

**MÓDULO**

**4**

# **ABORDAJES PRÁCTICOS Y ESTRATÉGICOS DE GÉNERO**



## ABORDAJES PRÁCTICOS Y ESTRATÉGICOS DE GÉNERO

### RESUMEN DEL MÓDULO 4

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

## RESUMEN DEL MÓDULO 4 (CONT.)

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

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

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

### PROCESO

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

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

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

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

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

### ABORDAJES PRÁCTICOS Y ESTRATÉGICOS DE GÉNERO

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

---

#### PROCESO

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

Estos dos abordajes se basan en dos supuestos:

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

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

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

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

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

■ Facilitador(a) da un ejemplo:

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

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

■ Facilitador(a) enfatiza que:

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

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

## COMPONENTE 4.1

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

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

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

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

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

Texto del Distribuible N° 13

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

Lámina N° 7

## APG/AEG

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

## COMPONENTE 4.1

### ■ Facilitador(a) menciona:

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

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

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

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

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

### PROCESO

- Facilitador(a) señala que:

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

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

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

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

## COMPONENTE 4.2

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

Texto del Rotafolio N° 13

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

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

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

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

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

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

Distributable N° 14b

**CONTINUO DEL EMPODERAMIENTO DE LABONTÉ**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

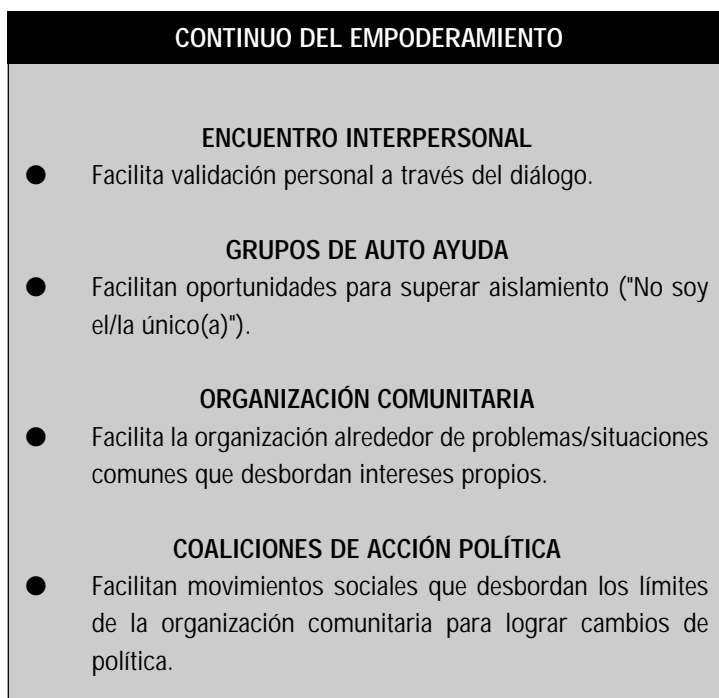
(3) tomando posición ellos mismos frente a los problemas de salud. Una voz política organizada de profesionales puede ser crucial para el avance hacia formas de organización social más equitativas, sostenibles y sensibles a consideraciones de género.

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

## COMPONENTE 4.2

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

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



### **Puntos para destacar:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**c. Organización Comunitaria:**

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

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

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

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

## COMPONENTE 4.2

### d. Coaliciones de Acción Política:

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

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

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

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

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

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

**INTERVENCIONES EN SALUD - APLICANDO LOS CONCEPTOS**

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

---

**PROCESO**

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

## COMPONENTE 4.3

Texto del Rotafolio N° 15

### TAREA DE GRUPO: INTERVENCIONES EN SALUD

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

Luego, formulen:

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

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

Texto del Distribuible N° 15a:

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

#### Información general

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

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

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

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

## COMPONENTE 4.3

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

#### Temas de reflexión

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

#### Para los facilitadores

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

#### Recursos de información

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

Recursos materiales

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

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

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

*Texto del Distribuible N° 15b*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Recursos de información/políticos**

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

## COMPONENTE 4.3

### Recursos materiales/tiempo

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

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

### Recursos de información

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

*Texto del Distribuible N° 15c*

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

#### Información general:

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

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

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

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

**Temas de reflexión**

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

## COMPONENTE 4.3

### Para los facilitadores

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

### Recursos materiales

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

### Recursos de información

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

### Recursos materiales/internos

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

### Recursos internos

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

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

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

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

*Texto del Distribuible N° 15d*

## LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO

### Información general:

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

### LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO (CONT.)

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

#### Temas de reflexión:

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

## LUCHA CONTRA EL TABAQUISMO (CONT.)

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

### Para los facilitadores

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

### Recursos de información/educación

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

### Recursos Materiales

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

## COMPONENTE 4.3

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

### Recursos de tiempo

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

### Recursos internos

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