

MÓDULO

3

**ORIGEN DE LAS
NECESIDADES
EN SALUD**



ORIGEN DE LAS NECESIDADES EN SALUD

RESUMEN DEL MÓDULO 3

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

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

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

PROCESO

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

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

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

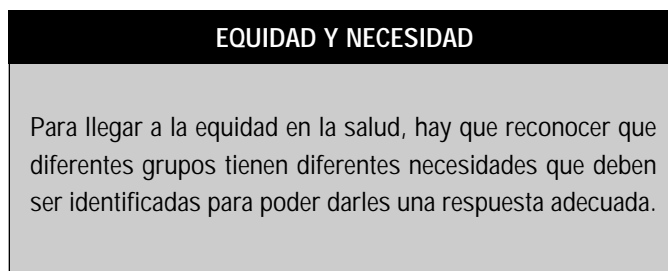
No obstante, como hemos venido viendo, los hombres y las mujeres también desempeñan diferentes roles en las sociedades (señala círculo con "Roles de Género"), que envuelven diferentes factores de riesgo y que facilitan el desarrollo de diferentes habilidades y destrezas (señala círculo con "Habilidades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

COMPONENTE 3.1

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

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

Lámina N° 4:

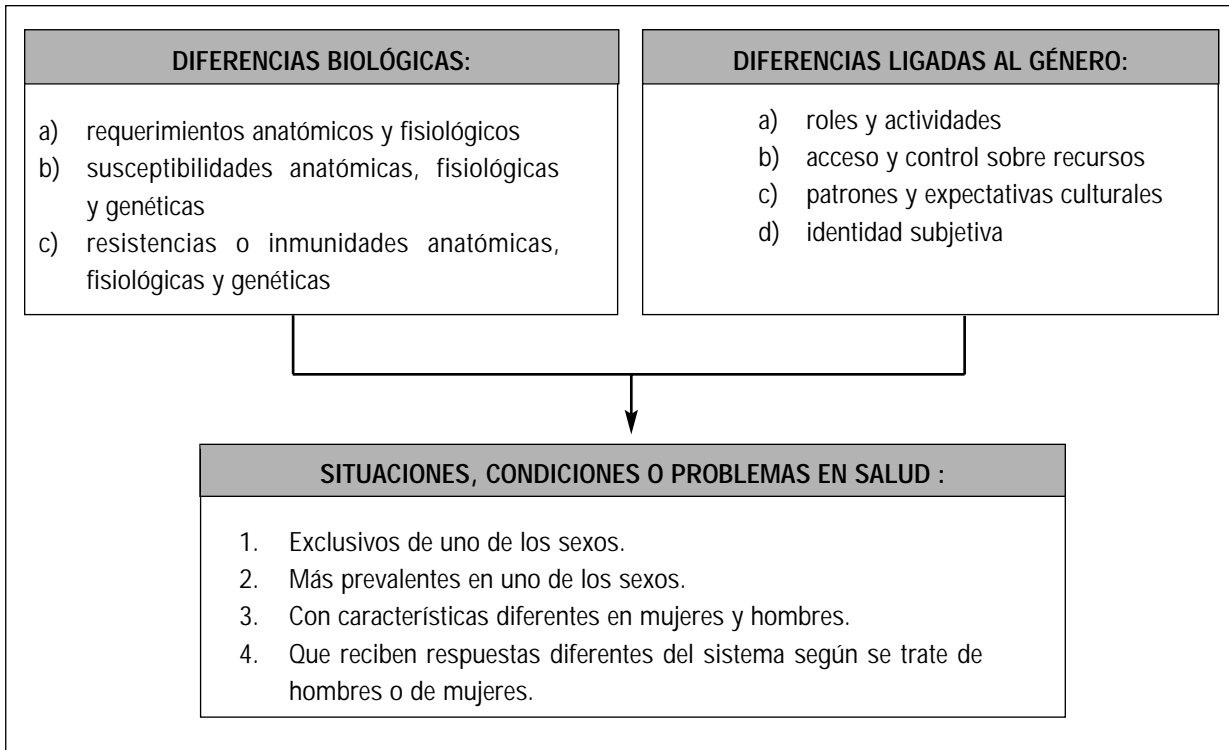


- Facilitador(a) indica que ahora se va a examinar más detenidamente el origen de esas diferencias en salud de hombres y mujeres. Entrega el Distribuible N° 12 y presenta la Lámina N° 5, cubriendo el cuadro grande que se deriva de la interacción de lo biológico y lo psicosocial.

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

Lámina N° 5/Distribuible N° 12:

ORIGEN DE LAS DIFERENCIAS EN LOS PERFILES DE SALUD/ENFERMEDAD



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

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

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

♂ Cáncer de próstata; hemofilia.

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

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

COMPONENTE 3.1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

COMPONENTE 3.1

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

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

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

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

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

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

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

- Algunos ejemplos adicionales:

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

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

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

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

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

PROCESO

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

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

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

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

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

En relación al SIDA, se sabe que existen:

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

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

Lámina N° 6

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

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

Las mujeres son más vulnerables:

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

RESPUESTAS:

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

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

COMPONENTE 3.2

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

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

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

Texto del Rotafolio N° 12

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

Respuestas posibles:

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

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

COMPONENTE 3.2

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