

2008

Organización Panamericana de la Salud

mejores prácticas
en género, etnia y salud

**Incorporación de la Perspectiva de Género
en los Programas Prioritarios de Salud:
El Caso de Prevención y Control de
la Diabetes Mellitus en México**

Dra. Aurora del Río Zolezzi
Dra. Yuriria A. Rodríguez Martínez
Lic. Cecilia Robledo Vera
Dra. Irma Blas Rodríguez

**Incorporación de la Perspectiva de Género
en los Programas Prioritarios de Salud:
El Caso de Prevención y Control de
la Diabetes Mellitus en México**

Secretaría de Salud, México
Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente
del Río-Zolezzi, Aurora; Rodríguez, Yuriria; Robledo, Cecilia; Blas, Irma, Secretaría de Salud, México
Incorporación de la Perspectiva de Género en Programas Prioritarios de Salud:
El Caso de Prevención y Control de la Diabetes Mellitus en México

Mejores prácticas en género, etnia y salud, Washington, D.C.: OPS, © 2008
24 páginas

© Organización Panamericana de la Salud, 2008
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037
Internet: www.paho.org

Primera Edición Agosto de 2008
Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Se imprimieron 180 ejemplares
Se terminó de imprimir en julio de 2008

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.

Esta es una publicación conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud y su publicación fue posible gracias al apoyo de la Organización Panamericana de la Salud.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene, no implican, por parte de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o nombres comerciales de ciertos productos, no implica que la Organización Panamericana de la Salud apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Las opiniones que se expresan en este libro son las de las autoras y no necesariamente las de la Organización Panamericana de la Salud.

Agradecimiento

Agradecemos al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo el apoyo otorgado a través del Proyecto 00013578 Mujer y Salud para la producción de los impresos “Las Mujeres estamos tomando medidas”, “Los hombres estamos tomando medidas”, los respectivos DVD y la cinta métrica, así como para la realización del *Estudio cualitativo para evaluar materiales de promoción para el autocuidado de la salud y la prevención del sobrepeso y la obesidad que incorporan la perspectiva de género en la salud*.

Agradecemos a los Servicios Estatales de Salud del Estado de Colima el apoyo brindado para la realización de los grupos de discusión del Estudio Cualitativo para evaluar los materiales.



Organización Panamericana de la Salud

Dra. Mirta Roses Periago
Directora

Dra. Marijke Velzeboer Salcedo
Coordinadora Oficina Género, Etnicidad y Salud

Esmeralda Luz Burbano Jaramillo
Consultora Oficina de Género, Etnicidad y Salud

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Germán Enrique Fajardo Dolci
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

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

Lic. Daniel Karam Toumeh
*Comisionado Nacional de Protección
Social en Salud*

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Lic. Jorge Camarena García
Titular del Órgano Interno de Control

Lic. María Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Lic. Bernardo Fernández del Castillo Sánchez
Director General de Asuntos Jurídicos

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

Lic. Carlos Olmos Tomasini
Director General de Comunicación Social

Lic. Miguel Ángel Toscano Velasco
*Comisionado Federal para la Protección
de Riesgos Sanitarios*

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

Grupo Técnico

Coordinación del Proyecto
Dra. Aurora del Río Zolezzi
Dra. Yuriria Alejandra Rodríguez Martínez

Diseño Gráfico y Editorial
Lic. Adriana García Hernández

Corrección de Estilo
Dr. Alonso Restrepo Restrepo

CONTENIDO	Página
Presentación	v
Resumen	vi
1. ¿Por qué lo hicimos? Antecedentes	1
2. ¿Qué buscamos? Plan de acción previsto	3
3. ¿Cómo lo hicimos? Proceso de implementación	3
4. ¿Con quién lo hicimos? Los participantes	7
5. ¿Qué logramos? Resultados concretos del proyecto	8
6. ¿Cómo lo sostenemos?	14
7. ¿Qué aprendimos? Experiencias o lecciones aprendidas	15
Bibliografía	16
Anexo 1	17
Anexo 2	18



PRESENTACIÓN

En el marco de la celebración del 8 de marzo de 2008, Día Internacional de la Mujer, la Oficina de Género, Etnia y Salud de la Organización Panamericana de la Salud organizó el concurso “Buenas Prácticas que Incorporan la Perspectiva de Igualdad de Género en Salud”. El concurso tuvo por finalidad reconocer dos buenas prácticas que se impulsaron en la Región de las Américas.

Para garantizar la cobertura regional, la convocatoria se realizó a través de diferentes medios virtuales de comunicación, y se postularon 44 experiencias de 18 países. En este concurso una de las dos mejores prácticas seleccionadas fue:

“Incorporación de la perspectiva de género en el programa nacional de prevención y control de diabetes mellitus”.

Esta buena práctica, que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud de México aplicó en todo el país, redundó en la disseminación de información y en mejores formas de manejar las diferencias en la conducta que adoptan y los efectos

que sufren los hombres y mujeres con diabetes. La iniciativa forma parte de la campaña nacional “Los hombres y las mujeres estamos tomando medidas”, que incluyó la disseminación de información específica para hombres y mujeres y para el personal de salud, a fin de mejorar la cobertura sanitaria de esta enfermedad, que afecta a un creciente número de mexicanas y mexicanos. La campaña se basó en los resultados de una investigación que reveló diferencias entre las mujeres y los hombres en el tiempo que demoran en buscar atención médica ante los primeros síntomas, así como en su percepción de la calidad de la atención.

Para la Oficina de Género, Etnicidad y Salud de la Organización Panamericana de la Salud, es un orgullo presentar esta publicación que permitirá extraer lecciones que puedan ser replicadas y adaptadas a otros contextos.

Dra. Marijke Velzeboer Salcedo
Coordinadora Oficina de Género,
Etnicidad y Salud



RESUMEN

En México, la diabetes mellitus se ha mostrado como una enfermedad que genera más demanda de atención y por la que mueren más mujeres, siendo la primera causa de muerte de mujeres desde el año 2000, y de hombres desde el año 2004. Esta experiencia inició en 2005 con los objetivos de documentar la existencia de inequidades de género asociadas a la mortalidad por diabetes en México; incorporar la perspectiva de género en el Programa de Prevención y Atención a la Diabetes, específicamente en el componente de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; elaborar materiales impresos y audiovisuales de apoyo para el autocuidado de la salud, diseñados con perspectiva de género; difundir y promover medidas de autocuidado de la salud con perspectiva de género a través de la actividad física, para prevenir y combatir el sobrepeso y la obesidad.

Se logró la elaboración de folletos informativos acerca del sobrepeso, la obesidad y la utilidad de la actividad física con enfoque de género, además de un video para promover la actividad física. Se logró documentar algunas inequidades de género en la calidad de la atención del servicio a través de un estudio de enfoque mixto. Se realizaron dos campañas con hombres y mujeres, personal de la Secretaría de Salud. Se hizo una evaluación cualitativa de los materiales diseñados con enfoque de género en comparación con materiales sin este enfoque con lo que se documentó varios beneficios y aportaciones de tener materiales dirigidos específicamente a hombres y otros para mujeres. En esta experiencia aprendimos que es fundamental el trabajo colaborativo con las autoridades responsables de los programas de salud para lograr incorporar la perspectiva de igualdad de género en salud.

www.generoy saludreproductiva.salud.gob.mx



INCORPORACIÓN DE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN PROGRAMAS PRIORITARIOS DE SALUD: EL CASO DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE DIABETES MELLITUS EN MÉXICO.

1. ¿Por qué lo hicimos? Antecedentes

Desde 2003 en la Secretaría de Salud de México se han realizado esfuerzos para lograr la desagregación por sexo de todos los registros estadísticos de salud; a partir de ello, se han evidenciado más claramente desigualdades en los niveles de salud entre mujeres y hombres. La diabetes mellitus (DM) se ha mostrado como una enfermedad que genera más demanda de atención y por la que mueren más mujeres.

En las acciones que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) ha emprendido desde su creación en 2003 se manifiesta permanentemente el interés por incorporar la perspectiva de género en los programas y acciones de salud, con el objetivo principal de caminar hacia una mejor salud para ambos sexos, considerando las desigualdades preexistentes y aplicando un principio de equidad de género.

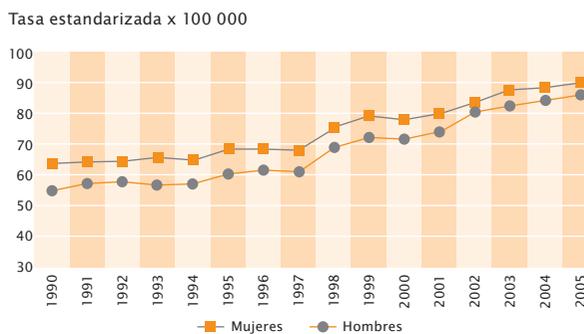
En ese sentido, la experiencia que ahora se presenta buscó concretar acciones específicas con equidad de género en la promoción de la salud y la prevención de la diabetes.

Desde el punto de vista conceptual, se partió de considerar tanto las diferencias de orden biológico entre mujeres y hombres que intervienen en la manifestación de la enfermedad, como las desigualdades de orden sociocultural –relacionadas con la construcción del ser mujeres y hombres, respectivamente– que determinan formas y grados de manifestación de la enfermedad, así como la toma de medidas preventivas, el acceso a los servicios de salud, la búsqueda de atención y el apego al tratamiento.

Las evidencias en el ámbito internacional sobre la agudización de la epidemia de diabetes mellitus han llevado a que la Organización Mundial de la Salud (OMS) la reconozca como una amenaza mundial. Se calcula que en el mundo existen más de 180 millones de personas con diabetes y es probable que esta cifra aumente a más del doble para 2030. En 2005 se registraron 1.1 millones de muertes debidas a la diabetes, de las cuales alrededor de 80% ocurrieron en países de ingresos bajos o medios, que en su mayoría se encuentran menos preparados para enfrentar esta epidemia.¹

En nuestro país ha tenido un repunte como causa de mortalidad, pasando de una tasa de 16.9 por 100 mil habitantes en 1970, ocupando el lugar número 15, a una tasa de 63 y tener el primer lugar en 2004¹, tanto para mujeres como para hombres (Gráfica 1). Ya en 2000 la DM fue la primera causa de muerte en mujeres y la segunda en hombres; actualmente es la primera causa de muerte de los mexicanos tanto hombres como mujeres.

GRÁFICA 1. MORTALIDAD POR DIABETES MELLITUS, POR SEXO. MÉXICO, 1990-2005



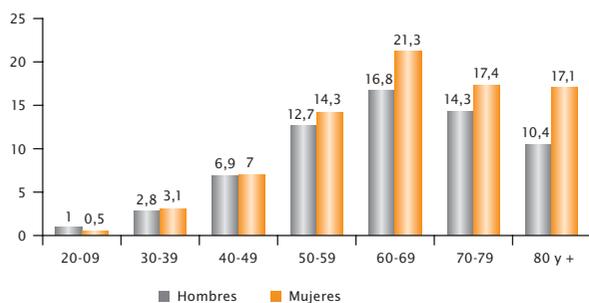
FUENTE: SINAISS / SS.

Sin embargo, desde 2002 se detectaron diferencias de interés en el comportamiento epidemiológico del padecimiento entre hombres y mujeres. A pesar de que la prevalencia de diabetes mellitus detectada en las Encuestas Nacionales de Salud mediante pruebas de laboratorio no ha mostrado diferencias significativas entre hombres y mujeres (cerca a 10% entre adultos de 20 y más años de edad), las tasas específicas de mortalidad por sexo muestran diferencias importantes (+/- 20%) aun ajustando por edad.

Los principales factores de riesgo para la aparición de diabetes clínica son el sobrepeso y la obesidad, cuya distribución por sexo también muestra diferencias importantes de acuerdo con las Encuestas Nacionales de Salud, siendo más afectadas las mujeres.

Por otro lado, las Encuestas Nacionales de Salud realizadas con anterioridad en México han revelado que es mayor la proporción de mujeres identificadas como diabéticas mediante pruebas bioquímicas, que habían sido detectadas previamente en los servicios de salud y que se sabían diabéticas, en comparación con sus contrapartes de sexo masculino (Gráfica 2).

GRÁFICA 2. PREVALENCIA DE DIABETES MELLITUS POR DIAGNÓSTICO PREVIO EN LA POBLACIÓN DE 20 AÑOS Y MÁS, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO. MÉXICO, 2006²



Ese mayor índice de detección de casos en mujeres, sin embargo, no parece tener impacto en la letalidad del padecimiento. La hipótesis es que los roles y estereotipos de género pueden estar influyendo en este diferencial a través del apego al tratamiento y en particular a la dieta, así como en la oportunidad de la demanda de atención en caso de complicaciones; de hecho, en una investigación realizada en cinco hospitales generales pudimos detectar que las mujeres diabéticas tardan tres veces más tiempo en acudir a los servicios de salud que los varones. Por su parte, éstos tienen índices de detección bajos; no obstante, pareciera que una vez diagnosticados se mantienen en mejor control, lo que podría reforzar la hipótesis de que en las familias se prioriza el cuidado de la salud de los varones y de los menores de edad a cargo de las mujeres, pero no el autocuidado de la salud de ellas.

Con esos argumentos desde 2002 veníamos discutiendo el impacto del género en el riesgo de padecer y morir por diabetes en México.

En 2005, tomando en cuenta lo relativo a la relevancia del sobrepeso y de la obesidad como factores de riesgo para las enfermedades crónicas, en particular de la diabetes, y utilizando como punto central la reducción del perímetro de cintura, el área responsable del Programa de Prevención y Control de la Diabetes a escala nacional desarrolló, con apoyo de algunos laboratorios farmacéuticos, una campaña denominada “México está tomando medidas” a través de la cual se difundía el derecho a la protección de la salud, el impacto del sobrepeso y de la obesidad en el riesgo de padecer el denominado síndrome metabólico, diabetes, hipertensión arterial y enfermedad isquémica del corazón.

Se subrayó en particular la utilidad de reducir la grasa abdominal que es la que en mayor medida incrementa el riesgo, mediante recomendaciones específicas sobre la práctica de actividad física y una nutrición adecuada para mantener una buena salud. Se utilizaron los valores recomendados de perímetro de cintura como marcador de obtención simple para la población.



Por otra parte, se distribuía a la población beneficiaria de los servicios de salud, material audiovisual en DVD que contenía una rutina de ejercicios de 30 minutos, fácilmente realizable en cualquier espacio de la vida cotidiana de las personas. Además, también se entregaba una cinta métrica de papel para la toma de esta medición.

La intervención original era neutra en relación con el género, es decir, no estaba dirigida ni a hombres ni a mujeres específicamente y, como es habitual, no daba relevancia a la condición de género de la audiencia.

El CNEGySR consideró que ésta era una excelente oportunidad para integrar una visión de género en los materiales, con el fin de lograr una mayor efectividad de la campaña. Con esa intención se propuso al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE), responsable del tema, sumarnos a la campaña aportando la perspectiva de género en salud, a través de la reelaboración de estos materiales considerando, para su diseño y mejor difusión, diferencias entre hombres y mujeres.

2. ¿Qué buscamos? Plan de acción previsto

Con esta experiencia se buscó analizar desde la perspectiva de género los factores posiblemente asociados a los diferenciales por sexo en la detección oportuna, acceso, utilización de servicios de salud, apego al tratamiento u otros aspectos del comportamiento de la diabetes mellitus en México; además, diseñar estrategias educativas sensibles al género para que hombres y mujeres adultos, en particular aquéllos con algún padecimiento crónico-degenerativo, adoptaran medidas para evitar o combatir el sobrepeso y la obesidad, factores de riesgo para ese tipo de enfermedades.

Los objetivos de la experiencia fueron:

A. Documentar la existencia de inequidades de género asociadas a la mortalidad por diabetes en México, así como los posibles factores asociados a ellas.

B. Incorporar la perspectiva de género en el Programa de Prevención y Atención a la Diabetes, específicamente en el componente de prevención de la enfermedad y promoción de la salud.

C. Elaborar materiales impresos y audiovisuales de apoyo para el autocuidado de la salud, diseñados con perspectiva de género.

D. Difundir y promover medidas de autocuidado de la salud con perspectiva de género a través de la actividad física, para prevenir y combatir el sobrepeso y la obesidad, principales factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus, así como otras de las principales causas de muerte en México, por ejemplo, la enfermedad isquémica del corazón.

La experiencia inicial se desarrolló en 2004; recientemente se ha retomado la campaña y de hecho se reeditaron los materiales y se hizo un ejercicio de evaluación cualitativa de su aceptabilidad y eficacia comunicativa en mayo de 2008, lo que esperamos permita extender su utilización en los próximos meses.

Población beneficiaria: mujeres y hombres trabajadores de la Secretaría de Salud federal, así como hombres y mujeres adultos de la población en general.

3. ¿Cómo lo hicimos? Proceso de implementación

1º. Aun cuando dos años antes habíamos iniciado el contacto con los responsables del nivel nacional del Programa de Prevención y Control de la Diabetes, en 2005 conocimos los materiales de la campaña "México está tomando medidas" y establecimos contacto directo con el personal principal encargado de ella. La intervención original manejaba aspectos técnico-médicos relacionados con los riesgos que implican el sobrepeso y la obesidad, así como con las medidas preventivas dirigidas tanto a las personas usuarias de servicios de salud, como al personal de salud. El objetivo de esa campaña era difundir esta información en toda la población, pero las personas responsables del programa no habían considerado la posible distinción de la población por sexo.



El material de difusión de esa campaña era básicamente un folleto dirigido al público en general, sin enfoque de género, ya que no contaba con alguna orientación específica con información para hombres o para mujeres.



Al conocer este material se identificó una gran oportunidad para incorporarle, desde la perspectiva de género, tanto información como un diseño específico elaborado de tal manera que pudiéramos obtener un folleto dirigido específicamente a las mujeres y otro para los hombres. De ahí que se procedió a realizar un análisis del folleto considerando las posibilidades de reelaborarlo tanto en el diseño, como en los contenidos, tomando en cuenta las diferencias que los estereotipos y los roles de género imprimen a los hábitos de hombres y mujeres respecto de la alimentación, la actividad física y al cuidado de sus cuerpos y de su salud y, a partir de ello, emitir mensajes más enfocados y propicios para generar un mejor y mayor impacto, buscando vencer de alguna manera las barreras a la actividad física, que varían de acuerdo con el género.

2º. Los actores fundamentales para desarrollar este trabajo conjunto fueron los responsables nacionales y estatales del Programa de Prevención y Control de Diabetes, del CENAVECE y las personas responsables del área de Equidad de Género del CNEGySR. Como especialistas en salud pública y en perspectiva de igualdad de género en salud, el personal del CNEGySR se volcó a la tarea de elaborar propuestas concretas para el nuevo diseño del folleto, con el fin de ser presentadas y consensuadas con el personal del CENAVECE, especialista en diabetes.

3º. Se establecieron fechas para realizar varias reuniones técnicas de trabajo entre responsables de Equidad de Género y de Prevención y Control de Diabetes, de manera que se pudieran comentar los posibles cambios. En una segunda reunión se presentó la propuesta concreta sobre los cambios en los contenidos y el diseño de los folletos. Se buscó que los **folletos dirigidos a mujeres** destacaran la necesidad de dedicar tiempo para su autocuidado, en tanto existe en ellas una tendencia a ocuparse más del cuidado y la atención a las necesidades de otras personas, aunada a una sobrecarga real de su trabajo y a la concepción de que el ejercicio no es una actividad estereotípicamente femenina, lo que resulta en que no hacen ejercicio. De tal manera, en el folleto se sugiere a las mujeres una serie de



formas de realizar actividad física de manera sencilla y divertida, sin necesidad de invertir recursos económicos, y poniendo énfasis en los beneficios del ejercicio para su salud física y emocional, así como los de una buena alimentación y, finalmente, se les hacen recomendaciones para cuidar de su condición física.

En el caso de los **folletos dirigidos a hombres** se buscó que destacaran la pertinencia de abandonar los estereotipos masculinos que llevan al hombre a conductas arriesgadas y a no dar importancia a los síntomas de las enfermedades. Asimismo, se mencionan problemas de salud frecuentes en ellos y su relación con la falta de actividad física y de una alimentación adecuada y, como en el caso de las mujeres, se destacan sus beneficios y se hacen recomendaciones para cuidar de su condición física.

En una tercera reunión se propuso elaborar, además de los folletos, un DVD dirigido a mujeres y otro para hombres, con información general acerca del sobrepeso y la obesidad como factores de riesgo de la diabetes, y la importancia de la actividad física para su prevención. Se trabajó en la elaboración de un diseño editorial también específico para el folleto de hombres, así como para el de mujeres; lo mismo para los textos de presentación y para las opciones de actividad física recomendadas de acuerdo con instructores de deportes y actividad física.

También surgió la propuesta de producir una cinta métrica como las que tradicionalmente se utilizan para labores de costura, fabricada con material resistente y durable, en este caso lona ahulada, con mensajes específicamente “para ellas”, alusivos a la importancia de tomar medidas del perímetro de su cintura como una forma de autocuidado de la salud, de prevención del sobrepeso y de la obesidad, factores de riesgo contra la salud de las mujeres. Además, se incluyeron mensajes de motivación a las mujeres si sus medidas se iban acercando a la zona saludable.

Las cintas se marcaron por secciones con los colores de un semáforo, según si el perímetro de cintura se considera saludable, de alerta, o bien, de riesgo:

Verde	70 cms. o menos	Saludable
Amarillo	de 71 a 80 cms.	Alerta
Rojo	de 81 cms. y más	Riesgo

La intención con la cinta métrica fue hacerla llamativa, destacar elementos de autocuidado de la salud de las mujeres y, además, que les fuera útil en la vida cotidiana para hacer otro tipo de mediciones.

4º. Así, de tener la campaña “México está tomando medidas” neutra respecto al género, se propuso el paso a la campaña “Los hombres y las mujeres estamos tomando medidas” cuyos materiales de difusión se enfocaron a cada sexo de manera específica.

Estos materiales se difundieron principalmente en dos ámbitos:

- En la población usuaria de los servicios de salud, tarea a cargo del CENAVECE y su personal responsable en los niveles estatal y federal, del Programa de Prevención y Control de Diabetes.
- En las mujeres y hombres empleados de la Secretaría de Salud, mediante dos campañas internas en la institución, *una para hombres y otra para mujeres*. Estas dieron inicio como parte de las actividades de conmemoración del Día Internacional de Acción por la Salud de la Mujer, en 2006. Las campañas se denominaron “Las trabajadoras de la salud estamos tomando medidas”, para las mujeres, y “Los trabajadores de la salud estamos tomando medidas”, para los hombres.

En estas campañas se realizaron distintas actividades como:



- Pláticas informativas relacionadas con la alimentación saludable, el sobrepeso, la obesidad, y sobre la relación entre el género, la nutrición y la salud.
- Invitaciones a la práctica cotidiana de actividad física, entregándoles, además, los folletos específicos para mujeres y hombres, y un DVD con una rutina de ejercicios.
- Tanto a las mujeres como a los hombres se les medía el perímetro de la cintura, se les practicaban pruebas rápidas de niveles de glucosa y colesterol total, y se hacía un estudio de detección de problemas de salud bucal.
- A las mujeres se les entregaba una cinta métrica y una Cartilla de la Salud de la Mujer.
- A los hombres se les aplicó un cuestionario de riesgo prostático.
- Los resultados se daban a cada persona y se le hacían recomendaciones convenientes, según los problemas de salud detectados mediante estas actividades.

5°. Paralelamente, durante 2006 el CNEGySR auspició el desarrollo de una investigación con perspectiva de género sobre la calidad de la atención, por diversos motivos, entre los cuales se encontraba la diabetes, a usuarios y usuarias de los servicios hospitalarios. El enfoque metodológico de esta investigación fue mixto, por lo que para la fase cuantitativa se aplicaron cuestionarios para usuarios y usuarias, así como tres guías de cotejo de expedientes; mientras que para la fase cualitativa se realizaron entrevistas a responsables de Enseñanza y de Calidad en la Atención de cada hospital, y grupos de discusión con el personal médico y de enfermería. La investigación abordó el caso de hospitales en cinco entidades federativas: Nuevo León, Veracruz, Yucatán, Guanajuato y Querétaro. El producto de ese trabajo se incluyó en una reciente compilación de resultados de investigación publicada por el CNEGySR en 2007.



Uno de sus hallazgos más relevantes puso en evidencia que las mujeres se demoran más tiempo en buscar atención médica a partir de los primeros síntomas de diabetes, aproximadamente 21.7 días, en comparación con los hombres, quienes demoran 6.8 días, aproximadamente.

En cuanto a la atención que recibieron por parte del personal de enfermería este estudio reveló que 51.7% de las mujeres estimó que el personal acudía prontamente a sus llamados a diferencia de 64.5% de los hombres. En lo relativo a las explicaciones dadas por el personal médico ante preguntas expresas, 61.7% de los hombres contra 53 % de las mujeres estimó que las respuestas dadas a sus preguntas fueron satisfactorias.

Además, los datos revelaron que la relación médico-paciente parece verse influida por el sexo de quien presta la atención, principalmente en mujeres, quienes prefieren ser atendidas por médicas, mientras que a los hombres les daba lo mismo si era médico o médica quien los atendía.



En los grupos focales se evidenció que hay tres aspectos en los cuales se reconoce que existen diferencias importantes entre hombres y mujeres:

a) Que las mujeres tienen, en general, un umbral más alto para el dolor (por lo que podría explicarse parcialmente la tendencia observada en los resultados cuantitativos sobre la menor administración de medicamentos a las mujeres).

b) Posiblemente asociado con lo anterior, las mujeres brindan información más confiable cuando experimentan síntomas graves.



c) Las mujeres suelen llegar a los servicios de urgencias en condiciones más graves que los hombres, y tras haber esperado a que la enfermedad avanzara más tiempo.

De esta manera, la investigación develó diferencias importantes derivadas de las características sociales y culturales de género que influyen en las personas enfermas en su búsqueda de atención y en la evaluación de la calidad de los servicios y del personal de salud que los presta.

6°. A partir de la experiencia de desarrollo interinstitucional de la campaña “Los hombres y las mujeres estamos tomando medidas”, el personal responsable de las dos dependencias de la Secretaría de Salud ha mantenido actividades de coordinación y colaboración, entre las que se encuentra la coparticipación en el Grupo Técnico para la revisión de la Nor-

ma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes, y para la correspondiente a Hipertensión Arterial.

7°. De acuerdo con comunicaciones del personal responsable del Programa de Prevención y Control de Diabetes, los materiales especiales para mujeres y hombres han tenido mucho éxito, ya que el público solicita específicamente ya sea el DVD “para hombres” o “para mujeres”, asumiendo que son diferentes en tanto se adecuan a cada género. En el transcurso de 2007 se incrementó su distribución a través de diversas actividades.

8°. En 2008 los directivos del Programa de Prevención y Control de Diabetes solicitaron la colaboración del área de género para incorporar este enfoque en el diseño del sistema de información el cual se encuentra en desarrollo, que documentará el proceso de atención en los nuevos Grupos de Apoyo Mutuo (GAM), dirigidos a pacientes de diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias. Actualmente ya se integraron algunas variables para la recolección de información diferenciada por sexo, útiles para su posterior análisis con perspectiva de género, en particular algunas relacionadas con el apego terapéutico y las causas para la demora en la demanda de atención, entre otras.

4. ¿Con quién lo hicimos? Los participantes

Los actores principales que participaron o apoyaron el desarrollo de esta experiencia han sido:

a) Directora General y Directora General Adjunta de Equidad de Género, del CNEGySR. Como altas directivas su papel estratégico giró en torno al establecimiento de contacto e invitación a las autoridades de la Dirección General del CENAVECE, así como al Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, responsable nacional del Programa de Prevención y Atención a la Diabetes, para colaborar en esta buena práctica. Ellas brindaron todo el apoyo necesario para que los equipos de trabajo designados pudieran desarrollar las tareas pertinentes para la incorporación de la igualdad de género en salud en la campaña

“Los hombres y las mujeres estamos tomando medidas”. Asimismo, asesoraron al equipo de trabajo del CNEGySR para la elaboración de las propuestas y determinaron la ejecución del proyecto de investigación.

b) Director General del CENAVECE y Director del Programa de Salud en el Adulto y en el Anciano, responsable nacional del Programa de Prevención y Atención a la Diabetes. Como altos directivos del CENAVECE aceptaron la propuesta y asumieron el compromiso y el riesgo de dirigir las acciones pertinentes para transformar la campaña “México está tomando medidas” en una campaña con perspectiva de género.

c) Equipos técnicos de trabajo del CNEGySR y del CENAVECE conformados por mandos medios de ambas unidades, y apoyados por especialistas en género y salud, y personal médico. Estos equipos contribuyeron con el proyecto desarrollando las tareas de revisión, con perspectiva de género, de los materiales, elaboración de propuesta de diseño y contenido para los folletos, DVDs y cintas métricas, así como impartición de pláticas y la toma de muestras para la medición de glucosa, lípidos, talla y peso.

d) Personal de la Secretaría de Salud. Participaron 1,420 hombres y 2,407 mujeres que trabajan en la Secretaría de Salud, acudiendo a las pláticas, recibiendo los materiales, aportando sus muestras y, en el caso de los hombres, respondiendo el cuestionario sobre riesgo prostático (véase cuadro I).

5. ¿Qué logramos? Resultados concretos del proyecto

De acuerdo con informes y comunicaciones de los responsables del Programa de Diabetes Mellitus, los materiales diferenciados por sexo han tenido mucho éxito, ya que hombres y mujeres los buscan y piden enfáticamente el DVD “para hombres” o “para mujeres”, al identificarlos como específicos para ellos. En el transcurso de 2007 los responsables del programa de diabetes solicitaron más materiales para su distribución en sus diferentes actividades.

Con el fin de evaluar los materiales desarrollados en esta experiencia realizamos una evaluación cualitativa a través de grupos de discusión en la ciudad de Colima, Colima. Estos grupos se realizaron gracias al apoyo de las autoridades de los Servicios Estatales de Salud del Estado de Colima. En esta evaluación se distribuyeron materiales elaborados sin enfoque de género a un grupo de hombres y a un grupo de mujeres, y materiales elaborados con enfoque de género a otros dos grupos, uno de hombres y otro de mujeres; quienes participaron eran usuarias y usuarios de los Servicios Estatales de Salud de Colima, de 25 a 40 años de edad; estas personas acudían a algunos Centros de Salud y a Grupos de Ayuda Mutua (GAM) para pacientes de padecimientos crónico-degenerativos como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

Cuadro I. Participantes y actividades en campañas para trabajadoras y trabajadores de la Secretaría de Salud.

Participantes	Asistencia a pláticas y entrega de paquetes de materiales	Estudios de detección metabólica	Estudios de detección bucal	Cartillas de Salud de la Mujer entregadas	Cuestionario de riesgo prostático
Mujeres	2,407	2,075	1,627	1,806	No aplica
Hombres	1,420	1,159	1,156	No aplica	539
Total	3,827	3,234	2,783	1,806	539



Los materiales se distribuyeron como se señala en el Cuadro II:

Cuadro II. Distribución de materiales en los grupos.	
Grupo	Material entregado
Hombres de entre 25 y 40 años de edad, usuarios de GAM en Colima	Folleto y cinta métrica elaborados sin enfoque de género de la campaña "México está tomando medidas"
Mujeres de entre 25 y 40 años de edad, usuarias de GAM en Colima	
Hombres de entre 25 y 40 años de edad, usuarios de GAM en Colima	Folleto "Los Hombres estamos tomando medidas"
Mujeres de entre 25 y 40 años de edad, usuarias de GAM en Colima	Folleto "Las Mujeres estamos tomando medidas" y cinta métrica para mujeres

Como parte de la información recolectada a través de los grupos focales se exploraron temas relativos al sobrepeso y a la obesidad como factores de riesgo para desarrollar enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial. Los datos obtenidos reflejan que, en general, el nivel de exigencia de los tipos de actividad desempeñada por mujeres o por hombres es distinto: el trabajo de los hombres, relacionado con actividades de obreros y albañiles o cualquier actividad laboral que tenga lugar fuera de casa, se percibe como más intenso físicamente, mientras que el de las mujeres, relativo a las actividades domésticas, se percibe como más intenso emocional y psicológicamente; a esto se atribuye que el hombre engorde menos que la mujer, mientras que ésta, además, tiende a ser más vulnerable debido al estrés y a la angustia que le implica el cuidado de tiempo completo de su hogar y familia.

Aunque los hombres se coman sus tacos, su pozole, como se van a trabajar, si es albañil, lo queman todo. Y nosotras si planchamos, hacemos la comida, lavamos, lo hacemos paradas, entonces la grasa se nos queda ahí. (Mujeres, material 2).



Otro dato a destacar es que, aun y cuando las y los participantes asisten a los servicios de salud y, en su mayoría, a los Grupos de Ayuda Mutua, no distinguen los factores de riesgo para enfermedades como la diabetes y la hipertensión arterial como un conjunto, sino como elementos aislados. Se racionaliza sobre el efecto de los malos hábitos alimenticios y de ejercicio y se responsabiliza a detonadores aislados como sustos, corajes o accidentes como factores definitivos para que ocurra la diabetes.

También las preocupaciones que uno tiene, tristezas, disgustos, todo eso la provoca. (Mujeres, material 1).

¿Qué ganas con hacer ejercicio?

- Que tu corazón y pulmones funcionen mejor.
- Que se fortalezcan tus huesos.
- Tener buen humor.
- Buen sueño.
- Verte mejor.
- Ayudar a tu organismo a controlar la diabetes y la presión alta.
- Elevar tu autoestima.
- Mejorar tu actitud en las relaciones con tu familia, pareja y amigos.
- Mejorar la calidad de tus relaciones sexuales.
- Te sentirás muy bien.... Y será notorio.

¡Dí NO a las fritangas, a la comida chatarra, a los refrescos y al cigarro!

No esperamos que seas como Ana Guevara o Soraya Jiménez, pero sí una saludable y entusiasta mujer.

¡Decídetes!

Haz del ejercicio parte de tu vida, lo único que tienes que invertir son **30 minutos diarios**, voluntad, cariñito y amor por tí misma.

Por lo tanto, este tipo de padecimientos se atribuye o sólo a factores emocionales, o sólo a la herencia, o sólo a algún susto o accidente, sin reconocer al sobrepeso y la obesidad como uno de los factores.

En mi caso mis padres no eran diabéticos, yo pienso que fueron algunos sustos.
(Hombres, material 1).

Cabe señalar que los grupos de informantes, al estar ya en un proceso de atención a sus padecimientos (diabetes, hipertensión arterial) están muy informados de las buenas prácticas que deben implantar para cuidar su salud y están conscientes de lo que tendrían que hacer y en alguna medida lo procuran. Sin embargo, señalan que la costumbre de los malos hábitos está muy arraigada en las familias. Por lo tanto, reconocen que los miembros de la familia deben apoyar el esfuerzo de los enfermos por mantener el control de su enfermedad, y también tomar medidas de prevención por cuenta de ellos mismos. Particularmente las mujeres afirman que se trata de involucrar a toda la familia en la dieta ideal. Ellas creen que si acostumbran a los hijos a comer como ellas deben hacerlo por su padecimiento, lograrán evitar que éste se desarrolle en sus hijos. En cambio, los hombres creen que la familia debe cuidar su dieta como un elemento fundamental de solidaridad con ellos, de manera que se pueda combatir en la familia, sus malos hábitos de alimentación.

En cuanto a los materiales, se puede decir que aquellas personas que recibieron folletos sin enfoque de género consideran que así está bien el folleto, pues se trata de información que se debe compartir a toda la familia. No les parece atractiva la idea de hacer un folleto enfocado específicamente en mujeres o en hombres. Tanto para los hombres como para las mujeres el material les ofrece información sobre los límites de riesgo en la medida de su cintura, les da ejemplos claros de lo que no es recomendable comer, les informa sobre posibles enfermedades.



Cuando asistas a los servicios médicos, solicita que te midan la circunferencia abdominal

Si le entras a los tacos, tortas, refrescos, a las hamburguesas, las papas fritas y garnachas, no te mueves ni en defensa propia y te dicen que estas medio llenito, esto te puede interesar.

El incremento en la grasa dentro del abdomen aumenta el riesgo de presentar enfermedades como diabetes e hipertensión arterial, entre otras.



- Grasa Subcutánea
- Músculos del abdomen
- Grasa Intraabdominal

La obesidad abdominal genera una cadena de enfermedades que de no atenderse, te pueden llevar a la muerte. Si presentas dolor de cabeza, mareos sin causa aparente, dificultad para respirar, te agitas cuando caminas, presentas fatiga, visión borrosa o tu cintura mide más de 90 cm, visita a tu médico lo más pronto posible.

Recuerda que las enfermedades crónicas no vienen solas y la obesidad abdominal es un marcador de riesgo aunque no se perciba como tal.

La información y un diagnóstico oportuno, son fundamentales para mejorar la calidad y la expectativa de vida de los mexicanos.

Para las y los participantes los folletos son un material importante y necesario para difundir información.

Por falta de los folletos hay gente que está mala de diabetes, de hipertensión, de ese tipo de cosas porque antes no lo había. (Mujeres material 1).

Los límites que tienes, más que nada no sobrepasar los límites. Que hay que medirse uno la cintura, tiene que ser 90 los hombres y 80 las mujeres y si sobrepasas eso, ya sobrepasas el peso. (Hombres material 1).



"Perfil Cardiometaabólico" Evita estos números



1.- Obesidad abdominal	
Hombres	≥90 (cm)
Mujeres	≥80 (cm)
Más dos de los siguientes Factores de riesgo:	
2.- Triglicéridos	≥150 (mg/dl)
3.- Colesterol-HDL	
Hombres	<40 (mg/dl)
Mujeres	<50 (mg/dl)
4.- Presión arterial (PAS/PAO)	≥130/≥85 (mm/Hg)
5.- Glucosa en ayuno*	≥100 (mg/dl)

* 0 diabetes tipo 2 previamente diagnosticada

Sigue las instrucciones de tu médico, haz ejercicio cuando menos 30 minutos diarios y cuida tu alimentación.



"Mídete la cintura" y toma medidas para disminuir la obesidad abdominal

Material proporcionado por la Dirección del programa del adulto y del anciano CENAVICE, Secretaría de Salud.

SECRETARÍA DE SALUD **SALUD**




LAS MUJERES ESTAMOS TOMANDO MEDIDAS

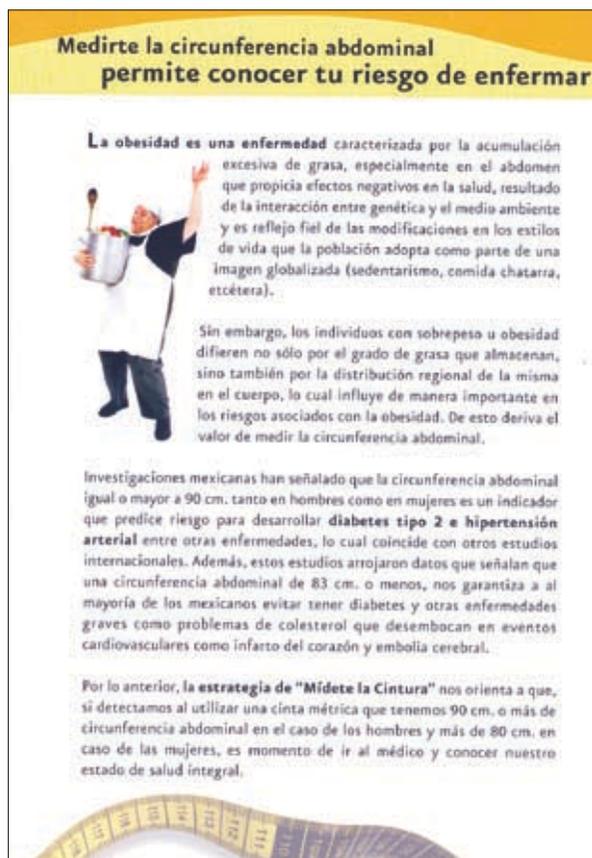
Regálate 30 Minutos diarios para tu Salud

Es necesario mencionar que tanto los grupos de hombres como los de mujeres que recibieron el folleto elaborado sin enfoque de género tienden a proyectarse en el material, identificándose con el contenido como si hubiera sido elaborado para cada uno de ellos: hombre si se es hombre; mujer si se es mujer.

En este caso es mujer, porque por decir aquí me estoy reflejando, haga de cuenta que todo lo que está diciendo, es mi retrato. Es nosotras. Esto es como un espejo, me estoy viendo en un espejo. (Mujeres, material 1).

Finalmente, cabe destacar que este material no les resultó muy motivador, ya que tanto en el grupo de hombres como en el de mujeres se manifestó que este folleto tenía mucha información y que les hacía sentir flojera o no les motivaba para leerlo completo.

Veo este folleto, cuántas letras, qué flojera leerlo. Es que no estamos acostumbrados a leer, nos da flojera leer. (Mujeres, material 1).



Por otra parte, el material con enfoque de género propició muchos comentarios positivos, lo que denota un gran impacto.

Que no debes comer chatarra porque es lo que más te hace daño, el refresco es el peor maligno que hay para el cuerpo. (Mujeres material 2).

Las y los participantes, cada quien en su grupo, se sintieron muy identificados, percibieron una comunicación cercana en el mensaje, no lo percibieron como un conjunto de información teórica, repetitiva o de "lo que se debe hacer". En general, perciben los mensajes como información clara y no como "sermón" de lo que deben hacer.

La cercanía del tono del mensaje toma la personalidad de alguien del sexo opuesto, es decir, los hombres identificaban el folleto con una mujer, atribuyéndole cuidado, consejo y motivación. Mientras tanto, las mujeres identificaban el folleto con un hombre como su marido al que atribuyen la tarea de exigirles estar bien y decirles cosas por su bien. La mayoría lo percibe como un material que les habla directamente de sus vivencias como mujeres o como hombres.

A mí me gustó eso que dice que hasta el baile es bueno. (Mujeres, material 2).

Cabe destacar que el grupo de mujeres que recibió el folleto elaborado con enfoque de género mostró mayor conciencia de la susceptibilidad de ellas a contraer más enfermedades ligadas a factores relacionados con los roles de género que desempeñan. Así, la angustia, la tensión y el estrés causados por las problemáticas familiares, por la atención a los hijos, al marido y la casa, la perciben como factor de riesgo para enfermedades como la diabetes, mientras que en los hombres esto no apareció. Sin embargo, el folleto les pareció que las motivaba dado que les recuerda la importancia de cuidarse y darse tiempo para ellas mismas, lo que puede estimular el autocuidado de su salud.

Que nos tenemos que dar tiempo para nosotras, 30 minutos. Tenemos que caminar, hacer ejercicio. Atendernos a nosotras. (Mujeres, material 2).





¡Diviértete!

- Es muy importante que, cuando hagas ejercicio en tu casa, te olvides totalmente de los quehaceres domésticos
- Ni de chiste se te ocurra utilizar la escoba para barrer, ¡baila con ella al ritmo que más te guste! ¡pero movido eh!

Por su parte, para los hombres el mensaje les evoca una comunicación directa con ellos, les es algo muy novedoso y motivante para hacer ejercicio.

SECRETARÍA DE SALUD

SALUD

Relájate 30 Minutos diarios

LOS HOMBRES ESTAMOS TOMANDO MEDIDAS

Uno de los derechos más importantes de los hombres es el derecho a la salud.

¡Decídete!
Haz ejercicio y come sanamente

Es muy bueno, muy pocos folletos son así. Esto le habla a uno, directamente a uno como hombre... y para mí que me está hablando a mí. (Hombres, material 2).

Uno de los derechos más importantes de los hombres es el derecho a la salud.

En conjunto, los folletos con enfoque de género funcionan como un refuerzo para grupos con estas características, dado que complementa o fortalece la información que han recibido en las pláticas en los GAM, pero no como un recordatorio, sino con un tono cercano y cotidiano que les resulta motivador y hace sentir más ligera la actitud positiva para cuidarse.

Por otra parte, la cinta métrica es vista como una señal de alarma, pero no invita a ser usada; les resulta amenazante, por lo que genera resistencia para usarla. Al menos la mitad de las y los informantes no la usó o ni siquiera la desenrolló ni cuando la recibió, ni durante la sesión de grupo.

La cinta no me gustó porque nomás no, entonces haga de cuenta que digo, tú me vas a medir y haga de cuenta que es una lucha entre la cinta y yo. (Mujeres, material 1).

Tu bienestar se mide en centímetros

En cuanto a la cinta métrica de la campaña “México está tomando medidas” y la cinta de “Las mujeres estamos tomando medidas” no hubo diferencias en los grupos que las recibieron.

Como un agregado a la discusión grupal se presentó el video “Los hombres estamos tomando medidas” al grupo de hombres que recibió ese folleto, y el video “Las mujeres estamos tomando medidas”, en el grupo de mujeres que recibió el mismo folleto y la cinta métrica. El video tuvo gran aceptación, en primer lugar porque el formato audiovisual es más cómodo y mantiene su atención; también por el ritmo que invita a moverse. El contenido es

bien valorado porque instruye, informa y se muestra al ejercicio como algo sencillo de realizar; además, sugiere una forma de convivencia familiar o comunitaria.

Así hasta dan ganas de hacerlo y decirles a los hijos “vénganse, vamos a hacer los ejercicios”. Más que nada es para convivir con ellos, o con la mujer. (Hombres, material 2).

Por otro lado, especialmente las mujeres reportaron que un impedimento para hacer ejercicio es la vergüenza que les causa hacerlo en público, por lo que el DVD les permitiría ejercitarse con la desenvoltura que les da la intimidad de sus casas, además de que les muestra propuestas sencillas que son factibles de realizar en su cotidianidad.

Yo pienso que está interesante porque ya uno ve los ejercicios que podemos hacer y no es la gran ciencia. (Mujeres, material 2).

A partir de esta evaluación se concluyó que los folletos con enfoque de género sí son más valorados y logran un mayor impacto en la información y motivación que se busca transmitir, por su tono cercano, coloquial y cotidiano, adaptado a las condiciones socioculturales de vida de las mujeres y de los hombres.

Al considerar al género como un determinante social de la salud³ se logró incorporar un enfoque integrador en la elaboración y difusión de los materiales para la prevención y el combate del sobrepeso y de la obesidad como factores de riesgo para la diabetes. Como se evidencia en esta evaluación cualitativa, son materiales que responden a necesidades diferentes de hombres y de mujeres a quienes hay que abordar de manera específica con mensajes audiovisuales y argumentos claros diferenciados para ellos y ellas.

Además de esta evaluación cualitativa es necesario resaltar que otro aspecto significativo de esta experiencia fue que se logró aplicar en concreto la política de incorporar la perspectiva de género en el Programa de Prevención y Control de la Diabetes, al sensibilizar a las autoridades responsables de desarrollarla y buscar junto con ellas posibles intervenciones que permitan reducir brechas de género en salud. Esto contribuye a lograr la equidad de género en salud al posibilitar medidas de

acción diferenciales, según las necesidades de las mujeres y las de los hombres. Esta experiencia ha tenido una duración de mediano plazo y continuará durante la presente administración (2007-2012).

Otro resultado fue que el personal de la Secretaría de Salud, más allá de las dos áreas directamente involucradas en el desarrollo de esta experiencia, pudo observar lo que significa desarrollar intervenciones sensibles al género. También llamó la atención el hecho de que estas intervenciones además toman en cuenta las necesidades de los varones, ya que existía el preconceito acerca de que el área de género de esta Secretaría de Salud sólo se interesaba y se ocupaba de asuntos de mujeres.

Esta experiencia es exitosa, ya que refleja una manera de trabajo colaborativo entre diferentes áreas rectoras de la Secretaría de Salud para incorporar la perspectiva de género en los programas de prevención y atención de enfermedades. De la misma manera se ha empezado a trabajar con el personal de los programas de accidentes, adicciones, y VIH/Sida, con el cual ya se ha avanzado en la elaboración de materiales impresos, con enfoque de género.

6. ¿Cómo lo sostenemos?

A partir de la experiencia de desarrollo conjunto de esta práctica los dos equipos de trabajo del CNEGySR y del CENAVECE, han mantenido actividades de coordinación y colaboración entre las que se encuentran la participación en el Grupo Técnico para la revisión de la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de la Diabetes y de la correspondiente a la hipertensión arterial.

Con esta experiencia se ha ratificado el liderazgo del CNEGySR como órgano rector de la incorporación de la perspectiva de género en los programas de salud. La sostenibilidad de esta práctica se ha basado fundamentalmente en el mantenimiento de los canales de comunicación con las autoridades nacionales del Programa de Diabetes Mellitus, con quienes continuamos desarrollando propuestas para avanzar en el desarrollo de otros materiales y acciones con perspectiva de género.



En los próximos dos años se pretende avanzar en documentar diferencias de género y proponer acciones específicas en el Programa de Diabetes, a través de una investigación cualitativa sobre los significados, para hombres y para mujeres, de la enfermedad, sus síntomas, su diagnóstico y su tratamiento. La pregunta de investigación es: si en mujeres y en hombres la prevalencia de diabetes en personas mayores de 20 años de edad es muy semejante, ¿por qué se mueren por diabetes más mujeres que hombres? Por otro lado, porque los varones no son detectados con la misma oportunidad que las mujeres y qué efecto tiene este retraso en la presencia de complicaciones?

La hipótesis a verificar es que hay un diferencial a favor de los hombres en cuanto al apego terapéutico debido a que cuentan con más apoyos que las mujeres para lograrlo; sin embargo, ciertas concepciones de la enfermedad y de los atributos y actividades estereotípicamente “masculinos” hacen que los varones eviten “saberse” diabéticos, además de que las actividades de detección se realizan primordialmente al interior de las unidades de salud de primer nivel de atención que suelen tener horarios poco convenientes para los varones; además de que ellos, en general, no utilizan servicios preventivos, ya que consideran que sólo es importante acudir a los servicios de salud cuando tienen algún malestar que les impide desarrollar sus actividades cotidianas, especialmente su trabajo. Se elaborarán también nuevos DVD, integrando contenidos diferenciados con rutinas de ejercicios que resulten más atractivos para otros hombres y mujeres de diferentes sectores poblacionales urbanos.

Un factor de gran importancia para la consolidación de esta experiencia y la generación de otras nuevas es la reciente entrada en vigor, en 2006, de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, instrumento jurídico de carácter nacional que establece ordenamientos legales para que las políticas públicas de todos los niveles de gobierno incorporen la perspectiva de género, incluyendo las relativas al ejercicio y garantía de los derechos sociales, como el derecho a la protección de la salud.

Este ordenamiento nacional avanza y fortalece el derecho a la no discriminación por sexo, protegido en México por la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, promulgada en 2003. Ambos instrumentos son el marco legal para el funcionamiento del Sistema Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, organismo que está desarrollando mecanismos para el cumplimiento cabal de la Ley General para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, en todos los campos de la administración pública, incluido el de la salud.

Finalmente, la participación de esta experiencia en el Concurso promovido por la Organización Panamericana de la Salud y el hecho de que resultara premiada, le ha dado una mayor legitimidad a los ojos de otras áreas de la Secretaría de Salud responsables de otros programas, por lo que es posible que a partir de esta publicación obtengamos una mayor credibilidad y esperamos mayores solicitudes de trabajo conjunto.

7. ¿Qué aprendimos? Experiencias o lecciones aprendidas

Los factores que han contribuido para lograr una experiencia transformadora como ésta han sido la voluntad política de las autoridades del Programa de Prevención y Control de Diabetes Mellitus de integrar aspectos innovadores en sus líneas de acción que busquen combatir la inequidad de género, así como la disposición creativa de las autoridades y especialistas del CNEGySR para producir y financiar propuestas concretas de incorporación de la equidad de género en acciones de promoción de la salud, de prevención y tratamiento de enfermedades de atención prioritaria en nuestro país.

Uno de los problemas más importantes durante el desarrollo de esta experiencia ha sido la falta de recursos materiales y financieros, pero sobre todo de personal calificado que esté designado a tareas específicas para la elaboración de diagnósticos, propuestas concretas, materiales audiovisuales e impresos específicos y novedosos.





Por lo anterior, recomendamos que las personas responsables de los programas de salud trabajen en conjunto con las autoridades responsables de la política de equidad de género en salud, con el fin de identificar, con perspectiva de género, acciones de colaboración para la construcción de medidas y acciones para la promoción de la salud, la prevención y la atención de los daños a la salud. Recomendamos también que se destinen recursos materiales, personal calificado y presupuestos a tareas específicas para la elaboración de diagnósticos, propuestas concretas, materiales audiovisuales e impresos específicos y novedosos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico, 2007-2012, Diabetes Mellitus. Versión Preliminar.
2. Rodríguez, M.H. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Comunicación personal.
3. Sen G, Östlin P. Unequal, unfair, ineffective and inefficient. Gender inequity in health: Why it exists and how we can change it. Final Report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Women and Gender Equity Knowledge Network. Karolinska Institutet; 2007.

ANEXOS

1. Folleto "Las mujeres estamos tomando medidas".
2. Folleto "Los hombres estamos tomando medidas".



ANEXO 1

SECRETARÍA DE SALUD
SALUD

¿Qué ganas con hacer ejercicio?

- Que tu corazón y pulmones funcionen mejor.
- Que se fortalezcan tus huesos.
- Tener buen humor.
- Buen sueño.
- Verte mejor.
- Ayudar a tu organismo a controlar la diabetes y la presión alta.
- Elevar tu autoestima.
- Mejorar tu actitud en las relaciones con tu familia, pareja y amigos.
- Mejorar la calidad de tus relaciones sexuales.
- Te sentirás muy bien... Y será notorio.

¡DI NO a las fritangas, a la comida chatarra, a los refrescos y al cigarro!
No esperamos que seas como Ana Guevara o Soraya Jiménez, pero sí una saludable y enérgica mujer.

¡Decídete!
Haz del ejercicio parte de tu vida, lo único que tienes que invertir son **30 minutos diarios**, voluntad, cariño y amor por ti misma.

Recomendaciones

- Pide en tu centro de salud que te tomen la presión y te hagan la prueba de la diabetes.
- Consulta a tu médico sobre qué ejercicios puedes realizar.
- No uses ropa o fajas de goma o plásticas, te pueden quemar y deshidratar la piel.
- Acude al médico si tienes alguna molestia al realizar alguno de los ejercicios.
- Conforme te sientas mejor, aumenta el tiempo y la intensidad del ejercicio.

Es muy importante que no te desespere, las mejoras en tu condición física se irán presentando poco a poco y de forma segura, sin riesgos para tu salud.

Para complementar el ejercicio con una alimentación adecuada te recomendamos:

El Plato del Bien Comer

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

www.genero.salud.gob.mx

Las Mujeres ESTAMOS TOMANDO MEDIDAS

Regálale 30 Minutos diarios para tu Salud

En casi todos los hogares

responsabilidad del cuidado de la salud de nuestros familiares: hijas e hijos, pareja, personas mayores, personas con capacidades diferentes, vecinos de nuestra comunidad y hasta de las mascotas. Esto ha provocado que muchas veces descuidemos nuestra salud, y quedemos expuestas ante diversas enfermedades. Los estilos de vida no saludables están caracterizados por el poco movimiento del cuerpo (sedentarismo), alimentación inadecuada, preocupaciones familiares, laborales o económicas, estrés, además de la sobrecarga de trabajo que implican las responsabilidades domésticas, el trabajo remunerado y, en algunos casos, el estudio, (doble o triple jornada).

Todos estos factores generan agobio

ansiedad, malestar, cansancio crónico acumulativo y depresión que, junto con el sobrepeso y la obesidad, aumentan las posibilidades de enfermar.

Algunas de las enfermedades crónicas que nos afectan cada vez más a las mujeres son: la diabetes, las enfermedades del corazón, la presión alta entre otras.

Para prevenir o para contrarrestar los efectos negativos de esos estilos de vida y de esas enfermedades, **regálale 30 minutos al día para dedicarlos al cuidado de tu salud física y mental.**

Lo único que tienes que invertir es tu voluntad y las ganas de hacer ejercicio divertido. Te proponemos actividades muy sencillas al alcance de todas y que además no cuestan.

PONTE CÓMODA! ¡CÓMENZAMOS!

¡Diviértete!

- Es muy importante que, cuando hagas ejercicio en tu casa, te olvides totalmente de las quehaceres domésticos.
- Ni de chiste se te ocurra utilizar la escuela para hacer, bailar con ella al ritmo que más te guste! ¡pero movido eh!
- Realiza ejercicios que te hagan sudar, que te ayuden a aumentar los latidos del corazón sin que te sofocan, que te den fuerza, flexibilidad y armonía.
- Puedes realizar otras actividades como caminar, trotar o correr.
- Da 3 vueltas al parque de tu colonia o localidad después de llevar a tus niños a la escuela.
- ¡Juega con el ejercicio!
- Un ejercicio muy bueno es subir y bajar escaleras, pero sin la bolsa del mercado.
- ¡Ah!, también te puedes montar un rato en la bici de tus hijos y ¡a darle!
- andar en bicicleta (fija o móvil) es muy divertido.
- Si te gusta la gimnasia haz sentadillas, abdominales y lagartijas.
- Si eres mayor de 60 años, saca o pasear a tu mascota, ¡cámbale hasta que saque la lengua!
- Busca en el parque de tu colonia o localidad los grupos que practican gimnasia, yoga o tai chi.
- Pregúnta en el INAPAM o INSENI de tu localidad.

ANEXO 2

SECRETARÍA DE SALUD **SALUD**

¿Qué ganas con hacer ejercicio?

- Ayudará a tu organismo a controlar el peso, la diabetes y la presión alta.
- Mejorarás la calidad de tus relaciones sexuales.
- Tu corazón y pulmones funcionarán mejor.
- Se fortalecerán tus huesos.
- Te sentirás relajado y dormirás mejor.
- Te ayudará a liberar tensiones.
- Estarás de buen humor.
- Te verás mejor.
- Elevarás tu autoestima.
- Mejorarás tus relaciones con la familia, la pareja, los amigos y contigo mismo.
- Te sentirás muy bien... y será notorio.



- Acude a tu unidad de salud y solicita información sobre diabetes mellitus, hipertensión arterial y actividad física.
- Consulta a tu médico sobre qué ejercicios puedes realizar.
- Aumenta poco a poco el tiempo y la intensidad del ejercicio.
- Es muy importante que no te desanimés.

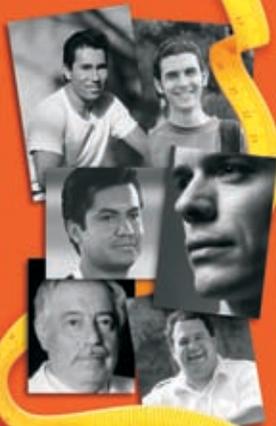
Las mejoras en tu condición física se irán presentando poco a poco y de forma segura, sin riesgos para tu salud.

Para complementar el ejercicio con una alimentación adecuada te recomendamos el **Plato del Bien Comer**.



¡DI NO a la comida chatarra y a los refrescos! Haz del ejercicio parte de tu vida. Lo único que debes que invertir son 30 minutos diarios, voluntad, y aprecio por ti mismo.

Relájate 30 Minutos diarios



Para mayor información, consulta nuestras páginas:

- www.gobierno.salud.gub.uy
- www.todosmujeres.org
- www.todoslosniños.org
- www.todoslosjóvenes.org
- www.todoslosadultos.org
- www.todoslosadultosmayores.org
- www.todoslosniños.org

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

LOS HOMBRES ESTAMOS TOMANOO MEDIDAS

Uno de los derechos más importantes de los hombres es el derecho a la salud.

¡Decídetes!
Haz ejercicio y come sanamente

www.gobierno.salud.gub.uy

Aunque los roles de hombres y mujeres están cambiando, aún es frecuente encontrar que, desde la niñez, al hombre no se le educa para poner atención en el cuidado de su salud.

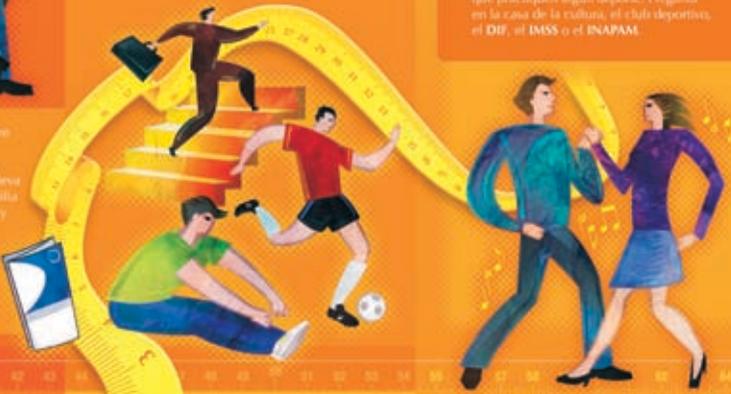


Algunos de los problemas que más afectan la salud de los hombres son:

- Las enfermedades del corazón.
- La diabetes.
- La presión arterial alta.
- El sobrepeso y la obesidad.
- Los accidentes y agresiones.
- Adicciones como el tabaquismo y el alcoholismo.

Para prevenir estas enfermedades o ayudar a controlarlas, mejora tu estilo de vida comiendo saludablemente y realizando ejercicio al menos 30 minutos diarios. ¡Así mejorarás tu salud física y mental!

¡Diviértete haciendo ejercicio!



Recomendaciones:

- Haz por lo menos **30 minutos** de ejercicio físico al día, en la oficina, en la casa o al aire libre.
- Realiza ejercicios que te ayuden a aumentar los latidos del corazón sin que te sopleques.
- Sube y baja escaleras en vez de usar el elevador.
- No utilices transporte para ir a lugares cercanos, mejor camina.
- Practica el deporte que más te guste. ¡La "cansancio" de fin de semana no es suficiente!
- Invita a caminar o trotar a tu familia o a tus amigos.
- Si te gusta bailar, hacerlo con frecuencia también es una forma de ejercicio.
- Busca en tu colonia o localidad los grupos que practiquen algún deporte. Pregunta en la casa de la cultura, el club deportivo, el DIF, el IMSS o el INAPAM.

La sociedad ha creado la imagen del hombre como alguien rudo, que no le da miedo nada, que se aguanta, que se arriesga, que tiene todo bajo control. Todo esto conlleva conductas poco saludables para él y su familia y ocasiones que se retrasan los diagnósticos y no se tratan a tiempo las enfermedades.

Te invitamos a que asistas a la unidad de salud para que recibas las acciones preventivas que se encuentran en la Cartilla Nacional de Salud para el Hombre.

