a los conceptos igualdad y equidad (ver anexos) y concluirá señalando que a menudo, en el ámbito de la salud, consideramos dos "platos de alimentos" idénticos y creemos que todo es igual. Si bien las características biológicas de cada persona, afectan a la equidad de impacto, cuando discutimos los temas de igualdad /equidad, incluimos diferencias físicas sólo como una de muchas diferencias entre los sexos. Por ejemplo, por la tarde puede ofrecerse un curso de capacitación en salud, de manera que los hombres que trabajan puedan asistir; sin embargo, las mujeres igual no pueden participar por la tarde debido a responsabilidades del hogar. Tomando como base la baja asistencia de las mujeres, las personas que planifican el curso pueden llegar a la conclusión de que las mujeres no están interesadas o que no quieren aprovechar las oportunidades que se les ofrecen. En realidad, aunque pueda parecer que mujeres y hombres tienen iguales oportunidades de asistir al curso, no existe equidad de impacto en términos de quién puede tomar el curso, ya que el curso se programó con base en las necesidades de los hombres. Una situación similar, pero inversa, sería si el curso se programa por las mañanas y escasamente acuden los hombres, pues la mayoría están trabajando.



Otro ejemplo sería el siguiente: Los hombres tienen acceso a una clínica de planificación familiar, pero no asisten porque los servicios se concentran en las mujeres: las trabajadoras de la salud son mujeres, los horarios son por las mañanas, no existe ninguna indicación de que hay un área de atención a los hombres, y la propaganda está dirigida hacia las mujeres. ¿Qué impide que los hombres vayan a la clínica? ¿Cómo pueden los servicios de planificación familiar ser más atractivos y cómodos para los hombres?



Preguntar si está clara la diferencia entre igualdad y equidad de género en salud.

## Sesión 10 Calidad de atención y perspectiva intercultural y de género

El concepto de calidad en salud se ha venido modificando de una definición simple que evaluaba el resultado de una intervención médica, a otra, que incluye no sólo los recursos disponibles, sino también las capacidades técnicas del personal prestador de los servicios, para incorporar elementos de derechos humanos, relaciones interpersonales y perspectiva de género.

La calidad en la atención en salud puede entenderse como "el grado en que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en la salud."<sup>63</sup> Esto se conjunta con la importancia de lograr todos los beneficios posibles de la atención médica exponiendo a la población usuaria a los menores riesgos tomando en cuenta el contexto de la atención; también implica lograr los máximos beneficios alcanzados al menor costo.

Se destacan en este enfoque de calidad de la atención en salud dos dimensiones íntimamente relacionadas: la técnica (aplicación de conocimientos y técnicas para la atención en salud) y la interpersonal (relación establecida entre el personal proveedor y las personas usuarias). Estas dimensiones cobran un carácter concreto si tomamos en cuenta que quienes acuden a los centros de salud son en un mayor porcentaje mujeres; de igual manera habría que agregar que quienes prestan servicios de salud también son mayoritariamente mujeres.

Diversos estudios coinciden en que por lo menos hay tres ámbitos de modificación de la calidad de la atención,<sup>64</sup> donde se puede tener una incidencia considerable:

**El sistema:** que incluye las condiciones económicas, políticas y de desarrollo, los patrones culturales y la estructura institucional de cuidado de la salud, sus políticas internas y normativas, sus recursos financieros y la formación de sus recursos humanos.

**Las personas prestadoras de servicios de salud:** sus identidades genéricas como prestadores y prestadoras, su ubicación social, su formación técnica o profesional, sus condiciones de trabajo y satisfacción laboral, su situación familiar, su propia salud, su relación con el poder, su ejercicio de derechos y participación ciudadana.

**La población usuaria o consultante,** sus procesos de socialización e identidad de género, su edad, su autoestima, sus problemas y necesidades de salud, sus expectativas, sus conocimientos y conciencia de sus derechos, su posición de poder (de género, clase, etnia, etcétera), su situación laboral y familiar, su participación ciudadana.

Asimismo, los estudios biomédicos y del comportamiento han propuesto por lo menos cuatro principios éticos que son también válidos para el caso de los servicios de salud; éstos son:<sup>65</sup>

- 1. Integridad corporal:** reconocimiento de la interrelación de los aspectos emocionales, mentales y corporales de la persona, y del trato respetuoso y libre de coacción a su cuerpo, su sexualidad y su capacidad reproductiva.
- 2. Respeto a las personas:** se reconoce y se respeta la autonomía de las personas para decidir y se protege a las que no tienen suficiente capacidad de autodeterminación (niños/niñas pequeños/pequeñas, personas con retardo mental y personas muy enfermas con afectación de su estado de conciencia). Esto incluye, además, la dignificación de la población usuaria, fortaleciendo su individuación y autoestima, potenciando su empoderamiento y autodeterminación; así como el respeto a las diferencias en términos de valores, cultura, religión, orientación sexual, condición familiar, etc.

3. **Beneficiencia:** supone no causar perjuicio y dar los mayores beneficios posibles, incluyendo los menores riesgos posibles.
4. **Justicia:** está relacionado con los derechos de las personas y la equidad. Sería dar a cada persona lo que le corresponde y pertenece. Esto implica también la conciencia, el respeto y el ejercicio de derechos a diversos aspectos de la salud.

Estos principios deben sustentar toda relación con las personas usuarias, por lo que debería formar parte tanto de la formación del personal, como fundamento de las propias instituciones.

Por otro lado, se han propuesto seis parámetros de calidad de atención en los servicios,<sup>66</sup> dirigidos inicialmente a planificación familiar, pero considerados también válidos para otros servicios. Éstos son:

1. **Información a la persona usuaria:** considera que el personal proveedor de servicios de salud debe proporcionar información sobre diversas opciones, sus beneficios y sus riesgos.
2. **Relación interpersonal:** el contenido afectivo de la articulación entre la persona usuaria y la trabajadora de salud.
3. **Opciones de métodos:** donde se asegure el acceso al mayor número de métodos posibles.
4. **Competencia técnica:** del personal proveedor de servicios en conocimientos, habilidades, recursos y tecnologías.
5. **Mecanismos de continuidad:** seguimiento que debe darse a las personas usuarias, potenciando los comportamientos favorables que contribuyan al cuidado de la salud en lo individual y en los espacios comunitarios.
6. **Constelación de servicios:** la integralidad de los servicios de salud para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias.

Una propuesta interesante desde la sociedad civil ha sido la combinación de los principios éticos antes mencionados, con estos seis parámetros de calidad descritos, lo cual da como resultado una serie de indicadores de calidad de la atención en salud desde una perspectiva de género, que ayudan a concretizar el seguimiento y la evaluación de estos aspectos.

La prestación de servicios médicos de calidad con perspectiva de género debe, por tanto, considerar los siguientes puntos:

- El estado y los determinantes de salud para mujeres y hombres.
- Los obstáculos basados en el género en los servicios y recursos de salud.
- El impacto de políticas y programas de salud en mujeres y hombres.
- La distribución y remuneración del trabajo en salud en mujeres y hombres.
- La participación en la formulación de políticas y toma de decisiones en salud de mujeres y hombres.

Finalmente, destacar que para garantizar una calidad de atención en salud con perspectiva de género en los servicios, además de lo señalado, es necesario desarrollar un sistema de monitoreo y evaluación que genere información cualitativa y cuantitativa que dé cuenta del contexto, los procesos y los resultados de las acciones. En las relaciones entre hombres y mujeres hay dimensiones de la salud difíciles de medir, como el cuidado, la responsabilidad o el respeto; por lo mismo, es necesario definir indicadores precisos que nos faciliten información de los cambios, lo cual posibilita la comparación de resultados con otras comunidades, así como las tendencias de avances o retrocesos de las políticas y programas.<sup>36</sup>

## Actividad 3. ¿Cómo prestamos los servicios?

Tiempo aproximado:  
45 minutos



**Objetivo.** Reflexionar sobre la importancia de considerar y respetar la diversidad cultural existente en nuestro país de cara a proporcionar calidad de atención en salud.



**Contenidos.** Calidad de atención considerando la diversidad cultural.



**Materiales.** Papelógrafo, plumones y masking.



**Desarrollo.**



Se forman cuatro subgrupos, invitándoles a leer los casos que aparecen en los anexos y a reflexionar sobre la discriminación en la atención en salud que en ellos aparece. Para ello se les pide que respondan a las siguientes preguntas:

- A. ¿Creen que se discrimina a esa persona? En caso positivo, ¿En qué consiste esa discriminación? ¿Por qué se la discrimina?
- B. ¿Se le está dando una atención de calidad? ¿Por qué? ¿Cómo sería una atención de calidad?
- C. ¿En el segundo caso, qué es lo que realmente preocupa a los médicos y a las médicas? ¿Creen que se trata de un caso de discriminación o de que en realidad los médicos no contaban con los medios necesarios para atender adecuadamente ese tipo de lesiones?
- D. ¿Conocen algún caso donde se haya prestado una mala atención a personas indígenas en un centro de salud? ¿Cómo fue?
- E. ¿Creen que la forma como se atiende a las personas indígenas en los centros de salud influye en que muchas no quieran asistir a ellos? ¿Qué se podría hacer para evitar este hecho?



Cada grupo prepara un papelógrafo de respuestas y las exponen en plenaria.



Se termina la actividad enfatizando lo importante de reflexionar y diferenciar si una atención médica incluye discriminación o no. Cuando sí la hay es importante hacer explícitos los prejuicios y las formas como se discrimina en el ámbito de la salud, para así encontrar la manera de evitar seguir repitiendo esas conductas y buscar otras formas de actuar desde el respeto a la diversidad cultural y las creencias. Esto es fundamental para mejorar la calidad de la atención prestada.



Enfatizar las posibilidades del cambio y de transformar la discriminación en salud en relaciones de respeto, equidad e intercambio de experiencias.



*Para incentivar la búsqueda de alternativas, preguntar:*

- *¿Cómo les gustaría que les trataran al ir a un centro de salud? ¿Les gustaría que menospreciaran sus creencias culturales?*

## Actividad 4. ¿Por qué no nos cuentan?

Tiempo aproximado:  
45 minutos



**Objetivo.** Reflexionar entorno a la calidad de atención prestada a las mujeres que viven una situación de violencia intrafamiliar.



**Contenidos.** Calidad de atención, violencia intrafamiliar.



**Materiales.** Copias de las gráficas y de los testimonios.



**Desarrollo.**



Se forman grupos de seis personas, se les invita a analizar las gráficas y los testimonios que aparecen en los anexos, reflexionando sobre la calidad de la atención prestada en ellos y el motivo por el que las mujeres no cuentan su situación al personal de salud.



Una vez expuesto en plenaria el resultado del análisis de las gráficas y testimonios se inicia el debate con las siguientes preguntas:

1. ¿Consideran que la atención prestada a estas mujeres es de calidad? ¿Por qué?
2. ¿Debería el personal médico intervenir cuando detecta que una mujer está sufriendo violencia? ¿En qué consistiría esta intervención?
3. ¿Qué mecanismos de defensa utiliza el personal sanitario para no prestar una atención de calidad a las mujeres que sufren maltrato?
4. ¿Qué consecuencias tiene esta falta de atención de calidad en la salud de las mujeres?
5. ¿Cómo sería una atención de calidad en los casos anteriormente expuestos?



Se finaliza recordando lo visto en el módulo 2 referente a la violencia de género y sus implicaciones en la salud de las mujeres. Es una obligación de las médicas y de los médicos el prestarles atención de calidad a estas mujeres, siendo partes importantes de ella la escucha activa, la empatía y la calidez.



## Actividad 5. La gasolinera\*

Tiempo aproximado:  
60 minutos



**Objetivo.** Identificar cómo todas las personas tienen necesidades y expectativas en torno a la calidad de atención en salud, analizando los principales componentes de la misma.



**Contenidos.** Parámetros de calidad de atención.



**Materiales.** Papelógrafo y plumones.



**Desarrollo.**



La persona que facilita pedirá que levanten la mano aquellas personas que tienen auto. Acto seguido les hará las siguientes preguntas:

1. ¿Qué necesita su auto para moverse?
2. ¿Quién le provee de gasolina?
3. Cuando va a cargar gasolina, ¿Qué espera de ese hombre o de esa mujer? Se les pide que a modo de lluvia de ideas establezcan nueve características.
4. Si algo de lo anteriormente mencionado no se cumple ¿Cómo se sienten?
5. Cuando están molestos ¿qué hacen? ¿Tienen derecho a ello?
6. ¿Qué relación tiene todo lo trabajado con la calidad de atención?
7. ¿Cómo aterrizarían esto en la calidad de atención prestada en los servicios de salud?
8. ¿Creen que la calidad de la atención en los servicios dirigida hacia las mujeres y los hombres toma en cuenta las diferencias de género?
9. ¿En qué consistiría una calidad de atención de los servicios de salud con perspectiva de género?

\* Se agradece al Dr. Arturo Campos Nava las ideas para elaborar este ejercicio.



La persona que facilita irá anotando cada respuesta en un papelógrafo e irá formulando otras preguntas que considere pertinentes en función de las respuestas dadas por las y los participantes. Ejemplo, en la segunda pregunta lo ideal es que concluyan con la afirmación de que quien les provee de gasolina es el dependiente de la gasolinera y en la quinta pregunta, la persona que facilita señalará que el sentirse molesto o cambiar de proveedor es la consecuencia de la mala calidad de atención.



A continuación la persona que facilita realizará una exposición teórica en torno a la calidad de atención en los servicios de salud desde una perspectiva de género, enlazándola con los ejemplos vistos a lo largo de la actividad (ver anexos).



*Es importante incentivar también la participación de aquellas personas que no tienen auto. Una forma de hacerlo es dirigirse a ellas y planteándoles directamente las preguntas, manejando el caso hipotético de que tienen auto.*

## Sesión 11 Cierre del taller, evaluación y despedida

### Actividad 6. Exposición teórica

Tiempo aproximado:  
50 minutos



**Objetivo.** Recordar los principales contenidos trabajados en los cinco módulos del taller.



**Contenidos.** Recapitulación de los contenidos del taller.



**Materiales.** Acetatos, proyector o cañón.



**Desarrollo.**



Exposición teórica y sintética de los principales contenidos trabajados a lo largo de los cinco módulos del taller, centrándose en los conceptos clave de cada módulo.



*Se procurará que la exposición sea dinámica y concisa dando continuidad y coherencia a todos los temas vistos durante el taller, como un proceso.*

## Actividad 7. Post-test

Tiempo aproximado:  
15 minutos



**Objetivo.** Valorar los conocimientos y actitudes en relación con el género y la salud que han adquirido las y los participantes a lo largo del taller, para compararlos con los que inicialmente tenían; esto permitirá saber qué tanto el taller impactó en las y los participantes.



**Contenidos.** Conocimientos adquiridos en el taller.



**Materiales.** Copias de formatos de pos-test para cada participante (anexos).



**Desarrollo.**



Se comenta el objetivo de la actividad y se entrega un formulario de pos-test a llenar de manera individual y anónima por cada participante. Con fines de correlación de datos, se les pide que coloquen en su hoja el mismo pseudónimo que utilizaron para llenar la hoja formulario similar al iniciar el taller (formulario de pre-test). Se darán 10 minutos para esta actividad, se recogen los formatos llenos y se agradece la cooperación.



*Enfatizar que el llenado del cuestionario es para ayudar a conocer la efectividad del taller en su conjunto.*



*Indicar la importancia de responder todas las preguntas contenidas en el formulario, incluso diciendo que no saben.*

## Actividad 8. Evaluación del taller

Tiempo aproximado:  
10 minutos



**Objetivo.** Evaluar todo el proceso formativo.



**Contenidos.** Evaluación de los cinco módulos del taller.



**Materiales.** Formatos de evaluación del taller (anexos).



**Desarrollo.**



Se entregan los cuestionarios de evaluación del taller para ser llenados de manera individual y anónima. Se dan 15 minutos para ello y se recogen las hojas.



*Enfatizar el carácter anónimo del cuestionario y lo importante de evaluar el taller en su conjunto.*

## Actividad 9. El abanico

Tiempo aproximado:  
30 minutos



**Objetivo.** Reconocimiento de las cualidades que tienen las y los participantes.



**Contenidos.** Autoestima.



**Materiales.** Hojas de papel blanco y plumas.



**Desarrollo.**



Las personas participantes se sientan en círculo y la persona que facilita explicará que la actividad consiste en armar un abanico de papel; para ello, cada participante escribirá su nombre en el extremo de una hoja blanca y lo doblará. Acto seguido pasará la hoja a la persona que está situada a su derecha, la cual leerá el nombre y escribirá una cualidad positiva de esta persona, volviendo a doblar la hoja, de forma que se siga viendo el nombre de la persona, pero no la cualidad que en ella escribió, pasará la hoja a la persona que está sentada a su derecha la cual realizará la misma tarea. La actividad termina cuando la hoja regresa a la persona que tiene ese nombre. Cada participante se queda con la hoja, la cual la puede leer en ese momento o llevársela a casa.



*Enfatizar que sólo son características o cualidades positivas.*

## Actividad 10. La ronda de despedidas

Tiempo aproximado:  
30 minutos



**Objetivo.** Dar un espacio para la despedida y entrega de constancias.



**Contenidos.** Cierre del taller, despedida y entrega de constancias.



**Materiales.** Constancias individualizadas de participación en el taller.



**Desarrollo.**



Se forma un círculo lo más amplio posible, para que quepan todas las personas participantes y se puedan ver cara a cara. Se les pide que, de manera voluntaria, respondan en voz alta y ante el grupo, a la pregunta ¿qué me llevo de este taller?, invitándoles a realizar breves intervenciones en el sentido del significado que ha tenido el taller para ellas y ellos, como proceso grupal de aprendizaje de las problemáticas relacionadas con el género en la salud y su aplicación práctica en el ámbito laboral y personal.



Para finalizar, se pide un aplauso para todas y todos y se les reparte al azar el diploma de alguien del grupo. Cada participante buscará a la persona a quien corresponde el reconocimiento y se lo entregará (Se entregará reconocimiento a cada participante que la persona que facilite estime hayan cubierto los requisitos mínimos de asistencia).



### Bibliografía recomendada.

Mercado P. Agenda propositiva para la política de salud, con una mirada de género. En Género y Política en Salud. México: UNIFEM – Secretaría de Salud; 2003.



**Anexos**

## La zorra y la cigüeña

*Sintiéndose un día muy generosa, invitó doña zorra a cenar a doña cigüeña. Pero la primera por menú tenía un caldo ralo y se lo presentó a la cigüeña servido en un plato poco profundo. Esta no pudo probar ni un solo sorbo, debido a su largo pico. La zorra, en cambio, lo lamió todo en un instante.*

*Para vengarse de esa burla, decidió la cigüeña invitar a doña zorra, la que llegada la hora corrió a casa del ave. Se relamió al ver la cena servida, pues tenía un apetito voraz. El olorcito de la carne, partida en finos pedazos, la entusiasmó aún más.*

*Pero para su desdicha, se la sirvieron en una copa de cuello alto y de estrecha boca, por el cual pasaba perfectamente el pico de doña cigüeña, pero no el hocico de la señora zorra, la que no alcanzó a tocar nada, ni con la punta de la lengua.*

*La zorra tuvo que marcharse en ayunas, avergonzada y engañada, con las orejas gachas y apretando su cola.*

Jean de La Fontaine

"La referí por un problema de preeclampsia. (Pero en el hospital) se les hizo fácil, le dieron indicaciones de los medicamentos que iba a tomar, y regresó ya conmigo, me dijo: "no pude tomar los medicamentos, no pude comprar los medicamentos" y eso no era atención (...) y me viene otra vez con el problema, la vuelvo a referir, la internan porque ya estaba complicado, esta vez me la contra-refirieron (...) no se toman la molestia de revisar a la paciente por que era indígena, de darle atención, de darle seguimiento (...) le dieron de alta, que yo le diera seguimiento aquí, pero con una presión de 180/110, así la dejaron salir, en el camino se podría haber convulsionado (...) La vuelvo a contrareferir y la señora pues ya no se quiere ir (...) tenía precisamente 200/120 (...) yo estaba con el temor de que me convulsionara " (entrevista al médico director de una unidad de salud del ISECH en los Altos de Chiapas)

"Cuando el médico entreabrió la puerta, un joven le dijo que traían a un señor de Chalchiután por una "quemada".

- ¡A ver la hoja de referencia!
- Aquí está- dijo el joven.
- Espérese ahí tantito, yo lo llamo.

Y cerró la puerta. Leyó la hoja de referencia y se rió, exclamando:

- ¡No, no, no, mire, doctora, qué nos mandaron, una quemadura de tercer grado en agosto, ya pa' qué lo mandan!
- ¿De dónde viene?-dijo a la doctora.
- De Chalchiután.
- ¡Ah, de Chalchiután... el médico de Chalchiután, es que no se vale!

Abrieron la puerta nuevamente y le dijeron al joven que les había dado la hoja de referencia que por qué hasta ahorita.

- Ahorita ya pasó mucho tiempo, ya no se le va a poder hacer nada... suspiró el médico.
- Es que el señor no quería venir- comentó el joven.
- Sí, amigo, pero ya pasó mucho tiempo.
- ¡Es que ya está grande el señor!
- ¡A ver, pásalo!- el médico dudaba.

Se acercó entonces un anciano, vestido con huipil y calzón de manta corto, descalzo, traía el brazo derecho vendado; lo pasaron a curaciones y se percataron de que no hablaba español así que le permitieron al acompañante entrar. El médico le indicó a una enfermera que le quitara el vendaje, cuando vio la quemadura quedó muy sorprendido.

- ¡Doctora, venga a ver esto!

El antebrazo se encontraba quemado con partes que estaban cicatrizando. La piel se veía rosada y retraída, además tenía el radio fracturado y expuesto. Le pidió que moviera los dedos. El anciano movió los dedos con dificultad, ya que la mano estaba sumamente edematizada.

- ¡No, amigo, aquí no se puede hacer nada!, eso necesita injerto y que le compongan el hueso, se le puede infectar, si no es que ya se infectó (le dice al joven).

El acompañante le comenta al anciano. El anciano le responde en tzotzil. El médico pregunta al joven qué es lo que había dicho.

- Dice que no quiere, que no quiere que le corten su brazo.

La médica a lo lejos, desde su escritorio, dice a su colega:

- No te preocupes, si no quieren, pues, que no vayan, diles nada más que te firmen su alta voluntaria y ya.

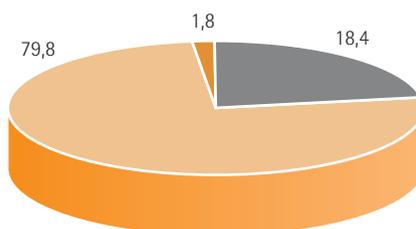
Los médicos no insisten, el acompañante me dice que el anciano no quiere ir porque tiene miedo y no tienen dinero para el viaje y la estancia en Tuxtla Gutiérrez. Llega la trabajadora social y habla con ellos, el acompañante llama a otro joven que es el nieto del anciano y platican, finalmente acceden a ir a Tuxtla. La trabajadora social dice que irá a ver lo de la ambulancia, nuevamente vuelven a platicar y el anciano se arrepiente. El acompañante le dice al médico que el anciano se arrepintió, que se van a regresar a Chalchuitán,

- ¡Que siempre no se van, doctora!- exclamó el médico.

- Tú hazles la nota de alta voluntaria y que te la firmen- concluyó la médica.

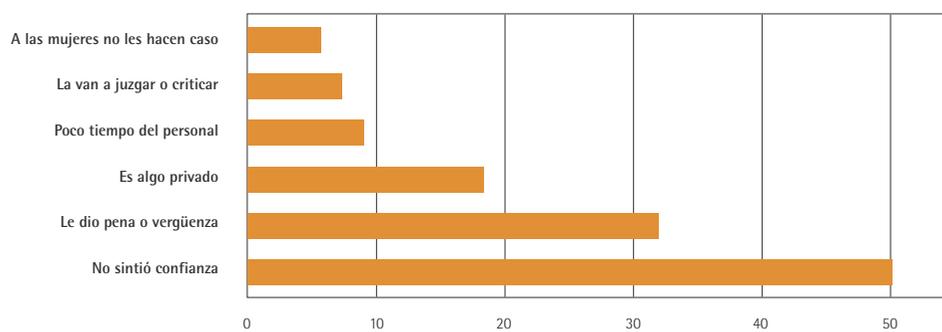
## Gráficas las consecuencias de la Violencia

Le contó al personal de salud sobre maltrato



■ SI   ■ NO   ■ No responde

¿Por qué no le contó al personal de salud?



Fuente: Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. ENVIM.  
Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud

## Testimonios de Mujeres

"Un día, después de leer un folleto educativo sobre la violencia en el hogar, el ex-presidente del Colegio Americano de Ginecoobstetricia le preguntó a una antigua paciente si su marido le había pegado alguna vez. La respuesta lo dejó estupefacto: "Doctor, no se imagina cuánto tiempo hace que espero esa pregunta." **(Tomado de Population Reports, diciembre, 1999).**

"Una mujer se quejó: fui al hospital porque mi marido me golpeó cuando quedé embarazada. Lo que más me dolió fue el hecho de que los médicos y enfermeras que me atendieron no me preguntaron qué me había pasado."

"Me sentí herida porque cuando una va al centro de salud espera que alguien le dé un poco de ayuda. Pero, una vez allí, una se siente todavía más desanimada... No la alientan para nada... La tratan igual que en la caja del supermercado."

"Mi esposo me llevó a urgencias porque el ojo se me había hinchado mucho después del golpe que me dio. El médico que me atendió le preguntó a él qué había ocurrido; mi marido le dijo que pasé sin fijarme frente a unos niños que se estaban columpiando y uno me pegó. El médico se volvió hacia mí para decirme que no fuera tan distraída y le entregó a mi esposo la receta de los medicamentos que necesitaba."

Una mujer que tuvo un aborto como resultado de los golpes del marido, describió su experiencia en el centro de salud de esta manera:

"Cuándo el médico me atendió, le expliqué qué había pasado, que había recibido una paliza, y le dije: -Ya sé que no es su función, pero necesito un favor: mi marido está afuera, en el pasillo, y necesito que usted haga algo antes de que me agarre de nuevo -. El médico me respondió que ese no era asunto de él, qué podía irme cuando quisiera y me entregó unas pastillas para la hinchazón. Luego me dejó sola en la habitación."<sup>28</sup>

Pseudónimo: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál es la distinción principal entre sexo y género?

---

---

---

2. ¿Cuáles son las principales características del concepto de género?

---

---

---

3. ¿Qué entiende por roles de género?

---

---

---

4. ¿Cuál es la causa principal de la inequidad de género?

---

---

---

5. ¿Qué significa para Ud. la equidad de género en salud?

---

---

---

6. ¿Podría citar alguna diferencia en el estado de salud de hombres y mujeres, basada en las diferencias de género?

---

---

---

7. ¿Qué propuesta haría para prevenir enfermedades y mejorar su estado personal de salud, desde un enfoque de género?

---

---

---

8. ¿Qué propuesta haría para incluir la perspectiva de género y el enfoque intercultural en su ámbito de trabajo?

---

---

---

Esta evaluación es para conocer tu opinión respecto a diferentes aspectos teórico- metodológicos trabajados en el taller. Te pedimos la mayor sinceridad, pues nos servirá para mejorar futuros talleres. Tus respuestas serán anónimas; no es necesario poner tu nombre.

Fecha \_\_\_\_\_ Dependencia \_\_\_\_\_

Sexo H  M  Edad \_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_

1. Marca con una cruz el módulo -de los cinco que se han trabajado- que te ha parecido más interesante o te ha resultado más útil:

- Módulo 1. El enfoque de género.  
 Módulo 2. Roles y violencia de género.  
 Módulo 3. La salud de las mujeres y de los hombres.  
 Módulo 4. Planeación en salud con perspectiva de género.  
 Módulo 5. Hacia la equidad de género en salud.

¿Porqué?

---



---

2. ¿Añadirías, cambiarías o eliminarías algo de los contenidos trabajados en ellos?

---



---



---

3. ¿Qué fue lo que más te gustó del taller? ¿Por qué? ¿Y lo que menos? ¿Por qué?

---



---



---

4. ¿Añadiría, cambiaría o eliminaría algo del taller?

---



---



---

5. Valore lo siguiente: (1= valor más bajo; 5= valor más alto)

|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|
| Contenidos impartidos                        |   |   |   |   |   |
| Metodología utilizada                        |   |   |   |   |   |
| Exposición de las personas facilitadoras     |   |   |   |   |   |
| Logística del taller (lugar, condiciones...) |   |   |   |   |   |

**MUCHAS GRACIAS!!!!**

Ha sido un verdadero placer avanzar con ustedes  
en la construcción de esta nueva manera  
de mirar la equidad en la salud.



## HACIA LA EQUIDAD DE GÉNERO EN SALUD

### Igualdad y Equidad de Género en Salud

#### Igualdad de género

- Implica reconocer la condición de paridad e identidad humana en las relaciones entre mujeres y hombres, de forma que ambos sexos tengan las mismas oportunidades y puedan realizarse intelectual, física y emocionalmente.
- Es un concepto empírico, legal.



## **Equidad de género en salud**

- Imperativo ético asociado a principios de justicia social y derechos humanos.
- La equidad no es sinónimo de igualdad. Si se requiere la equidad es que la igualdad no alcanza.



## Equidad de género en salud implica:

- Equidad en el estado de salud de mujeres y hombres (minimización de disparidades evitables en el bienestar físico, psíquico y social).
- Equidad en la atención a la salud a mujeres y hombres (accesibilidad, utilización, calidad, asignación de recursos y financiamiento en función de sus necesidades específicas).



## Calidad de Atención con Perspectiva Intercultural y de Género

### Calidad de atención



"Obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el o la paciente, en función de los recursos con los que se cuenta y de acuerdo a los valores sociales imperantes"\*

\* *Donabedian, 1990.*



## Principios éticos para la calidad de atención:

- Integridad corporal.
- Respeto a las personas.
- Beneficencia.
- Justicia.



## Ámbitos para modificar la calidad de atención:

- El sistema.
- Las personas prestadoras de servicios de salud.
- La población usuaria o consultante.



## Parámetros de calidad de atención:

- Información a la persona usuaria.
- Relación interpersonal.
- Opciones de métodos.
- Competencia técnica.
- Mecanismos de continuidad.
- Constelación de servicios.



## **Calidad de atención con perspectiva de género, debe considerar:**

- El estado y los determinantes de salud para mujeres y hombres.
- Los obstáculos basados en el género en los servicios y recursos de salud.
- El impacto de políticas y programas de salud en mujeres y hombres.
- La distribución y remuneración del trabajo en salud en mujeres y hombres.
- La participación en la formulación de políticas y toma de decisiones en salud de mujeres y hombres.



# **Glosario de palabras clave**



## Glosario de palabras clave

- **Abordajes Prácticos de Género (APG):** según la OPS<sup>50</sup> "buscan 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 mujeres y hombres, 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, lo que implica acceso y control diferencial sobre los recursos necesarios para proteger la salud."
- **Abordajes de Largo Alcance o Estratégicos de Género (AEG) según OPS<sup>50</sup>:** "se dirigen 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. Estos abordajes apuntan 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, de ahí que sean muy difíciles de lograr a corto plazo".
- **Acceso a la información:** capacidad de obtener conocimientos y datos que permiten la toma de decisiones de manera más oportuna y eficaz, de acuerdo con los intereses y necesidades personales.
- **Acceso a los recursos:** capacidad de usar un recurso o aprovechar una oportunidad.
- **Acción afirmativa:** "estrategia destinada a lograr la igualdad de oportunidades por medio de medidas que permiten contrastar o corregir aquellas discriminaciones resultantes de prácticas o sistemas sociales. Su finalidad es poner en marcha programas concretos para proporcionar a las mujeres ventajas concretas"<sup>67</sup>
- **Análisis de género:** proceso teórico-práctico que permite analizar diferencialmente los roles de hombres y mujeres, así como las responsabilidades, el acceso, uso y control sobre los recursos, los problemas o las necesidades, propiedades y oportunidades, con el propósito de planificar el desarrollo con eficiencia y equidad para superar las discriminaciones de género imperantes. Este análisis no debe limitarse al papel de las mujeres en la sociedad, sino que implica necesariamente estudiar formas de organización y funcionamiento de las sociedades basándose en las relaciones sociales dada entre mujeres y hombres, debiendo identificar: trabajo productivo y reproductivo, acceso y control de beneficios, limitaciones y oportunidades y la capacidad de organización de mujeres y hombres para promover la igualdad<sup>68</sup>.
- **Atributos biológicos:** aspectos definidos por la condición cromosómica, fisiológica y corporal, que definen el sexo de una persona.
- **Atributos sociales:** aspectos definidos por la socialización y la cultura que determinan la condición de mujer u hombre en una sociedad determinada. Son arbitrarios y varían en el tiempo.
- **Calidad de atención con perspectiva de género:** aquella que provee el máximo bienestar a la persona usuaria, desde el punto de vista de sus necesidades, de sus derechos humanos, de sus expectativas y de su empoderamiento. Cada uno de estos parámetros está influenciado por los procesos de construcción social de los géneros. Por ejemplo, en lo que se refiere a la calidad de atención en la salud de las mujeres, empoderamiento significa apropiación de sí misma, esto es, afirmación de su corporalidad, su sexualidad, su autoestima y sus decisiones, las cuales les han sido negadas en el proceso de construcción de su identidad de género<sup>64</sup>.
- **Cambio generacional:** aquel cambio entre una y otra generación, propiciado principalmente por la modificación en las condiciones sociales, económicas y culturales.

- **Características sexuales secundarias:** características asociadas a los cambios hormonales y que aparecen hasta la maduración sexual, en la pubertad y adolescencia: vello en pubis y axilas; en los hombres: barba, vellos en el cuerpo, cambio de voz, etc, y en las mujeres: senos, aumento de materia grasa, etc.
- **Ciclo de vida:** etapas sucesivas que viven los seres humanos de desarrollo y maduración, relacionadas con el proceso biológico y social de las personas.
- **Coeducación:** el concepto de coeducación es más amplio que el de escuela mixta. La coeducación supone y exige una intervención explícita e intencionada que ha de partir de la revisión de las pautas sexistas de la sociedad y de las instituciones en las que se desarrolla la vida de las personas, ya que en ellas se construyen y transmiten los estereotipos de lo femenino y lo masculino. La escuela mixta hace referencia a la práctica en la cual alumnos y alumnas están en las mismas aulas, reciben el mismo tipo de enseñanza, se someten a las mismas exigencias y realizan idénticas pruebas.<sup>69</sup>
- **Confianza:** procurar un clima que facilite decir realmente lo que se piensa o siente, sin que por ello ninguna persona se sienta amenazada o vulnerable.
- **Confidencialidad:** no comunicar a nadie externo al taller las opiniones y testimonios personales vertidos durante el mismo.
- **Control de los recursos:** lo definimos como la capacidad de adoptar decisiones y obtener beneficios de recursos y oportunidades.
- **Control sobre su tiempo:** la capacidad de disponer del propio tiempo para realizar determinadas actividades o desplazarse de un lugar a otro.
- **Cooperación:** participación conjunta y colaboradora de cada alumna o alumno en las distintas actividades planteadas en el taller. Es lo opuesto a la competencia.
- **Desigualdades de poder:** la perspectiva de género, además de distinguir entre los aspectos biológicos y sociales atribuidos a cada sexo y de hacer visible la forma como se construyen las identidades y se organizan los roles de género, destaca en el centro de su análisis cómo las diferencias atribuidas a hombres y mujeres se transforman en relaciones de poder desiguales.
- **Desventajas de género:** costos y obstáculos para alcanzar determinados fines o desarrollar determinadas actividades. Por ejemplo, el mayor riesgo y exposición al peligro entre los hombres o la doble jornada en las mujeres.
- **División sexual del trabajo:** atribución diferencial que se hace convencionalmente de capacidades y destrezas de mujeres y hombres y, consecuentemente la distribución de distintas tareas y responsabilidades en la vida social. Por ejemplo, el rol de proveedor a los hombres y el rol de reproductora del hogar a la mujer. La división del trabajo por género es específica de cada cultura y época en particular<sup>70</sup>.
- **Doble y triple jornada:** participación de la mujer tanto en funciones productivas como reproductivas y de gestión comunal a la vez (trabajo productivo, trabajo reproductivo y trabajo comunal).<sup>71</sup>
- **Empoderamiento:** según Batliwala, es "el proceso de ganar control sobre una misma, sobre la ideología y los recursos que determinan el poder". Estos recursos podrán ser humanos, intelectuales, financieros, físicos y de una misma.
- **Equidad de género en el estado de salud:** apunta al logro, por parte de todas las personas, del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos.<sup>62</sup> Significa que las mujeres y los hombres tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermarse, sin discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables.

- **Equidad de género:** "se refiere a una situación de justicia entre hombres y mujeres respecto a sus derechos, deberes, oportunidades, acceso a recursos, etcétera, sin que haya discriminación por causa del género al que pertenecen. Va más allá de la igualdad de género porque no pide simplemente iguales derechos y oportunidades para mujeres y hombres, sino que exista justicia en las relaciones de género."<sup>72</sup>
- **Equidad de género en salud** significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres, que las mujeres y los hombres tengan la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables.
- **Estereotipos de género:** las creencias sobre las características y roles típicos que las mujeres y los hombres tienen que tener y desarrollar en una sociedad.
- **Expectativa:** logros esperados por las personas participantes a alcanzar durante el desarrollo del taller o al final de éste. Predisponen de manera importante las actitudes iniciales de las y los participantes en el taller, por lo que es importante aclarar de inicio lo que sí podrán cumplir en este espacio.
- **Expectativas de género:** todas las conductas, actitudes y roles esperados socialmente y concebidos como la norma para hombres y mujeres, en un contexto cultural específico.
- **Experanza de vida al nacer:** es la proyección de años de vida, calculados al nacer y de acuerdo con los años de defunciones promedio.
- **Facilitador/Facilitadora:** la persona que coordina y propone diversas maneras de reflexionar sobre los diversos temas; además de presentar diversos conceptos que apoyan la comprensión de la realidad analizada.
- **Factores culturales:** aquellos elementos simbólicos, rituales e ideológicos que inciden permanentemente, manteniendo o transformando las relaciones que existen entre los géneros.
- **Factores económicos:** aquellos recursos monetarios, materiales y humanos que inciden permanentemente, manteniendo o transformando las relaciones que existen entre los géneros.
- **Factores educativos:** aquellos elementos aprendidos y la información obtenida formal e informalmente que mantiene o transforma las relaciones que existen entre los géneros.
- **Factores ambientales:** aquellos factores de relación entre los seres humanos y la naturaleza que mantienen o transforman las relaciones que existen entre los géneros.
- **Femenino:** atributos sociales de actitudes, formas de expresión, de comportarse y hasta de vestir, que se identifican como propios de las mujeres.
- **Género:** la construcción social de las diferencias biológicas entre hombres y mujeres. El género requiere la deconstrucción de las expectativas sobre el comportamiento y las características de mujeres y hombres - descrito como "feminidad" y "masculinidad". Contrario a la opinión popular, género no significa "la mujer" o "feminismo", se refiere a las relaciones desiguales de poder entre las mujeres y los hombres y al impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas.<sup>6</sup>
- **Gestión comunitaria:** todas las actividades realizadas para aportar al desarrollo o a la organización política de la comunidad, mediante la participación voluntaria en la promoción y el manejo de actividades comunales.
- **Hablar en primera persona:** opinar desde la propia experiencia, diciendo "yo pienso..." o "yo siento...". Evitando usar generalizaciones como "los hombres..." o "las mujeres..."

- **Identidad de género:** alude al modo en que el ser hombre o ser mujer viene prescrito socialmente por la combinación de rol y estatus atribuido a una persona en función de su sexo y que es interiorizado por ella misma,<sup>64</sup> a través de la identificación con sus considerados/as "iguales" y de la diferenciación con aquellos considerados "los/as otros/as".
- **Igualdad de oportunidades:** situación en la que las mujeres y los hombres tienen iguales oportunidades para realizarse intelectual, física y emocionalmente, pudiendo alcanzar las metas que establecen para su vida desarrollando sus capacidades potenciales sin distinción de género, clase, edad, sexo, religión o etnia.<sup>70</sup>
- **Igualdad de derechos:** situación real en donde las mujeres y los hombres comparten idénticos derechos económicos, políticos, civiles, culturales y sociales.<sup>70</sup>
- **Interculturalidad:** "significa una relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad, es decir, que ninguna se pone arriba o debajo de la otra. En esta relación intercultural, se quiere favorecer que las personas de culturas diferentes se puedan comunicar comprendiendo la forma de percibir la realidad y el mundo de la otra. De esta manera se facilita la apertura para la escucha y el enriquecimiento mutuo."<sup>49</sup>
- **Masculino:** atributos sociales de actitudes, formas de expresión, de comportarse y hasta de vestir, que se identifican como propios de los hombres. Actualmente se ha acuñado el término de "masculinidades" para explicar que, dependiendo de cada contexto cultural, social y de grupo, estos atributos son diferentes y que en un mismo lugar se transforman a través del tiempo.
- **Orientación sexual:** inclinación erótica por uno u otro sexo a través de las fantasías, el deseo y el contacto físico placentero. Se suele usar como su sinónimo: preferencia sexual.
- **Participación:** el aporte individual y grupal a la reflexión sobre los diversos temas propuestos durante el taller.
- **Poder:** dominio, facultad o jurisdicción para mandar, definir, controlar y decidir sobre algo o alguien.
- **Prejuicio:** opinión o conjunto de opiniones, a veces también una doctrina, aceptada acríticamente y pasivamente por la tradición, por la costumbre o bien por una autoridad cuyo dictamen aceptamos sin discutir, sin verificarlo, por inercia, por respeto o por temor.<sup>73</sup>
- **Recursos de poder:** recursos materiales y simbólicos necesarios para alcanzar un fin o satisfacer una necesidad.
- **Recursos internos:** recursos relacionados con las capacidades internalizadas y apropiadas por las personas, como la confianza, la voluntad, la estima, etcétera.
- **Respeto:** cuidar las formas de dirigirse a los y a las demás y la manera de utilizar sus opiniones, de modo que se cuide que nadie se sienta ofendido u ofendida.
- **Respeto a la diversidad:** reconocimiento del valor equitativo de personas, grupos o comunidades de personas, de sus diferentes formas de expresión de conductas y formas de vida. El ejercicio de los propios derechos debe respetar y no limitar el ejercicio de los derechos de los otros.
- **Roles o papeles de género:** Hombres y mujeres aprenden a relacionarse a partir de determinadas actividades asignadas y esperadas socialmente, según nuestro sexo biológico. Son los llamados roles o papeles de género, que son ciertos guiones a representar en la familia y en la vida pública, ya sea que vivamos en una pequeña comunidad o en una gran ciudad.
- **Salud:** "la salud es el estado de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedades," según la Organización Mundial de la Salud (OMS).



- **Socialización de género:** proceso por el cual se aprende a ser hombres y mujeres de acuerdo con el espacio físico, social y cultural en el que se desarrollan las personas y conviven. Es un proceso de aprendizaje complejo y dinámico, en el cual se adquiere una base importante en los primeros años de vida, pero se refuerza y ajusta constantemente a lo largo de todo el ciclo de vida.
- **Taller:** experiencia de formación participativa, donde se estimula la reflexión crítica y el aprendizaje significativo desde la práctica a los conceptos; a través de técnicas diversas de manera individual y grupal.
- **Tareas productivas:** aquellas que incluye la producción de bienes y servicios remunerados en dinero o en especie.
- **Tareas reproductivas:** aquellas relacionadas con la reproducción biológica y 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 las hijas y de los hijos, el asegurar la alimentación de la familia, la organización y el mantenimiento del hogar, y la atención y cuidado de sus miembros.
- **Tiempo libre:** tiempo disponible para actividades educativas, recreativas, deportivas y todas las vinculadas con el ocio, que permite el desarrollo físico, intelectual y creativo para un mejor crecimiento y desarrollo integral humano.
- **Transversalidad de género:** significa introducir el principio de la equidad entre mujeres y hombres en todas las fases de los proyectos, programas y políticas, con el objeto de evitar sesgos o discriminaciones que deban ser corregidos posteriormente. En el ámbito de la salud, la transversalidad de género no significa únicamente el asegurar que las mujeres participen en un programa de salud previamente establecido... contempla la equidad en relación con los análisis, las políticas, los procesos de planeación y las prácticas institucionales que establecen las condiciones globales para la salud y el bienestar de la población.
- **Ventajas de género:** son los privilegios sociales que permiten alcanzar determinados fines o desarrollar determinadas actividades. Por ejemplo la ventaja de los hombres de no tener asignada la responsabilidad de la reproducción del hogar; o la ventaja de las mujeres de poder expresar sus emociones.
- **Violencia hacia las mujeres:** "todo acto de violencia sexista que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psíquico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada" ONU (1995).



# Referencias



# Referencias

1. Hartigan P, Gómez-Gómez E, da Silva J, de Schutter M. Taller sobre género, salud y desarrollo: guía para facilitadores. Washington: OPS-OMS; 1997.
2. Corral JA. Inmigración e interculturalismo: interculturalidad y acción. España: Revista El Clariol, número 7. Confederación de STES; 2002.
3. Tobón M, Guzmán JE. Herramientas para construir equidad entre mujeres y hombres: manual de capacitación. Santafé de Bogotá: Proyecto Proequidad; 1995.
4. Vargas Laura, Bustillos de Núñez Graciela. Técnicas participativas para la educación popular. Costa Rica: Alforja Centro de Estudios y Publicaciones; 1984.
5. Sen A. Desigualdad de género: la misoginia como problema de salud pública. En Letras libres México; septiembre 2002:42-48.
6. Organización Panamericana de la Salud, Programa Mujer, Salud y Desarrollo. Hoja informativa. Equidad de género en salud; s/f.
7. Escudero M, Pulido M, Venegas P. Guía didáctica. Un mundo por compartir. Granada: ASPA; 2003.
8. Colectivo Amani. Educación Intercultural: análisis y resolución de conflictos. Madrid: Editorial Popular; 1994.
9. Laís A, Todaro R. Género y trabajo en las decisiones empresariales. Chile: Centro de Estudios de la Mujer; 1998.
10. Todaro R, Laís A, Godoy L. Desempeño laboral de hombres y mujeres: opinan los empresarios. Chile: Centro de Estudios de la Mujer; 1998.
11. Arango y Viveros, 1996, citado por Todaro, R.; Abramo, L.; Godoy, L. Inserción laboral de las mujeres desde el punto de vista empresarial. CEM. Santiago de Chile. 1999
12. Bustos O. La formación del género: el impacto de la socialización a través de la educación. En: Antropología de la sexualidad humana. México: Consejo Nacional de Población, tomo 1; 1994: 267-298.
13. Turín A. Los cuentos siguen contando. Algunas reflexiones sobre los estereotipos. Madrid: Horas y Horas; 1997:12.
14. Fainholc B. Hacia una escuela no sexista. Argentina: AIQUE; 1996.
15. Meana T. Palabras no se las lleva el viento... Por un uso no sexista de la lengua. Valencia: Ayuntamiento de Quart de Poblet; 2003.
16. Diccionario consultor Espasa. Madrid: Ed. Espasa Calpe.; 2001.
17. Romo S, Papadimitriou G. Sistema sexo-género. Guía metodológica. México, DF: CDHDF; 2004.
18. Salud y Género A.C. Secretaría de Salud. Trabajando con hombres jóvenes. Paternidad y Cuidado. México, DF: SSA; 2005.
19. Montero R. El Negro. En: El País, 17 de mayo, España; 2005.
20. Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. II Encuesta Europea de Condiciones de Trabajo; 1996. Disponible en: [http://europa.eu.int/agencies/efound/index\\_es.htm](http://europa.eu.int/agencies/efound/index_es.htm).
21. Rial N. Mujer, salud y seguridad en el trabajo. Ponencia presentada en la Semana Argentina de la Salud y Seguridad en el Trabajo. Argentina; 2004.
22. Alonso-Elvira N. Salud laboral y género. En: El Clarión. Revista de la Confederación de Sindicatos de Trabajadores y Trabajadoras de la Enseñanza en España. No. 12, Madrid; 2005.

23. Parra-Garrido M. Promoción y protección de la salud mental en el trabajo: análisis conceptual y sugerencias de acción. En: *Ciencia y Trabajo*. Año 6, No. 14, Santiago de Chile; oct-dic 2004: 157.
24. Góngora-Yerro et al. Acoso psicológico en el trabajo Mobbing. España: Gobierno de Navarra/ Instituto de Salud Laboral/Departamento de Salud, Navarra; 2002.
25. Schwartzmann L. Estrés laboral, síndrome de desgaste (quemado), depresión: ¿Estamos hablando de lo mismo? En: *Ciencia y Trabajo*. Año 6, No. 14, Santiago de Chile; oct-dic 2004: 177 y 180.
26. Instituto Nacional de las Mujeres. Las mexicanas y el trabajo III: hostigamiento sexual. México, DF: INMUJERES; 2004.
27. Instituto Nacional de las Mujeres-Secretaría de Salud. Manual de capacitadores y capacitadoras para el personal de salud prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. México, DF: Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva e Instituto Nacional de las Mujeres; 2003.
28. Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM). México, DF: Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud; 2003.
29. Kaufman M. Hombres, placer, poder y cambio. República Dominicana: ED. CIPAF; 1992.
30. Waring M. El valor de la producción en la teoría económica. Isis Internacional, núm. 18; 1993.
31. Ferreira G. Hombres violentos, mujeres maltratadas. Argentina: Editorial Sudamericana; 1995.
32. Ramírez-Solórzano MA. Hombres violentos: un estudio antropológico de la violencia masculina; México: Plaza y Valdés; 2002.
33. Velásquez S. Violencias cotidianas, violencias de género. México, DF: Paidós; 2003.
34. Sayavedra G, Flores E. Ser mujer ¿un riesgo para la salud? Del malestar y enfermar al poderío y la salud. México, DF: Red de Mujeres; 1997.
35. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Género y salud. Una introducción para tomadores de decisiones. México, DF: Secretaría de Salud; 2005.
36. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Hacia la equidad en materia de género en las políticas de reforma del sector salud. Reunión Subcomité sobre la Mujer, la Salud y el Desarrollo; Washington D.C. 8-9 de febrero de 1999.
37. Organización de las Naciones Unidas. Conferencia Internacional sobre población y Desarrollo. Programa de Acción de la Conferencia. El Cairo; 1994.
38. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer. Género, VIH/SIDA y derechos humanos. Manual de capacitación. Estados Unidos: UNIFEM; 2000.
39. Hartigan P. Enfermedades transmisibles, género y equidad en la salud. OPS-Harvard; 2001.
40. World Health Organization. The World Health Report: Bridging the gap. Ginebra: WHO; 1995.
41. Thomas et al. Prostitution, condom use and invasive squamous cell cervical cancer in Thailand. *American Journal of Epidemiology*; 1996. 143: 779-786.
42. Restrepo, H. Epidemiología y control del cáncer de la mujer en América Latina y el Caribe. En: Gómez, E., ed. Género, mujer y salud en las Américas. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud (Publicación Científica 541); 1994: 98-113.
43. Zacarías, F. Comunicación personal. Washington D.C. Organización Panamericana de la Salud; 1998.

44. Natera G. Las diferencias en el consumo de drogas son diferencias de género y no sólo diferencias biológicas. En: Género y políticas en salud. México, DF: UNIFEM-Secretaría de Salud; 2003.
45. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Guía de Trastornos Alimentarios. México, DF: Secretaría de Salud; 2004.
46. Comisión Nacional de Prevención de la Discriminación. Ley federal para prevenir y eliminar la discriminación. México, DF: CONAPRED; 2004.
47. Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Prohibido discriminar. México, DF: CONAMED; 2004.
48. Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud. Herramientas Interculturales: riesgo, educación en salud, participación comunitaria y manejo de conflictos. México, D.F.: Secretaría de Salud; s/f.
49. Dirección General Adjunta de Equidad de Género y Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural de la Secretaría de Salud. Esquema metodológico para sensibilizar al personal de salud sobre las perspectivas intercultural y de género en la atención en salud. México, D.F.: Secretaría de Salud; s/f.
50. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo. Taller sobre Género, Salud y Desarrollo.; Washington D.C.; 1997: 74-75.
51. Center for Development and Population Activities. Género, salud reproductiva y defensa y promoción. Manual de Capacitación. Washington: CDPA; 2000.
52. Zapata E, Townsend J, Rowlands J, Alberti P, Mercado M. Las mujeres y el poder: contra el patriarcado y la pobreza. Montecillo, México: Colegio de Postgraduados; 2002.
53. Young K. El potencial transformador en las necesidades prácticas: empoderamiento colectivo y el proceso de planificación. En: León M, comp. Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá: Tercer Mundo; 1997.
54. Rowlands J. Empoderamiento y mujeres rurales en Honduras: un modelo para el desarrollo. En: León M, comp. Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá: Tercer Mundo; 1997.
55. León M. El empoderamiento en la teoría y práctica del feminismo. En: León M, comp. Poder y empoderamiento de las mujeres. Bogotá: Tercer Mundo; 1997.
56. Menike K. El empoderamiento desde el punto de vista del pueblo. En: Development in Practice 1993; vol.3 :25-30.
57. León M. El empoderamiento de las mujeres: encuentros del primer y tercer mundo en los estudios de género. En: La Ventana, Revista de estudios de género, núm. 13, México: Universidad de Guadalajara; 2001: 94-116.
58. Torres-Parodi C. Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales. Documento presentado en el Taller Regional para la adopción e implementación de políticas de acción afirmativa para afrodescendientes de América Latina y el Caribe. Montevideo, Uruguay; del 7 al 9 de mayo de 2003.
59. Unión Mundial para la Naturaleza. UICN. Develando el género. Elementos conceptuales básicos para entender la equidad. Costa Rica: UICN; 1999.
60. Freyermuth-Enciso G. Maternidad peligrosa, evaluación de la atención institucional a la urgencia obstétrica en los Altos de Chiapas. México, DF: CIESAS, SEDESOL; 2004.

61. Pérez J, Bhattacharjea S, Ornelas B. La perspectiva de género en las instituciones públicas. Notas para el trabajo cotidiano. México, D.F.: Vereda Themis y Secretaría de Desarrollo Social del Gobierno del Distrito Federal; 2004.
62. Gómez-Gómez E. Equidad, género y salud: la visión de la Organización Panamericana de la Salud. En: López P, Rico B, Langer A, Espinosa G. (Compiladoras). Género y política en salud. México, DF: Secretaría de Salud; 2003.
63. Donabedian A. Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Un texto introductorio. Instituto Nacional de Salud Pública. Perspectivas en Salud Pública. México, D.F.: INSP; 1990, N° 10.
64. Matamala MI, Maynou OP. Salud de la mujer, calidad de atención y género. Manual guía para la realización del Curso-Taller Salud de la Mujer, Calidad de Atención y Género. Colectivo Mujer, Salud y Medicina Social. Santiago de Chile. Ediciones LOM Ltda; 1996.
65. Salas M. Foro Calidad de la Atención en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva desde la Perspectiva de Género. Declaración. En: Salas M, (coord). Calidad de la atención con perspectiva de género. Aportes desde la Sociedad Civil. México DF: SIPAM – Plaza y Valdés; 2001.
66. Matamala, MI. Calidad de la atención, Género y Salud Reproductiva de las mujeres. Santiago de Chile: Reproducciones América; 1995.
67. Barreiro L. Las cuotas mínimas de participación de las mujeres: un mecanismo de acción afirmativa. San José, Costa Rica: Centro Mujer y Familia; 1996.
68. Breefing, K. Gender issues in the word of mark. Internacional Labour Organization. Turín, Italia;1994.
69. Sánchez J, Rizo R. Coeducación. Disponible en:  
<http://www.juntadeandalucia.es/educacion>
70. Bander, G. La igualdad de oportunidades para mujeres y varones. Una meta educativa. Programa Nacional de Promoción de la Mujer en el Área Educativa. UNICEF. Argentina;1993.
71. Gomáriz, E. La planificación con perspectiva de género. Manual de Trabajo. Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia. San José, Costa Rica; 1994.
72. Centro de Comunicación y Educación Popular CANTERA. Memorias de talleres sobre Identidad, comunicación masculina y poder. Nicaragua: CANTERA; 2001.
73. Bobbio N. Elogio a la templanza y otros escritos morales. España: Ediciones Temas de Hoy; 1997:157.



**Recursos de internet**



# Recursos de internet

- Centro de Equidad de género y salud reproductiva:  
[www.generosaludreproductiva.gob.mx](http://www.generosaludreproductiva.gob.mx)
- Comunicación e Información de la Mujer, A.C:  
[www.cimac.org.mx](http://www.cimac.org.mx)
- Consejo Nacional de Población:  
[www.conapo.gob.mx](http://www.conapo.gob.mx)
- Emergency Contraception website:  
[www.opr.princeton.edu/ec](http://www.opr.princeton.edu/ec)
- Flacso. Simposio sobre participación masculina en la salud sexual y reproductiva:  
[www.flacso.cl/bibliomasc.htm](http://www.flacso.cl/bibliomasc.htm)
- Fondo de las Naciones Unidas para las Mujeres:  
[www.unifem.undp.org](http://www.unifem.undp.org)
- Foro de ONG "Cairo + 5":  
[www.ngoforum.org](http://www.ngoforum.org)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas:  
[www.unfpa.org](http://www.unfpa.org)
- Fundación Mexicana para la Salud:  
[www.funsalud.org.mx](http://www.funsalud.org.mx)
- Global Reproductive Health Forum:  
[www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet](http://www.hsph.harvard.edu/Organizations/healthnet)
- IPPF (Federación Internacional de Planificación Familiar):  
[www.ippf.org](http://www.ippf.org)
- Médicos del Mundo:  
[www.medicosdelmundo.org](http://www.medicosdelmundo.org)
- Mujeres en Red:  
[www.nodo50.org/mujeresred](http://www.nodo50.org/mujeresred)

- Organización Mundial de la Salud:  
[www.who.org/](http://www.who.org/)
- Organización Panamericana de la Salud (OPS):  
[www.paho.org/generosalud](http://www.paho.org/generosalud)
- Qweb Sweden  
(Red Mundial para la promoción de la salud de las mujeres y la igualdad entre los géneros):  
[www.qweb.kvinnonforum.se](http://www.qweb.kvinnonforum.se)
- Reproductive Health Online-Reproline:  
[www.reproline.jhu.edu](http://www.reproline.jhu.edu)
- Red de referencia y contrarreferencia de casos de violencia doméstica en el Distrito Federal  
<http://www.prodigyweb.net.mx/epedroza/>
- Red de Salud de las Mujeres Latinoamericanas y del Caribe:  
[www.redesalud.web.cl](http://www.redesalud.web.cl)
- Salud Integral para la Mujer, A.C :  
[www.sipam.org.mx](http://www.sipam.org.mx)
- Secretaría de Salud:  
[www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx)
- The Population Council:  
[www.popcouncil.org](http://www.popcouncil.org)



# Propuestas de taller en distintos tiempos



# Cuadro Resumen

## Propuesta para un taller de 1 día (8 horas)

| Cuadro Resumen*   |   | Propuesta para un taller de 1 día (8 horas)  |        |  |
|---|---|--|--------|--|
| Contenido   | Objetivo  | Actividad  | Tiempo | Materiales   |
| 1. Presentación de los/as participantes.  | Propiciar que las personas participantes se conozcan entre sí.  | "Los refranes".  | 25'    | Tarjetas con refranes escritos.  |
| 2. Femenino/masculino.  | Identificar las características consideradas como femeninas o como masculinas y discutir hasta qué punto son naturales o culturales.  | "Diferencias entre mujeres y hombres"<br><b>Exposición teórica:</b><br>Lo natural, lo cultural.                            | 50'    | Papelógrafos, plumones y plumas.   |
| 3. Estereotipos de género. Roles de género. División sexual de trabajo.                           | Adquirir conciencia de los estereotipos de género que todas las personas tienen. Identificar los distintos roles que desempeñan mujeres y hombres, así como los distintos trabajos atribuidos a unas y otros. | ¿Qué nos dicen las fotos?<br><b>Exposición teórica:</b><br>Estereotipos. Socialización y División sexual del trabajo.      | 70'    | Copia de fotos o presentación en cañón.                                  |
| 4. Violencia de género.   | Analizar cómo la violencia se basa en el ejercicio de relaciones de poder entre los géneros.  | "Indagar la realidad"<br><b>Exposición teórica:</b><br>Violencia de género.  | 70'    | Copias de los casos, papelógrafo, plumones y cinta adhesiva.             |
| <b>Receso Comida</b>  | <b>Receso Comida</b>  | <b>Receso Comida</b>   | 60'    |  |
| 5. Dimensión de género en padecimientos de mujeres y hombres.                                     | Examinar cómo los padecimientos en mujeres y hombres están relacionados con las inequidades de género.  | "Análisis de Casos"<br><b>Exposición teórica:</b><br>Los estados de salud de mujeres y de hombres.                         | 70'    | Copias de casos, guía de trabajo papelógrafos, plumones, cinta adhesiva. |
| 6. Abordajes prácticos y a largo plazo en mi área o institución de trabajo. Acciones afirmativas. | Reflexionar sobre cómo incluir los abordajes prácticos, a largo plazo y las acciones afirmativas en el ámbito de la salud.  | "¿Qué podemos hacer nosotr@s?"<br><b>Exposición teórica:</b><br>Abordajes prácticos, a largo plazo y acciones afirmativas. | 80'    | Matriz de respuestas.  |
| 7. Parámetros de calidad de atención en salud.  | Analizar los principales componentes de la calidad de atención en salud con perspectiva de género.  | La gasolinera<br><b>Exposición teórica:</b><br>Calidad de atención en salud con perspectiva de género.                     | 60'    | Papelógrafo, plumones y cinta adhesiva.                                  |
| 8. Evaluación y despedida.  | Evaluar brevemente la sesión.   | Formato de evaluación.   | 10'    |  |

# Cuadro Resumen

## Módulo 1 Propuesta para un taller de 3 días y medio (26 horas) (7 horas)

| Sesión 1<br>primera parte  |   | Tiempo estimado: 1 hr. 25 min. |        |   |
|--|---|--------------------------------|--------|---|
| Tema. Presentación y encuadre                                    |   |                                |        |   |
| Contenido  | Objetivo  | Actividad                      | Tiempo | Materiales  |
| 1. Pre-test.   | Valorar los conocimientos sobre género y salud que poseen los/as participantes al llegar al taller.   | Llenado de formatos.           | 10'    | Formatos de Pre-test.   |
| 2. Presentación de los/as participantes. Espectativas del grupo. | Propiciar que las personas participantes se conozcan entre sí. Compartir sus expectativas del taller.   | Los refranes.                  | 25'    | Tarjetas con refranes escritos.                                   |
| 3. Presentación del programa.                                    | Presentar un resumen de los principales aspectos a desarrollar durante el taller, así como algunos datos que reflejan la relación entre género y salud. | Exposición teórica.            | 25'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón, copias del programa. |
| 4. Acuerdos de trabajo.  | Concertar con el grupo principios básicos de interacción durante el taller.   | Adentro y afuera.              | 15'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.                          |

| Sesión 1<br>segunda parte                               |  | Tiempo estimado: 2 hrs.              |        |  |
|---|--|--------------------------------------|--------|--|
| Tema. El enfoque de género                              |  |                                      |        |  |
| Contenido   | Objetivo   | Actividad                            | Tiempo | Materiales   |
| 5. Femenino/masculino.                                  | Identificar características consideradas como femeninas o como masculinas y discutir hasta qué punto son naturales o culturales.   | Diferencias entre mujeres y hombres. | 40'    | Papelógrafos, plumones y plumas.                               |
| 6. Diferencias sexo/género.                             | Comprender la diferencia y relación entre los conceptos de sexo y género.  | Exposición de conceptos.             | 30'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.                   |
| <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>  | <b>Receso</b>                        | 15'    |  |
| 7. Estereotipos de género. Prejuicios y discriminación. | Adquirir conciencia de los estereotipos de género y culturales que todas las personas tienen. Analizar cómo los estereotipos pueden conducir a los prejuicios y a la discriminación. | ¿Qué vemos e imaginamos?             | 30'    | Copia de fotos o presentación en cañón. Copia de una historia. |
| 8. Estereotipos. Prejuicios. Discriminación.            | Profundizar en las principales características de los estereotipos de género.  | Exposición teórica.                  | 20'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.                   |

| Sesión 2                         |   | Tiempo estimado: 3 hrs.   |        |  |
|----------------------------------|---|---------------------------|--------|--|
| Tema. La socialización de género |   |                           |        |  |
| Contenido                        | Objetivo  | Actividad                 | Tiempo | Materiales                                   |
| 9. Socialización de género.      | Reflexionar sobre algunas formas de aprendizaje del género.   | Juegos, cuentos y demás.  | 50'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.     |
| <b>Receso</b>                    | <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>             | 15'    |  |
| 10. Socialización de género.     | Identificar y profundizar en los principales agentes de socialización de género.                            | Exposición teórica.       | 40'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón. |
| 11. Femenidad y masculinidad.    | Analizar cómo el género condiciona nuestra identidad estableciendo diferencias para mujeres y para hombres. | ¿Es femenina o masculina? | 60'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón. |
| 12. Evaluación.                  | Valorar brevemente la sesión.   | El telegrama.             | 10'    |  |

## Módulo 2 Propuesta para un taller de 3 días y medio (26 horas) (7 horas)

| Sesión 3  |   | Tiempo estimado: 2 hrs.          |        |  |
|---|---|----------------------------------|--------|--|
| Tema. Roles de género y división sexual del trabajo             |   |                                  |        |  |
| Contenido   | Objetivo  | Actividad                        | Tiempo | Materiales   |
| 1. Confianza grupal.  | Promover un sentimiento de confianza entre las y los participantes.   | El lazarillo.                    | 30'    | Paliacates de colores.   |
| 2. Roles de género. División sexual del trabajo.                | Identificar los distintos roles que desempeñan mujeres y hombres, así como los distintos trabajos atribuidos a unas y otros.  | El trabajo de mujeres y hombres. | 50'    | Copia de casos, copia de cuadro-horario, papelógrafo, plumones y cinta adhesiva. |
| 3. Roles de género. División sexual del trabajo. Salud laboral. | Profundizar en torno a las principales características de los roles de género y de la división sexual del trabajo, examinando los efectos de los distintos trabajos en la salud de mujeres y hombres. | Exposición teórica.              | 30'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.                                     |
| Receso  | Receso  | Receso                           | 15'    |  |

| Sesión 4   |  | Tiempo estimado: 2 hrs. 10 min. |        |  |
|--|--|---------------------------------|--------|--|
| Tema: Relaciones de poder y violencia de género      |  |                                 |        |  |
| Contenido  | Objetivo   | Actividad                       | Tiempo | Materiales   |
| 4. La relaciones de género como relaciones de poder. | Reflexionar sobre las consecuencias del control de determinados recursos en la vida de mujeres y hombres.          | Recursos de poder.              | 40'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.                     |
| 5. Violencia hacia las mujeres.                      | Analizar cómo la violencia se basa en el ejercicio de relaciones de poder entre mujeres y hombres.                 | Indagar la realidad.            | 50'    | Copias de los casos, papelógrafo, plumones y cinta adhesiva. |
| 6. Violencia de género.                              | Examinar las principales características de la violencia de género y sus consecuencias en la salud de las mujeres. | Exposición teórica.             | 40'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón                  |

| Sesión 5  |  | Tiempo estimado: 2 hrs. 50 min.    |        |  |
|---|--|------------------------------------|--------|--|
| Tema: La relación entre el género y la salud de mujeres y hombres |  |                                    |        |  |
| Contenido   | Objetivo   | Actividad                          | Tiempo | Materiales   |
| 7. Las diferencias de género en la salud.                         | Explorar la relación entre los atributos de género y los malestares de hombres y mujeres.              | Cuerpo de mujer, cuerpo de hombre. | 50'    | Papelógrafos, postits de colores, plumones, cinta adhesiva.                |
| 8. Distensión grupal.   | Facilitar un clima de relajación dentro del grupo.   | La radio.                          | 15'    |  |
| 9. Dimensión de género en padecimientos de mujeres y hombres.     | Analizar cómo los padecimientos en mujeres y hombres están relacionados con las inequidades de género. | Análisis de Casos.                 | 50'    | Copias de casos, guía de trabajo, papelógrafos, plumones y cinta adhesiva. |
| 10. Los estados de salud de mujeres y hombres.                    | Revisar algunos datos sobre el estado de salud de mujeres y hombres.                                   | Exposición teórica.                | 40'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.                               |
| 11. Evaluación.   | Valorar brevemente el módulo.  | El cuestionario.                   | 15'    |  |

## Módulo 3 Propuesta para un taller de 3 días y medio (26 horas) (7 horas)

### Sesión 6

Tiempo estimado: 2 hrs. 45 min.

#### Tema: Género y salud en el ciclo de vida

| Contenido   | Objetivo  | Actividad                                 | Tiempo | Materiales   |
|---|---|---|--------|--|
| 1. Cooperación grupal.                                  | Reflexionar sobre la importancia de la cooperación en el ámbito personal y laboral.                                   | El collage de las estaciones.             | 30'    | Tijeras, plumones de colores, pegamento, recortes de revistas, cartulinas, cinta adhesiva. |
| 2. La salud en las etapas de vida.                      | Examinar los estados de salud en cada etapa de la vida.   | La salud de mujeres, la salud de hombres. | 90'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.   |
| 3. El papel de las mujeres como cuidadoras de la salud. | Reflexionar sobre cómo culturalmente se ha asignado a las mujeres el papel de cuidadoras de la salud de las/os demás. | Las mujeres y el cuidado de la salud.     | 45'    | Espacio amplio, mesa, sillas, tazas y platos. Copias del sociodrama.                       |
| <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>                             | 15'    |  |

### Sesión 7

Tiempo estimado: 2 hrs.

#### Tema: El enfoque intercultural en salud

| Contenido                             | Objetivo  | Actividad                           | Tiempo | Materiales   |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--------|--|
| 4. Discriminación.                    | Vivenciar cómo todas las personas pueden sufrir discriminación.                                   | El círculo de las discriminaciones. | 45'    | Espacio amplio con sillas. Listado de posibles discriminaciones. |
| 5. El enfoque intercultural.          | Reflexionar sobre la importancia de incorporar un enfoque intercultural dentro de la salud.       | Yo apporto, tú aportas.             | 30'    | Copia de texto. Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.         |
| 6. El enfoque intercultural en salud. | Examinar las principales características del enfoque intercultural dentro del ámbito de la salud. | Exposición teórica.                 | 30'    | Papelógrafo, proyector de acetatos o cañón.                      |

| Sesión 8                                   |  | Tiempo estimado: 1 hr. 45 min. |        |  |
|--|--|--------------------------------|--------|--|
| Tema: Herramientas de planeación en género |  |                                |        |  |
| Contenido                                  | Objetivo   | Actividad                      | Tiempo | Materiales   |
| 7. Comunicación.<br>Relajación.            | Facilitar la relajación de grupo.  | El masaje.                     | 15'    | Espacio amplio sin sillas.                         |
| 8. Acceso y control.                       | Profundizar en el conocimiento y diferencias entre los conceptos acceso y control.                   | El acceso y el control.        | 45'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.           |
| 9. Empoderamiento.                         | Analizar la estrategia de empoderamiento, como una estrategia básica del enfoque de género en salud. | ¿Dónde tengo poder?            | 45'    | Tarjetas, papelógrafos, plumones y cinta adhesiva. |
| 10. Evaluación.                            | Valorar la sesión de manera breve y dinámica.  | La pelota caliente.            | 20'    |  |

## Módulo 4 Propuesta para un taller de 3 días y medio (26 horas) (5 horas)

## Sesión 9

Tiempo estimado: 3 hrs. 30 min.

## Tema: Herramientas de planeación en género y calidad de atención

| Contenido  | Objetivo   | Actividad                       | Tiempo | Materiales  |
|--|--|---------------------------------|--------|---|
| 1. Creación de redes.  | Reflexionar en torno a la importancia del trabajo coordinado y a la creación de redes.                               | La tela de araña.               | 20'    | Salón amplio sin sillas.                                  |
| 2. Igualdad y equidad en salud.  | Definir y analizar los conceptos de igualdad y de equidad de género y sus implicaciones en el ámbito de la salud.    | ¿Podemos comer del mismo plato? | 40'    | Copias de cuento, papelógrafo, plumones, cinta adhesiva.  |
| 3. Abordajes prácticos y a largo plazo en género y salud. Medidas de acción positivas. | Analizar las principales características y diferencias de los abordajes prácticos y a largo plazo en género y salud. | El caso de Chabela.             | 90'    | Copias del caso. Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva. |
| 4. Calidad de atención en salud desde una perspectiva de género.                       | Examinar los principales componentes de la calidad de atención en salud con perspectiva de género.                   | La gasolinera.                  | 60'    | Papelógrafo, plumones y cinta adhesiva.                   |

## Sesión 10

Tiempo estimado: 1 hr. 30 min.

## Tema: Despedida y cierre del taller

| Contenido                                  | Objetivo  | Actividad               | Tiempo | Materiales   |
|--|---|-------------------------|--------|--|
| 5. Pos-test.                               | Averiguar los conocimientos sobre género y salud que los/as participantes han adquirido en el taller. | Llenado de formato.     | 20'    | Formatos de pos-test y plumas.                               |
| 6. Evaluación del taller.                  | Evaluar los módulos de taller.  | Evaluación.             | 15'    | Formatos de evaluación del taller.                           |
| 7. Autoestima.                             | Aumentar la autoestima de las y los participantes.  | El abanico.             | 30'    | Hojas de papel blanco y plumas.                              |
| 8. Despedida y entrega de reconocimientos. | Ofrecer un espacio para despedirse y entregar reconocimientos.  | La ronda de despedidas. | 25'    | Reconocimientos individualizados de participación al taller. |

# Cuadro Resumen

## Módulo 1 Propuesta para un taller de 5 días (30 horas) (6 horas)

| Sesión 1<br>primera parte  |   | Tiempo estimado: 1 hr. 15 min. |        |   |
|--|---|--------------------------------|--------|---|
| Tema. Presentación y encuadre                                    |   |                                |        |   |
| Contenido  | Objetivo  | Actividad                      | Tiempo | Materiales  |
| 1. Pre-test.   | Valorar los conocimientos sobre género y salud que poseen los/as participantes al llegar al taller.   | Llenado de formatos.           | 10'    | Formatos de Pre-test.   |
| 2. Presentación de los/as participantes. Espectativas del grupo. | Propiciar que las personas participantes se conozcan entre sí. Compartir sus expectativas del taller.   | "Los refranes".                | 25'    | Tarjetas con refranes escritos.                                   |
| 3. Presentación del programa.                                    | Presentar un resumen de los principales aspectos a desarrollar durante el taller, así como algunos datos que reflejan la relación entre género y salud. | Exposición teórica.            | 25'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón, copias del programa. |
| 4. Acuerdos de trabajo.  | Concertar con el grupo principios básicos de interacción durante el taller.   | "Adentro y afuera".            | 15'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.                          |

| Sesión 1<br>segunda parte                               |  | Tiempo estimado: 2 hrs. 15 min.      |            |  |
|---|--|--------------------------------------|------------|--|
| Tema. El enfoque de género                              |  |                                      |            |  |
| Contenido   | Objetivo   | Actividad                            | Tiempo     | Materiales   |
| 5. Femenino/masculino.                                  | Identificar características consideradas como femeninas o como masculinas y discutir hasta qué punto son naturales o culturales.   | Diferencias entre mujeres y hombres. | 40'        | Papelógrafos, plumones y plumas.                               |
| 6. Diferencias sexo/género.                             | Comprender la diferencia y relación entre los conceptos de sexo y género.  | Exposición de conceptos.             | 30'        | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.                   |
| <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>  | <b>Receso</b>                        | <b>15'</b> |  |
| 7. Estereotipos de género. Prejuicios y discriminación. | Adquirir conciencia de los estereotipos de género y culturales que todas las personas tienen. Analizar cómo los estereotipos pueden conducir a los prejuicios y a la discriminación. | ¿Qué vemos e imaginamos?             | 30'        | Copia de fotos o presentación en cañón. Copia de una historia. |
| 8. Estereotipos. Prejuicios. Discriminación.            | Profundizar en las principales características de los estereotipos de género.  | Exposición teórica.                  | 20'        | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.                   |

| Sesión 2                         |   | Tiempo estimado: 2 hrs. 30 min. |        |  |
|----------------------------------|---|---------------------------------|--------|--|
| Tema. La socialización de género |   |                                 |        |  |
| Contenido                        | Objetivo  | Actividad                       | Tiempo | Materiales   |
| 9. Socialización de género.      | Reflexionar sobre algunas formas de aprendizaje del género.   | Juegos, cuentos y demás.        | 50'    | Tarjetas blancas, papélografos, plumones y cinta adhesiva. |
| 10. Socialización de género.     | Identificar y profundizar en los principales agentes de socialización de género.                            | Exposición teórica.             | 40'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.               |
| 11. Femenidad y masculinidad.    | Analizar cómo el género condiciona nuestra identidad estableciendo diferencias para mujeres y para hombres. | ¿Es femenina o masculina?       | 50'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.               |
| 12. Evaluación.                  | Valorar brevemente la sesión.   | El telegrama.                   | 10'    |  |

## Módulo 2 Propuesta para un taller de 5 días (30 horas) (6 horas)

## Sesión 3

Tiempo estimado: 2 hrs. 20 min.

## Tema. Roles de género y división sexual del trabajo

| Contenido   | Objetivo  | Actividad                        | Tiempo | Materiales                                   |
|---|---|----------------------------------|--------|--|
| 1. Confianza grupal.  | Promover un sentimiento de confianza entre las y los participantes.   | El lazarillo.                    | 15'    | Paliacates de colores.                       |
| 2. Roles de género. División sexual del trabajo.                | Identificar los distintos roles que desempeñan mujeres y hombres, así como los distintos trabajos atribuidos a unas y otros.  | El trabajo de mujeres y hombres. | 60'    | Copias de ejemplos y hojas de resumen.       |
| 3. Valoración genérica del trabajo.                             | Analizar el valor económico y social desigual que se atribuye al trabajo en función del género.   | ¿Por qué no vale igual?"         | 35'    | Copias del texto, plumones y papelógrafo.    |
| 4. Roles de género. División sexual del trabajo. Salud laboral. | Profundizar en torno a las principales características de los roles de género y de la división sexual del trabajo, examinando los efectos de los distintos trabajos en la salud de mujeres y hombres. | Exposición teórica.              | 30'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón. |
| Receso  | Receso  | Receso                           | 15'    |  |

## Sesión 4

Tiempo estimado: 2 hrs. 55 min.

## Tema: Relaciones de poder y violencia de género

| Contenido  | Objetivo   | Actividad                 | Tiempo | Materiales   |
|--|--|---------------------------|--------|--|
| 5. La relaciones de género como relaciones de poder.         | Reflexionar sobre las consecuencias del control de determinados recursos en la vida de mujeres y hombres.          | Recursos de poder.        | 40'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.                     |
| 6. Violencia hacia las mujeres.                              | Analizar cómo la violencia se basa en el ejercicio de relaciones de poder entre mujeres y hombres.                 | Indagar la realidad.      | 70'    | Copias de los casos, papelógrafo, plumones y cinta adhesiva. |
| 7. Distensión grupal.  | Facilitar un clima de relajación dentro del grupo.   | La radio.                 | 15'    |  |
| 8. Consecuencias de la violencia en la salud de las mujeres. | Reflexionar sobre las consecuencias que tiene la violencia en la vida de las mujeres.                              | ¿Y qué pasa con la salud? | 40'    | Copias de gráficas, plumones, papelógrafo y cinta adhesiva.  |
| 9. Violencia de género.                                      | Examinar las principales características de la violencia de género y sus consecuencias en la salud de las mujeres. | Exposición teórica.       | 40'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.                 |
| 10. Evaluación.  | Valorar brevemente la sesión.  | Un dibujo.                | 10'    |  |

## Módulo 3 Propuesta para un taller de 5 días (30 horas) (6 horas)

### Sesión 5

Tiempo estimado: 3 hrs. 20 min.

#### Tema: La relación entre el género y la salud de mujeres y hombres

| Contenido   | Objetivo   | Actividad                          | Tiempo | Materiales   |
|---|--|------------------------------------|--------|--|
| 1. Cooperación grupal.  | Reflexionar sobre la importancia de la cooperación en el ámbito personal y laboral.                    | El Collage de las estaciones.      | 30'    | Tijeras, plumones de colores, pegamento, recortes de revistas, cartulinas, cinta adhesiva. |
| 2. Las diferencias de género en la salud.                     | Explorar la relación entre los atributos de género y los malestares de hombres y mujeres.              | Cuerpo de mujer, cuerpo de hombre. | 15'    | Papelógrafos, postits de colores, plumones, cinta adhesiva.                                |
| 3. Dimensión de género en padecimientos de mujeres y hombres. | Analizar cómo los padecimientos en mujeres y hombres están relacionados con las inequidades de género. | Análisis de Casos.                 | 60'    | Copias de casos, guía de trabajo, papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.                 |
| <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>  | <b>Receso</b>                      | 15'    |  |
| 4. Los estados de salud de mujeres y hombres.                 | Revisar algunos datos sobre el estado de salud de mujeres y hombres.                                   | Exposición teórica.                | 40'    | Papelógrafos, proyector de acetatos o cañón.   |

### Sesión 6

Tiempo estimado: 2 hrs. 40 min.

#### Tema: Género y salud en el ciclo de vida

| Contenido   | Objetivo  | Actividad                                 | Tiempo | Materiales   |
|---|---|---|--------|--|
| 5. Comunicación. Relajación.                            | Facilitar la relajación del grupo.  | El masaje.                                | 15'    | Espacio amplio y sin sillas.                         |
| 6. La salud en las etapas de vida.                      | Examinar los estados de salud en cada etapa de la vida.   | La salud de mujeres, la salud de hombres. | 90'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.             |
| 7. El papel de las mujeres como cuidadoras de la salud. | Reflexionar sobre cómo culturalmente se ha asignado a las mujeres el papel de cuidadoras de la salud de las/os demás. | Las mujeres y el cuidado de la salud.     | 45'    | Copias del sociodrama. Mesa, sillas, tazas y platos. |
| 8. Evaluación.  | Valorar brevemente el módulo.   | El cuestionario.                          | 10'    |  |

## Módulo 4 Propuesta para un taller de 5 días (30 horas) (6 horas)

### Sesión 7

Tiempo estimado: 1 hr. 30 min.

#### Tema: El enfoque intercultural en salud

| Contenido                             | Objetivo  | Actividad                           | Tiempo | Materiales   |
|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--------|--|
| 1. Discriminación.                    | Vivenciar cómo todas las personas pueden sufrir discriminación.                                   | El círculo de las discriminaciones. | 25'    | Espacio amplio con sillas.                               |
| 2. El enfoque intercultural.          | Reflexionar sobre la importancia de incorporar un enfoque intercultural dentro de la salud.       | Yo apporto, tú aportas.             | 35'    | Copia de texto. Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva. |
| 3. El enfoque intercultural en salud. | Examinar las principales características del enfoque intercultural dentro del ámbito de la salud. | Exposición teórica.                 | 30'    | Papelógrafo, proyector de acetatos o cañón.              |

### Sesión 8

Tiempo estimado: 4 hrs. 30 min.

#### Tema: Herramientas de planeación en género

| Contenido   | Objetivo   | Actividad               | Tiempo | Materiales  |
|---|--|-------------------------|--------|---|
| 4. Acceso y control.  | Profundizar en el conocimiento y diferencias entre los conceptos acceso y control.   | El acceso y el control. | 45'    | Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.                  |
| 5. Empoderamiento.  | Analizar la estrategia de empoderamiento, como una estrategia básica del enfoque de género en salud.                         | ¿Quién tiene el poder?" | 60'    | Tarjetas, papelógrafos, plumones y cinta adhesiva.        |
| <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>  | <b>Receso</b>           | 10'    |   |
| 6. Distensión y concentración grupal.   | Facilitar un clima de relajación dentro del grupo.   | Jirafas y elefantes.    | 15'    |   |
| 7. Abordajes prácticos y a largo plazo en género y salud. Acciones afirmativas. | Examinar las principales características de los abordajes prácticos, a largo plazo y acciones afirmativas en género y salud. | El caso de Chabela.     | 120'   | Copias del caso. Papelógrafos, plumones y cinta adhesiva. |
| 8. Evaluación.  | Valorar la sesión de manera breve y dinámica.  | La pelota caliente.     | 20'    | Pelota. Tarjetas adhesivas.                               |

## Módulo 5 Propuesta para un taller de 5 días (30 horas) (6 horas)

| Sesión 9                                    |   | Tiempo estimado: 1 hr. 15 min.  |        |  |
|---|---|---------------------------------|--------|--|
| Tema: Igualdad y equidad de género en salud |   |                                 |        |  |
| Contenido                                   | Objetivo  | Actividad                       | Tiempo | Materiales   |
| 1. Creación de redes.                       | Reflexionar en torno a la importancia del trabajo coordinado y a la creación de redes.                            | La tela de araña.               | 30'    | Salón amplio sin sillas.                                 |
| 2. Igualdad y equidad en salud.             | Definir y analizar los conceptos de igualdad y de equidad de género y sus implicaciones en el ámbito de la salud. | ¿Podemos comer del mismo plato? | 45'    | Copias de cuento, papelógrafo, plumones, cinta adhesiva. |

| Sesión 10   |   | Tiempo estimado: 2 hrs. 45 min. |        |  |
|---|---|---------------------------------|--------|--|
| Tema: Calidad de atención y perspectiva de género |   |                                 |        |  |
| Contenido   | Objetivo  | Actividad                       | Tiempo | Materiales   |
| 3. Calidad de atención y diversidad cultural.     | Analizar la importancia que tiene el enfoque intercultural en la mejora de la calidad de atención en salud. | ¿Cómo prestamos los servicios?  | 45'    | Copias de los casos, papelógrafo, plumones, cinta adhesiva.                  |
| 4. Calidad de atención y violencia de género.     | Reflexionar en torno a la calidad de atención prestada a mujeres que sufren violencia de género.            | ¿Por qué no nos cuentan?        | 45'    | Copias de las gráficas y testimonios, papelógrafo, plumones, cinta adhesiva. |
| <b>Receso</b>                                     | <b>Receso</b>   | <b>Receso</b>                   | 15'    |  |
| 5. Parámetros de calidad de atención en salud.    | Examinar los principales componentes de la calidad de atención en salud con perspectiva de género.          | La gasolinera.                  | 60'    | Papelógrafo, plumones y cinta adhesiva.                                      |

| Sesión 11  |   | Tiempo estimado: 2 hrs. |        |  |
|--|---|-------------------------|--------|--|
| Tema: Cierre del taller, evaluación y despedida            |   |                         |        |  |
| Contenido  | Objetivo  | Actividad               | Tiempo | Materiales   |
| 6. Recapitulación de los principales conceptos del taller. | Recordar los principales conceptos trabajados en los 5 módulos del taller.                            | Exposición teórica.     | 50'    | Acetatos, proyector o cañón.                                 |
| 7. Pos-test.   | Averiguar los conocimientos sobre género y salud que los/as participantes han adquirido en el taller. | Llenado de formato.     | 15'    | Formatos de pos-test y plumas.                               |
| 8. Evaluación del taller.                                  | Evaluar los cinco módulos de taller.  | Evaluación.             | 10'    | Formatos de evaluación del taller.                           |
| 9. Autoestima.   | Aumentar la autoestima de las y los participantes.  | El abanico.             | 25'    | Hojas de papel blanco y plumas.                              |
| 10. Despedida y entrega de reconocimientos.                | Ofrecer un espacio para despedirse y entregar reconocimientos.  | La ronda de despedidas. | 20'    | Reconocimientos individualizados de participación al taller. |



# Índice de dinámicas



# Índice de dinámicas

|  |     |
|--|-----|
| 1. Pre- Test                           | 22  |
| 2. Los refranes                        | 23  |
| 3. Adentro y Afuera                    | 27  |
| 4. Diferencias entre mujeres y hombres | 31  |
| 5. ¿Qué vemos e imaginamos?            | 35  |
| 6. Juegos, cuentos y demás             | 43  |
| 7. ¿Es femenina o masculina?           | 46  |
| 8. El telegrama                        | 48  |
| 9. El lazarillo                        | 77  |
| 10. El trabajo de mujeres y hombres    | 83  |
| 11. ¿Por qué no vale igual?            | 85  |
| 12. Recursos de poder                  | 91  |
| 13. Indagar la realidad                | 93  |
| 14. La radio                           | 95  |
| 15. ¿Y que pasa con la salud?          | 96  |
| 16. Un dibujo                          | 98  |
| 17. El collage de las estaciones       | 129 |
| 18. Cuerpo de mujer, cuerpo de hombre  | 135 |
| 19. Análisis de casos                  | 137 |
| 20. El masaje                          | 139 |
| 21. La salud en las etapas de la vida  | 141 |
| 22. El género y el cuidado de la salud | 144 |
| 23. El cuestionario                    | 145 |
| 24. El círculo de las discriminaciones | 167 |
| 25. Yo apporto, tú aportas             | 171 |
| 26. El acceso y el control             | 175 |
| 27. ¿Dónde tengo el poder?             | 179 |
| 28. Jirafas y elefantes                | 181 |
| 29. El caso de Chabela                 | 184 |
| 30. La pelota caliente                 | 187 |
| 31. La tela de araña                   | 210 |
| 32. ¿Podemos comer del mismo plato?    | 213 |
| 33. ¿Cómo prestamos los servicios?     | 217 |
| 34. ¿Por qué no nos cuentan?           | 219 |
| 35. La gasolinera                      | 221 |
| 36. Post-test                          | 224 |
| 37. El abanico                         | 226 |
| 38. La ronda de las despedidas         | 227 |

