

DISTRIBUIBLES

OBJETIVOS DEL TALLER

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

RESULTADO ESPERADO DEL TALLER

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

DEFINICIONES DE SEXO Y GÉNERO

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

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

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

SEIS CASOS**SITUACIÓN A:**

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

SITUACIÓN B:

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

SITUACIÓN C:

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

SEIS CASOS - (CONT.)**SITUACIÓN D:**

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

SITUACIÓN E:

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

SITUACIÓN F:

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

CUADRO DE LAS 24 HORAS

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

ROLES DE GÉNERO**PRODUCTIVO:**

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

REPRODUCTIVO:

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

GESTIÓN COMUNITARIA:

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

DEFINICIONES: ACCESO Y CONTROL**ACCESO**

La posibilidad de usar un recurso.

CONTROL

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

CINCO TIPOS DE RECURSOS

MATERIALES/ECONÓMICOS

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

POLÍTICOS

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

INFORMACIÓN/EDUCACIÓN

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

TIEMPO

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

RECURSOS INTERNOS

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

ESTEREOTIPOS DE FAMILIA



Familia nuclear



- Acceso igual a recursos
- Ausencia de conflicto



♂ Proveedor

♀ Ama de casa

CRISIS DE SALUD**Situación A:**

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

Situación B:

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

Situación C:

Fernando tiene cáncer terminal de pulmón.

Situación D:

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

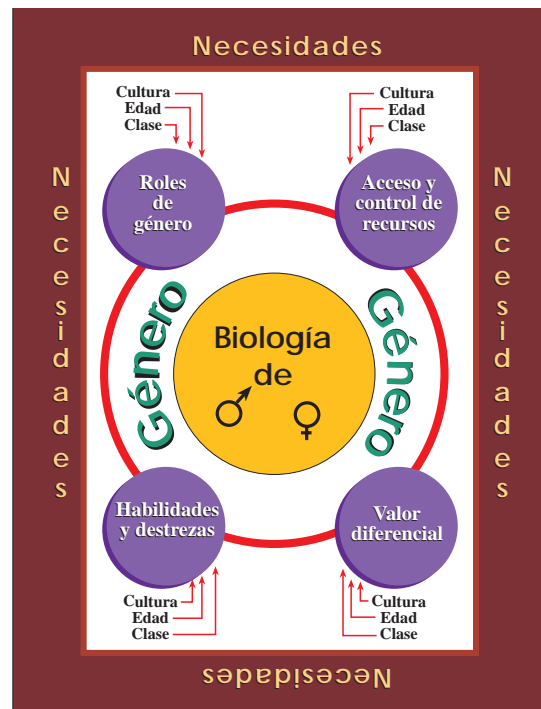
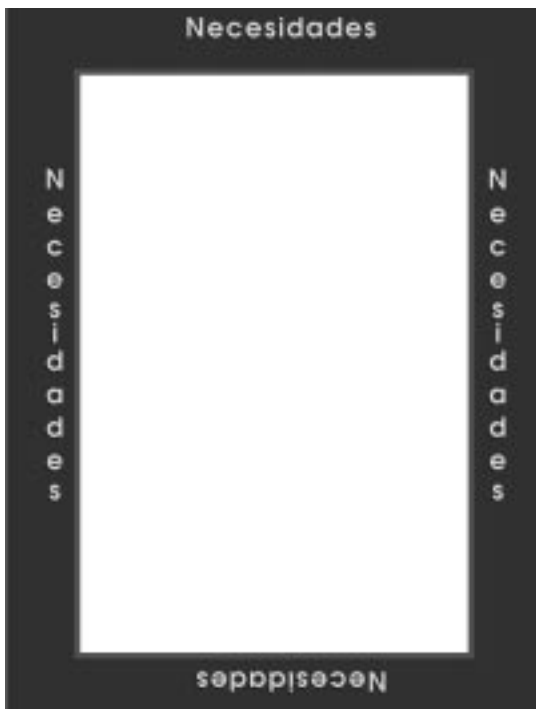
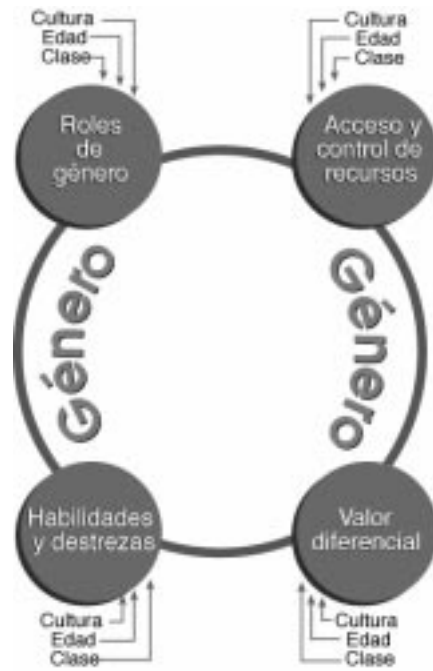
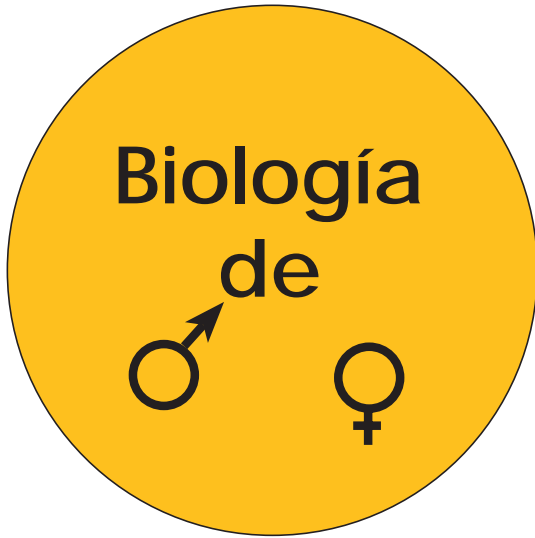
Situación E:

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

Situación F:

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

BIOLÓGICO / SOCIAL



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

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

DIFERENCIAS LIGADAS AL GÉNERO:

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

SITUACIONES, CONDICIONES O PROBLEMAS EN SALUD :

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

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

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

B. ABORDAJE ESTRATÉGICO DE GÉNERO

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

CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO**ENCUENTRO INTERPERSONAL**

- Facilita validación personal a través del diálogo

GRUPOS DE AUTO AYUDA

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

ORGANIZACIÓN COMUNITARIA

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

COALICIONES DE ACCIÓN POLÍTICA

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

CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO DE LABONTÉ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO DE LABONTÉ - (CONT.)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO DE LABONTÉ - (CONT.)

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

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

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

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

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

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA¹

Información general:

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

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

PROMOCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA - (CONT.)

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

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

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

PROGRAMA PARA LA DETECCIÓN Y EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

Información general:

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

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

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

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

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

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

Temas de reflexión

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

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

Información general:

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

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

1. ¿ Los adultos y adultas mayores tienen necesidades biológicas que dependen específicamente del sexo y que provienen de una variedad de diferencias inmunológicas, genéticas o fisiológicas? ¿Podría relacionarse esto con la mayor incidencia entre las mujeres de enfermedades crónicas y enfermedades como la incontinencia urinaria, la diabetes, la hipertensión, etc.?

¿Cómo podrían influir estas diferencias en el tipo de información suministrada a los trabajadores de salud y a los miembros de la familia que cuidan a los adultos mayores y a las adultas y adultos mismos?
2. ¿De qué forma los roles de género podrían proteger o aumentar el riesgo para hombres y mujeres de sufrir estas enfermedades que caracterizan el envejecimiento?
3. Dada la importancia que tienen la educación y la participación continua en la sociedad para mantener la salud mental de los adultos y las adultas mayores, ¿cómo podría estructurarse un programa para responder mejor a las diferentes oportunidades que cada sexo ha tenido para desarrollar sus capacidades intelectuales y sociales?
4. Dado que en las familias son principalmente las mujeres quienes prestan cuidados a los adultos mayores, ¿qué puede hacer el Estado para promover una distribución más equitativa de la responsabilidad de la atención de las personas de edad en el seno de sus familias?

LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO

Información general:

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

LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO - (CONT.)

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

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

Temas de reflexión:

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

LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO - (CONT.)

3. ¿Si usted fuese a recibir una subvención para estudiar si la nicotina es más adictiva para uno de los sexos sólo por razones biológicas, ¿esperaría encontrar que es más adictiva para los hombres, para las mujeres o igualmente adictiva para ambos? ¿Por qué sería importante este tipo de estudio para los programas de cese del tabaquismo?

4. En Canadá, un programa de cese del tabaquismo halló marcadas diferencias de género respecto a la capacidad de los hombres y las mujeres casadas para abandonar el hábito de fumar. Para los hombres casados, fue mucho más fácil que para las mujeres casadas. ¿Por qué cree que ocurrió esto? ¿Cómo adaptaría un programa de cese del tabaquismo teniendo esto en mente?

5. En los Estados Unidos, el Presidente Clinton anunció recientemente una serie de políticas para frenar el consumo de tabaco entre los adolescentes. Gran parte de ello tenía que ver con prohibir la promoción y la publicidad de todos los productos de tabaco; la revisión de la legislación relativa a la venta de tabaco a los menores de edad para incluir sanciones más severas; y la legislación prohibiendo la venta de productos de tabaco mediante máquinas expendedoras automáticas en los lugares frecuentados por los niños y los adolescentes. En su opinión y teniendo en cuenta consideraciones de género, entre las políticas mencionadas, ¿cuál frenará más el tabaquismo entre las jóvenes?, ¿entre los jóvenes? ¿o no habrá ninguna diferencia?, ¿por qué?

ENFOQUES DE DESARROLLO

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

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

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

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

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

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

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

ENFOQUES DE DESARROLLO - (CONT.)

ENFOQUES DE PROGRAMAS Y PROYECTOS ORIGINADOS EN GRUPOS DE MUJERES

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

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

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

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

CITAS DE DOCUMENTOS

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

PROGRAMA MULTISERVICIOS DE SALUD

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

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

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

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

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

La meta del proyecto es:

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

Los propósitos del proyecto son:

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

PROGRAMA MULTISERVICIOS DE SALUD - (CONT.)

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

A. LOGROS DEL PROYECTO:

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

B. DIFICULTADES DEL PROYECTO:

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

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

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

EJECUCIÓN E IMPACTO DEL PROYECTO

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

HOJA DE TRABAJO PARA ESTUDIO DE CASO NO. 1**a. OBJETIVOS DEL PROYECTO**

ROLES	REP.	PROD.	G.C.
Mujeres			
CIM			
CPT			

b. Necesidades de salud

Mujeres
CIM
CPT

c. Enfoques de desarrollo

Asistencial Anti-Pob. Eficiencia Igualdad Empoderamiento

d. Abordajes

APG?

AEG?

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

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

EL AGUA Y EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD COMUNITARIA

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

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

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

La meta del proyecto es:

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

Los propósitos del proyecto son:

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

A. RESULTADOS DEL PROYECTO:

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

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

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

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

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

B. DIFICULTADES DEL PROYECTO:

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

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

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

HOJA DE TRABAJO PARA ESTUDIO DE CASO NO. 2

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

b. Necesidades de salud	
Mujeres	
Hombres	

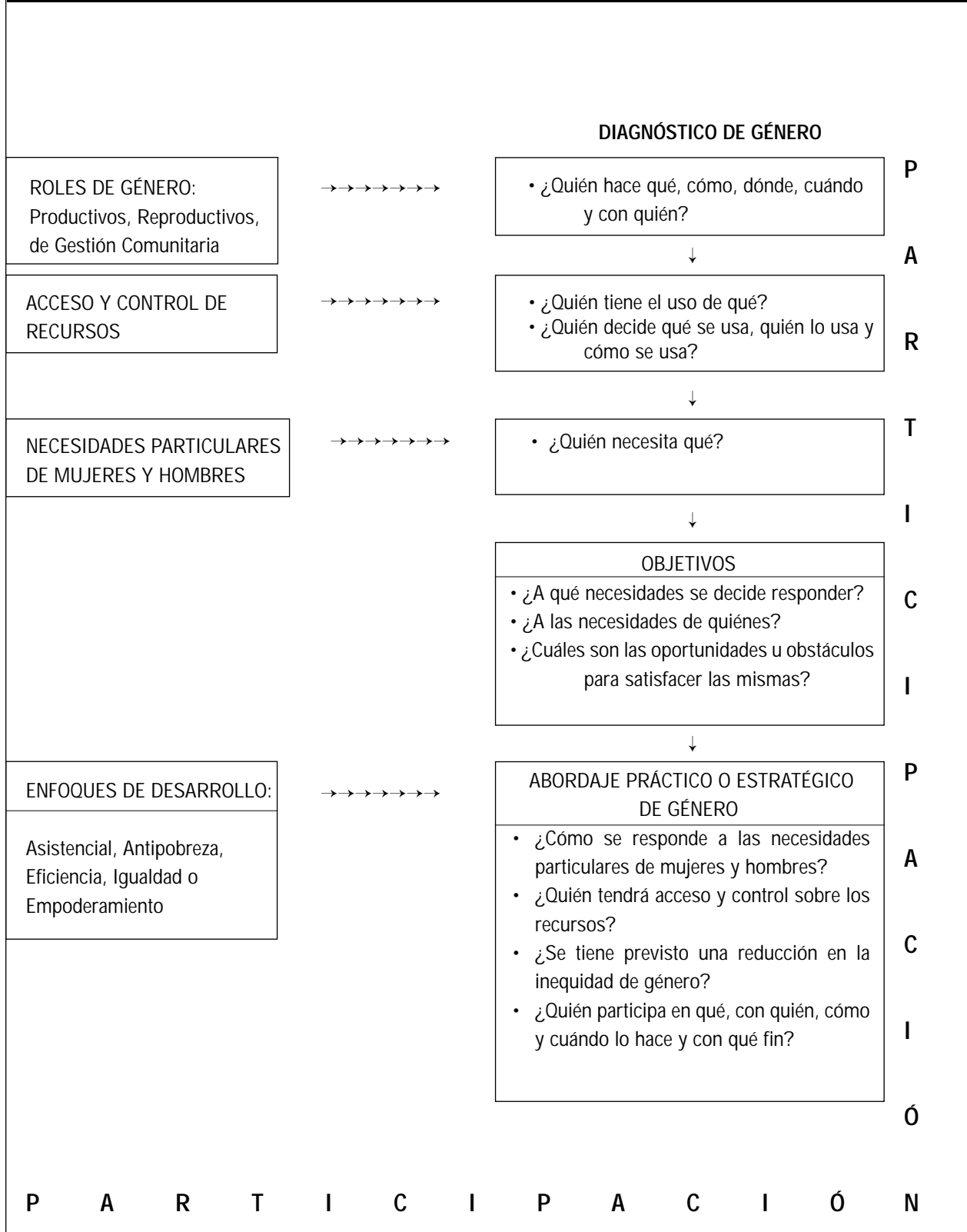
c. Enfoques de desarrollo				
Asistencial	Anti-Pob.	Eficiencia	Igualdad	Empoderamiento

d. Abordajes	
APG?	AEG?

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

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

PASOS PARA LA PLANIFICACIÓN DESDE UN ENFOQUE DE GÉNERO



GUÍA DE PREGUNTAS - ANÁLISIS DE PROYECTO

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

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

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

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

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