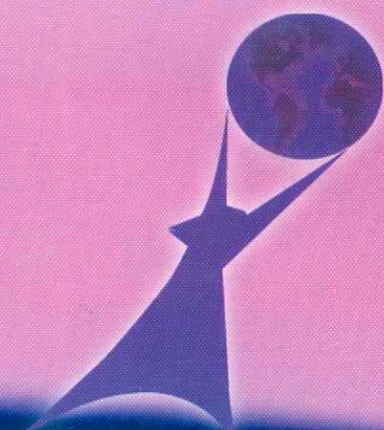


GÉNERO Y SALUD



PRIMERA PARTE
INCORPORANDO EL ANÁLISIS DE GÉNERO EN SALUD.

SEGUNDA PARTE
PROPUESTA DE PLANES DE CAPACITACIÓN
SOBRE GÉNERO Y SALUD
PARA EL DESARROLLO DEL RECURSO HUMANO.

CONSULTORA

Dra. Claude Vergés de López, MD. PhD.
Doctora en Educación, mención Andragogía

BAJO LA COORDINACIÓN DE

Dirección Nacional de Promoción de la Salud
Sección Mujer, Género, Salud y Desarrollo del Ministerio de Salud.

CON EL APOYO FINANCIERO Y TÉCNICO DE

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
(OPS/OMS)
Programa Mujer, Salud y Desarrollo.

Donantes: Gobiernos de Suecia y Noruega.

GÉNERO Y SALUD

AÑO 2002

MINISTERIO DE SALUD

Doctor FERNANDO GRACIA
Ministro de Salud

Doctor ALEXIS PINZÓN
Viceministro de Salud

Licenciada MARÍA VICTORIA ENRÍQUEZ
Directora Nacional de Promoción de la Salud

Doctora ANA MARÍA MARTÍN
Subdirectora Nacional de Promoción de la Salud

Magister SIRIA M. DE ROBINSON
Jefa del Departamento de Conducta Humana y Salud

Magister HERMELINDA RODRÍGUEZ G.
Jefa de la Sección Mujer, Género, Salud y Desarrollo

PRIMERA PARTE

**INCORPORANDO EL ANÁLISIS DE
GÉNERO EN SALUD**

PRESENTACIÓN

El documento **“Incorporando el Análisis de Género en Salud”** ofrece al personal del sector salud un marco de referencia acerca de la relación entre la construcción social del género y la salud integral de cada persona en sí y como parte de un grupo social determinado.

Esperamos suscitar el interés de las y los lectores/as sensibilizados(as) para seguir profundizando en los conocimientos sobre el tema y aplicarlos para el logro de la equidad de género en salud.

Este compendio es parte de los recursos didácticos elaborados en el marco del plan de capacitación del recurso humano del sector salud para contribuir en el logro de la atención integral, equitativa y de calidad del proceso de salud y enfermedad de las personas que acuden a sus servicios. Este documento permite abordar los temas de la guía de contenidos, para la capacitación del personal y de los usuarios y las usuarias del sector salud sobre género y salud.

ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	9
I. EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	11
1. Marco legal nacional e internacional	
1.1 La salud como derecho humano	
1.2 La equidad de género como derecho humano	
2. Estadísticas e indicadores	
3. Conceptos	
4. El proceso de salud-enfermedad y las divisiones de género	
4.1. Aspectos sociales	
4.2. Aspectos psicosociales	
II. LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO.....	26
1. Roles de género y cuidado de la salud	
2. Acceso y disponibilidad de los recursos de salud	
3. Calidad de los servicios	
4. Participación comunitaria y promoción de salud	
III. CONSIDERACIONES FINALES.....	30
BIBLIOGRAFÍA.....	31

ANEXOS.....34

1. Limitaciones de los estudios de cálculo de la carga de las ETS
2. Distintas formas de definir la salud reproductiva
3. Metas acordadas en el Encuentro de El Cairo + 5 (ICPD+5) para la equidad en Salud
4. Indicadores más frecuentemente utilizados por los organismos de la ONU para los proyectos de desarrollo (desagregados por sexo)

INTRODUCCIÓN

En Panamá, como en el resto del mundo, las mujeres están en posición de desventaja con relación a los hombres en el acceso a los recursos de salud, así como en la disponibilidad de estos recursos. Durante los últimos treinta años, el movimiento de mujeres y los organismos internacionales han unido esfuerzos para la equidad en salud de las mujeres. Con el lema de “Mujeres en Desarrollo”, los programas han enfatizado los derechos de las mujeres al bienestar, la equidad y la disminución de las consecuencias negativas de la pobreza.

El desarrollo teórico sobre las causas de las desigualdades entre mujeres y hombres permitió establecer que el género no es sólo un problema de diferencia biológica. Aunque incluye el aspecto fisiológico del sexo, el género representa la construcción social en la cual los roles, actitudes y percepciones de hombres y mujeres están condicionados por una multitud de factores culturales, religiosos y tradicionales, que imprimen un patrón de vida diferente y ofrecen oportunidades disímiles para hombres y mujeres. El abordaje integral de las relaciones de género (o enfoque de género), no solamente permite comprender el contexto social en el cual los servicios de salud deben asegurar la equidad de las mujeres, sino que también aclara porqué los hombres están, en ocasiones, en desventaja por los prejuicios de género y los estereotipos que les imponen o impiden una conducta social determinada.

El cambio del énfasis sobre “Mujeres en Desarrollo” hacia “Género y Desarrollo” permite incorporar la perspectiva de género a las políticas de salud, las cuales serán de mayor beneficio tanto para las mujeres como para los hombres. En efecto, si los problemas de salud de las mujeres son el resultado de factores sociales negativos, los cambios en las estructuras sociales y las actitudes de la sociedad hacia las mujeres permitirán promover la salud de ellas de manera más efectiva. Al mismo tiempo, las estadísticas de numerosos países revelan que los hombres padecen de una serie de enfermedades en áreas específicas asociadas al trabajo y el medio ambiente, y a estilos de vida peligrosos, que necesitan un abordaje específico por parte de los servicios de salud. Estas particularidades son el resultado de problemas y necesidades de salud diferentes.

La incorporación del análisis de género en el sector salud y el desarrollo de políticas y programas de salud dirigidos hacia la equidad de género, tienen profundas repercusiones para la capacitación de las y los trabajadoras/es de este sector implicados en la formulación de estas políticas y normas, y a la atención directa de las personas. Mientras las universidades trabajan sobre la integración de la perspectiva de género en el currículo de las Ciencias de la Salud, es necesario asegurar capacitaciones en servicio que permitan responder a las necesidades y demandas actuales. Sin ser exhaustivo, este documento pretende sentar las bases para el desarrollo de estas capacitaciones y permitir la reproducción de los conocimientos adquiridos, ya que “el conocimiento aprendido y no aplicado o transmitido es in-

útil”. Para ello nos apoyamos sobre los lineamientos de los tres primeros capítulos de “*Gender and Health. Curriculum Outlines*” de Harding F. and Sills M. (1999, Commonwealth Secretariat).

La primera parte analiza el proceso de salud y enfermedad desde la perspectiva de género y **presenta** los adelantos legales logrados en el ámbito nacional e internacional para el logro de la equidad de género. En este capítulo se aclaran los conceptos necesarios para este análisis, y luego se examinan cada uno de los factores sociales y psicosociales que tienen un **impacto negativo** sobre la salud de las mujeres y de los hombres apoyándonos sobre ejemplos del contexto nacional.

La segunda parte analiza la atención brindada en los servicios de salud, desde la situación de las mujeres que acuden en demanda de estos servicios, hasta la calidad de los servicios brindados. Igualmente se analiza cómo la división de los roles de género afecta a la **participación comunitaria** para la promoción de la salud.

Finalmente se ofrecen sugerencias que recogen estos análisis.

I.

EL PROCESO DE SALUD Y ENFERMEDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

La Organización Mundial de la Salud define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social en una síntesis de los diferentes factores que intervienen en el mantenimiento o la construcción de una calidad de vida que permite el logro de una salud integral. En esta definición no interviene la enfermedad, ya que ésta se considera como un episodio no deseado en el ciclo vital. A su vez, las enfermedades pueden dividirse en dos grupos: las enfermedades socialmente prevenibles y las socialmente no prevenibles. En el primer grupo podemos incluir, aparte de las causas de mortalidad materna, el alcoholismo, la malnutrición y las enfermedades derivadas de la violencia social y doméstica, entre otras. En el segundo grupo se encuentra las malformaciones congénitas, las enfermedades autoinmunes y el cáncer.

La incorporación de la perspectiva de género que analiza permanentemente la relación causal del proceso de salud y enfermedad entre hombres y mujeres hace parte de esta dimensión social de la salud. Las políticas de salud están dirigidas al logro de la equidad en los servicios de salud que permitan a las personas utilizar las herramientas disponibles para la construcción de una mejor calidad de vida; por lo tanto, los programas definidos por estas políticas deben incluir la meta de la equidad de género.

Tanto el derecho a la salud como los derechos de las mujeres y hombres hacen parte de los derechos humanos suscritos en convenios internacionales y leyes nacionales.

1. MARCO LEGAL NACIONAL E INTERNACIONAL

1.1. La salud como derecho humano

La declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en su artículo 25, dice:

“1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”

b. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencias especiales. Todos los niños y las niñas, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.”

El artículo 24 afirma el derecho al descanso y al tiempo libre, a las vacaciones pagadas y a un horario de trabajo razonable, y sabemos que lo mismo es importante para la recuperación de las fuerzas físicas y mentales y la salud integral de la persona durante su vida productiva y reproductiva. El artículo 5 prohíbe las torturas y los malos tratos.

Los pactos internacionales de derechos civiles y políticos y de derechos económicos, sociales y culturales aprobados por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1966, transforman los principios de la Declaración Universal de los Derechos Humanos en obligaciones legales para los gobiernos y establecen mecanismos de control en la aplicación de estos derechos¹.

A su vez, la Constitución Política de 1972, reformada en 1985, establece el derecho a la salud, la seguridad social y la asistencia social en el Capítulo 6º, y adopta la definición de salud de la OMS en el artículo 105. El artículo 106 desarrolla las actividades del sector que incluyen la capacitación y la atención integral particularmente de la madre y de la niñez. El artículo 112 reconoce a las comunidades *“el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.”*

Por su parte, el Código de la Familia (Ley N°3 de 1994), modificado por la Ley N°12 de 1994 y por la Ley N°4 de 1999, consagra el Capítulo II a los derechos de los panameños y de las panameñas a la Salud Integral (Sección I), a la Protección Materno-Infantil (Sección II) y a la Atención de la Salud Física y Mental de la Familia (Sección II).

1.2. La equidad de género como derecho humano

La Constitución Política de la República, en el artículo 19 del Capítulo 1º de las Garantías Fundamentales, dice así:

“No habrá fueros o privilegios personales ni discriminación por razón de raza, nacimiento, clase social, sexo, religión o ideas políticas.” (lo subrayado es nuestro).

En el marco internacional, la evolución de las acciones dirigidas a la igualdad de género, desarrollo y paz se precisa en la Conferencia Mundial de México en 1978, la Conferencia de El Cairo en 1992 y la Conferencia de Beijing en 1995.

Así la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) se proclama en 1979 y es ratificada por la República de Panamá mediante la Ley 4 de 1980.

La Convención Interamericana de Belem Do Pará aprobada en 1994 para prevenir, sancionar y erradicar la violencia, es ratificada mediante la Ley N°12 del 20 de abril de 1995; las acciones contra la violencia doméstica se precisan en la Ley 27 del 16 de junio de 1995 por la cual se tipifican los delitos de violencia intrafamiliar y de maltrato a menores; la Ley 44 de 1995 que incluye aspectos sobre acoso sexual discriminatorios contra la mujer, además la ley 38 de 2001, que incluye medidas cautelares y de protección a las víctimas de violencia doméstica

Finalmente, la Ley 4 de 1999 sobre la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres, permite implementar el Plan Nacional Mujer y Desarrollo, en el cual participan activamente el Ministerio de Salud y la Caja de Seguro Social.

Para cumplir con los mandatos constitucionales de capacitación, el Plan Nacional de Educación y la Universidad de Panamá programan la incorporación del enfoque de género como variable transversal del currículum.

2. ESTADÍSTICAS E INDICADORES

Fuente: Hanson K.(2000) La medición del estado de la salud²

Desde la emisión del Informe sobre el Desarrollo Global del Banco Mundial en 1993, los conceptos de “carga global de morbilidad” (CGM), “paquete mínimo de servicios clínicos”, “establecimiento de prioridades” y “años de vida ajustados en función de la discapacidad”(AVAD), se utilizan para medir el estado de salud de las poblaciones y para diseñar las políticas de salud (Hanson, p. 3). Sin embargo estos conceptos y medición plantean problemas éticos de equidad social y de equidad de género, ya que la priorización de los recursos de salud implica la aplicación de juicios y valores. Además, los datos disponibles actualmente no están suficientemente desagregados por sexo (véase las estadísticas de morbilidad y mortalidad publicados por la Contraloría en “Panamá en Cifras”). Además veremos en la definición de los conceptos, que los factores que intervienen en el proceso de salud - enfermedad son múltiples, en ocasiones difíciles de medir y que interactúan como sistema. La decisión de incluir o excluir alguno de estos factores proviene del sistema de valores que tiene la persona o el grupo que hace la medición y los resultados obtenidos para estudios de costo - beneficio pueden ser contrarios a los objetivos de la equidad de género. A pesar de ello, estas mediciones pueden utilizarse con las restricciones críticas necesarias para establecer las diferencias entre hombres y mujeres en el proceso de salud - enfermedad.

La carga individual de morbilidad puede definirse a través de las mediciones específicas de la enfermedad, de sistemas o de órganos, utilizando escalas especializadas (Bowling 1995, citado por Hanson, p. 5), pero la misma no puede pretender representar al grupo general.

Todavía el análisis de la mortalidad permite evidenciar las diferencias de género y constituye la fuente más confiable de datos en la mayoría de los países. Pero este análisis excluye la mala salud por discapacidad o por morbilidad, lo que representa un sesgo en los estudios comparativos de la salud de hombres y mujeres. En efecto, las mujeres tienen una mayor esperanza de vida que los hombres, pero se enferman más y ello no ocurre solamente por vivir más tiempo. Por otra parte, algunas causas de muerte pueden estar subregistradas por sus implicaciones sociales y legales, como, por ejemplo, el aborto séptico en las zonas de pobre cobertura de los servicios de salud.

A partir de los años sesenta, se desarrollaron estudios para medir la calidad de vida relacionada con la salud, y los más difundidos fueron el AVAD (años vividos con discapacidad) y el AVAP (años

Ver listado de citas en la página 38

de vida perdidos por mortalidad prematura) medidos en relación con la esperanza de vida de referencia de Japón: 80 años para los hombres y 82.5 años para las mujeres), los cuales representan verdaderamente indicadores de enfermedad. Los AVAD se construyen sobre la base de cuatro medidas: la esperanza de vida a cada edad en un entorno con baja mortalidad, la diferencia de la esperanza de vida entre sexos, el valor de un año de vida vivido a cada edad y el valor del tiempo vivido en los distintos períodos de tiempo. Como las tres primeras medidas tienen claras implicaciones de género, el AVAD representa uno de los indicadores más apropiados para los análisis de género en salud, aunque es *más difícil de medir y, por lo tanto, menos fidedigno*, según Hanson (p. 15). Así, los factores culturales y sociales influyen sobre el subregistro de las enfermedades provocadas por la violencia doméstica. En caso de algunas enfermedades de transmisión sexual (ETS), la falta de síntomas clínicos se agrega a los factores citados para explicar este subregistro. En anexo se reproducen las limitaciones de los estudios sobre la carga de ETS descritas por Rowley y Berkley (1998) en Hanson (p. 23).

Igualmente, se reproduce un cuadro de Murray y López (1998) que recoge las diferentes formas de calcular la salud reproductiva. Según Hanson (p. 13), “*Las más próximas al concepto de salud reproductiva de la OMS serían la A (consecuencias del sexo en los adultos) y la C (trastornos del aparato reproductor)*”.

Además de las limitantes mencionadas, la falta de investigaciones científicas sobre las características de las enfermedades en las mujeres, sus consecuencias, así como de los efectos de los medicamentos, introduce un sesgo sobre la clasificación y la distribución de las enfermedades según el género.

3. CONCEPTOS

ACTITUDES. Manifestaciones externas de las creencias, valores y prejuicios frente a un problema o a una situación particular. Las actitudes pueden ser positivas: respeto, solidaridad, empatía; o negativas: intolerancia (hacia tendencias homosexuales, por ejemplo), desprecio e irrespeto (hacia las creencias indígenas); o de incomprensión (frente a las múltiples obligaciones de las mujeres y de la prioridad que ellas pueden dar a estas obligaciones).

Analice las actitudes del personal de salud hacia las y los usuarios/as de ambos sexos según el enfoque de género.

BIOLOGÍA HUMANA. Según Lalonde (1993)³ “*incluye la herencia genética de la persona, los procesos de maduración y envejecimiento y los diferentes aparatos internos del organismo, como el esquelético, el nervioso, el muscular, el cardiovascular, el endocrino y el digestivo, por ejemplo*”. Debe tomarse en cuenta para los programas de prevención, atención y rehabilitación de las enfermedades y para alcanzar una calidad óptima de vida. Las diferencias fisiológicas entre sexos generalmente tienen un efecto protector a favor de las mujeres, lo que puede explicar la mayor esperanza de vida. Pero, en este campo, los cambios sociales sólo reforzarán o empeorarán un estado biológico ya determinado.

CLASE SOCIAL. “*Grupos humanos que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción social históricamente determinado por las relaciones en que se encuentran respecto a los medios de producción (si son dueñas de ellos o no), por el papel que desempeñan en la organización social del trabajo (dirección o ejecución) y por el modo y la proporción en que perciben la parte de la riqueza social (ingreso familiar)*”. (Rosental MM, Iudin PF (1994)⁴. **Los paréntesis son míos.** Los informes del PNUD sobre el estado de desarrollo de los diferentes países, así como los estudios realizados en Panamá, muestran que la pobreza empeora la situación de salud de las personas y particularmente de las mujeres.

CREENCIAS. Convicciones de una persona o de una colectividad, generalmente determinadas por la cultura. Las creencias más fuertes son las religiosas y pueden representar un apoyo (en el caso de enfermedades catastróficas) o un obstáculo (para la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres).

CULTURA. “*Conjunto de conocimientos de una sociedad o de un país, lo que conlleva un sistema de creencias y tradiciones, un sistema de valores y un sistema de acciones*”. Diccionario de la Lengua Española⁵ (1998).

CULTURA ANDROCÉNTRICA. Es la organización social centrada en el hombre (del griego *andros*). Basada sobre la división moderna del trabajo, en la cual el hombre aseguraba la producción social fuera de la casa y de la familia y la mujer la producción doméstica dentro de la casa y la reproducción social con la crianza de los hijos e hijas. A pesar de la evolución tecnológica que la hace obsoleta, esta cultura permanece y afecta tanto a los hombres como a las mujeres: los primeros no saben cuál es su lugar social frente al desempleo (y se debe considerar este problema frente al aumento de suicidios de hombres) y las mujeres se encuentran limitadas en sus aspiraciones sociales y agobiadas por doble (trabajo externo + trabajo doméstico) y triple jornada (los anteriores + participación en organizaciones de salud u otras).

CULTURA PATRIARCAL. Es la organización social en que un varón ejerce la autoridad como jefe de familia y de todo el linaje; por lo tanto, todos los demás y, particularmente las mujeres, están sometidas a esta autoridad porque “pertenecen” al patriarca. Una consecuencia extrema de esta cultura patriarcal es el incesto. En general, la cultura patriarcal de una sociedad afecta severamente a las mujeres con sus prejuicios y estereotipos, particularmente en el campo de la salud mental y de la salud sexual y reproductiva. Los servicios de salud reportan numerosos casos de mujeres que no controlan su reproducción por oposición de sus compañeros y esposos.

Analice la estructura social de la comunidad en la cual funciona su centro según el análisis de género.

Analice las relaciones entre mujeres y hombres según los preceptos de las religiones vigentes en su comunidad.

Analice la relación entre la cultura androcéntrica y la morbilidad de los y las adolescentes de su centro de salud.

Presente ejemplos de problemas mentales, sexuales y reproductivos relacionados con la cultura patriarcal que usted encontró en su centro de trabajo.

DIVISIÓN DEL TRABAJO. La sociedad ha asignado a la mujer el rol reproductivo de la familia y de la especie y al hombre el rol productivo a través de su trabajo. Ambos roles se desarrollan en ambientes diferentes: las mujeres están asignadas al ámbito privado de la casa y los hombres disponen del espacio público externo a la casa. Esta división ha permitido que los hombres sean exonerados de las tareas domésticas. Aun si se logra la equidad de género en el ambiente público, permanecerá la división doméstica del trabajo si no cambian las mentalidades. Por otra parte, esta división ha provocado que los hombres sean vistos como más racionales que las mujeres y, por lo tanto, dignos de los puestos de trabajo más relevantes.

EDAD. División social arbitraria basada en las etapas del desarrollo físico y psicológico del ser humano, que ameritan diferentes protecciones por parte de la sociedad en un tiempo histórico determinado. La etapa de mayor controversia es la de la adolescencia, que se disminuye o se prolonga según las circunstancias sociales. La visión social de cada etapa es muy diferente, pero la cultura de la eterna juventud afecta tanto a las mujeres como a los hombres en la aceptación del proceso de envejecimiento aunque con manifestaciones diferentes: las depresiones afectan más a las mujeres en esta etapa, y los hombres buscan recobrar la juventud a través de nuevas relaciones con mujeres más jóvenes; ambas actitudes afectan la salud mental de todo un grupo.

FEMINIDAD. Calidad de ciertos caracteres femeninos. Representa una construcción social: paciencia, comprensión, sacrificio, ser cuidadora de la salud de la familia y de la sociedad, sensibilidad hacia los demás, emociones, orden y disponibilidad permanente. Aunque las mujeres han demostrado que son tan capaces como los hombres, subsisten prejuicios sobre el alcance de su inteligencia y su capacidad de dirigir.

FEMINISMO. Movimiento social histórico de las mujeres para el reconocimiento de su identidad y del logro de la igualdad de derechos entre hombres y mujeres en todos los campos de la sociedad: político, social, cultural, educativo y de salud. Se sitúa en el origen de los encuentros y convenciones internacionales y nacionales.

GÉNERO. Construcción y representación social de las relaciones entre personas de diferentes sexos. Esta construcción se inicia desde la formación de un nuevo ser humano, con las representaciones imaginadas por la pareja, y actualmente confortadas por el conocimiento del sexo de este nuevo ser desde el embarazo. Si es

Describe la división del trabajo entre hombres y mujeres en su casa y en su centro de trabajo.

Presente ejemplos de la visión social diferente sobre los hombres y las mujeres de diferentes edades y que pueden afectar su autoestima y su salud en general.

Anote las cualidades y defectos que los médicos asignan a las mujeres (colegas y pacientes) y su impacto sobre las relaciones con ellas.

varón, se prepara un cuarto con predominio del color azul, y con juguetes que prefiguran sus actividades futuras: camiones, pelotas, etc. Si es niña, el cuarto será rosado y los juguetes serán muñecas, cocinas, etc. Durante la infancia, el niño y la niña están sometidos a un proceso de socialización psicológica, que los encaminará a interiorizar y asumir su rol respectivo como adultos. Al permitir al varón demostrar sus destrezas físicas y al considerar la rudeza y la violencia como características naturales de los varones, la familia y la sociedad fomentan esta cultura de violencia, responsable de la alta morbilidad y mortalidad de los adolescentes y hombres jóvenes. Igualmente, al impedirles la exteriorización de sus sentimientos se amputa gran parte de la sensibilidad y de la personalidad de los varones. En cuanto a las mujeres, la cultura de sumisión y obediencia que se les inculca desde la primera infancia las transforma en víctimas ideales de la violencia doméstica y social que repercutirá negativamente sobre su salud física, mental y sexual.

<p>ANÁLISIS DE GÉNERO. Examen (diagnóstico) de la situación de las mujeres y de los hombres según las relaciones sociales establecidas históricamente.</p> <p>ENFOQUE DE GÉNERO. Dirigir la atención hacia las relaciones de género para su estudio y solución.</p> <p>PERSPECTIVA DE GÉNERO. Representación de las relaciones de género, tal como aparecen a la vista.</p>	<p>Estos términos se han utilizado indistintamente, pero son objeto de debates filosóficos, ya que implican diferencias teóricas.</p> <p>En el campo de la salud, se utiliza el análisis de género, aunque al determinar que las relaciones de género son las causas determinantes de una situación de salud particular, se utilizará el enfoque de género. Según Standing (2000)⁶ éstos pueden abarcar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las inequidades sociales y estructurales entre los géneros en cuanto al acceso a los servicios. - La valoración de los perfiles y comportamientos relacionados con la salud de los hombres y de las mujeres. - La reevaluación del sesgo masculino en las instituciones y en la formulación de políticas.
--	---

ESTEREOTIPOS DE GÉNERO. Cliché mental influenciado por la cultura androcéntrica, simplificado y repetitivo, que se tiene de una persona, un grupo o un acontecimiento. Por ejemplo, las mujeres que visten de manera llamativa y sensual serán percibidas como “fáciles sexualmente”. Los estereotipos favorecen la difusión de los prejuicios y el sesgo contra el otro, particularmente contra las mujeres.

Encuentre ejemplos de estereotipos de género en los chistes, las canciones y los relatos de su comunidad.

EQUIDAD E IGUALDAD DE GÉNERO. Equidad = justicia y ponderación en los juicios y actuaciones. Igualdad = correspondencia y proporción equivalente de dos grupos eliminando las diferencias entre éstos. Se utilizan ambos términos para la determinación de las políticas tendientes a eliminar las diferencias construidas por la sociedad. Es evidente que no se pretende eliminar las diferencias biológicas entre ambos grupos ni las diferencias individuales, sino proporcionar a cada persona la posibilidad de desarrollar sus capacidades personales sin prejuicio de su sexo.

IDENTIDAD DE GÉNERO. *“Hecho de ser una persona la que dice ser”* (Diccionario de la Lengua Española, 1998). La identidad de las personas está ligada a su rol de género en la sociedad actual. Por lo tanto, este rol construido no le permite ser lo que quiere o siente ser y resiente frustraciones; en otras palabras, tanto las mujeres como los hombres necesitan recuperar su identidad propia e integral para gozar de una plena salud mental. La construcción o la recuperación de esta nueva identidad pasa por el reconocimiento de la equidad de género.

HOMBRE. El Diccionario de la Lengua Española hace suya la representación social del varón como ser racional que puede representar al género humano, sin tomar en cuenta la otra mitad de la humanidad formada por las mujeres. Es una definición androcéntrica, tal como se aclaró anteriormente. En la actualidad, la aceptación de la equidad de género ha penetrado las definiciones y el término “hombre” se reserva para hablar del varón adulto.

HUMANIDAD. Género humano que comprende a hombres, mujeres y niñez.

MASCULINIDAD. Representación social de los varones. Según Courtney *“Un hombre que actúa correctamente con arreglo a su género debe estar poco preocupado por su salud y su bienestar general. Simplemente debe verse más fuerte, tanto física como emocionalmente, que la mayoría de las mujeres. Debe pensar en sí mismo como en un ser independiente, que no necesita del cuidado de los demás. Es poco probable que pida ayuda a otras personas. Debe estar mucho tiempo en el mundo, lejos del hogar. La estimulación intensa y activa de sus sentidos debe ser algo de lo que termine por depender. Debe hacer frente al peligro sin miedo, asumir riesgos a menudo y preocuparse poco por su propia seguridad.”* El análisis de género ha permitido el reconocimiento de los factores de riesgo para la salud de los varones y establecer las pautas para la construcción y la recuperación de una masculinidad que permita su desarrollo integral.

Brinde ejemplos de equidad de género en su centro de trabajo.

Brinde estrategias para la construcción de una identidad de género que respete la equidad entre hombres y mujeres.

Defina las cualidades y atributos de la masculinidad y establezca la relación con la morbilidad de este grupo en su comunidad.

MITOS Y TABÚES. Ciertas culturas tienen mitos sobre circunstancias normales del ciclo vital de las mujeres; así el período menstrual se asemeja a algo sucio, y mientras dure se deben evitar los contactos con ella.

MUJER. “*Persona del sexo femenino que ha llegado a la pubertad*”. Esta definición del Diccionario de la Lengua Española muestra cómo las cualidades fisiológicas que hacen de las mujeres las reproductoras de la especie humana han limitado la definición de su personalidad a este rol social y biológico, a diferencia del reconocimiento del hombre como ser racional. Aunque este término comprende a las niñas, se debe tener en cuenta esta representación al momento del análisis de género de la situación de salud de las mujeres, incluida su salud sexual y reproductiva.

SALUD. Además de la definición de la OMS, existen otras definiciones que la precisan y que toman en cuenta el tiempo histórico, los diferentes contextos sociales y el medio ambiente. En efecto, la salud es un producto social que resulta de la interacción de diferentes factores:

- los factores de producción (¿cómo y con qué?) y el nivel de desarrollo de las fuerzas productivas (nivel técnico y organizativo de los trabajadores). En este grupo se pueden incluir los factores del medio ambiente.

- las formas de organización de la sociedad.

- la pertenencia a una clase social determinada.

Describe los mitos y tabúes relacionados con la vida sexual y reproductiva en su comunidad. ¿A quién afecta más, a los hombres o a las mujeres y por qué?

Defina las cualidades y atributos de las mujeres y establezca la relación con la morbilidad de este grupo en su comunidad.

Compare las condiciones de trabajo entre las zonas rurales y las zonas urbanas y su impacto sobre la esperanza de vida en estas zonas.

Analice las causas de morbilidad según el ambiente de trabajo y según el sexo.

Compare el nivel de participación en las actividades de salud y la pertenencia de las personas en grupos organizados o no.

Compare los indicadores de morbilidad y mortalidad de las zonas de desarrollo elevado y de las zonas de pobreza.

- la pertenencia a una etnia y a una cultura determinada.
- la pertenencia a un género determinado.
- la edad.
- los estilos de vida.
- la organización de la atención de la salud.
- los factores biológicos humanos.

Compare los indicadores de morbilidad y mortalidad de las zonas indígenas y de las zonas latinas.

Compare los indicadores de morbilidad y mortalidad por causa entre hombres y mujeres.

Compare los indicadores de morbilidad y mortalidad por causa y sexo según edad.

Analice los indicadores de enfermedades tales como el SIDA, la hipertensión arterial, la diabetes, los accidentes según los estilos de vida y el sexo.

Analice la importancia dada a los diferentes programas de salud según las estadísticas de morbilidad y mortalidad de la población que cubre su centro de trabajo por edad y sexo.

Analice los programas de atención de la osteoporosis en las mujeres.

El texto en negrita es central y esencial para la definición y la comprensión de la salud integral como sistema en el cual un factor no puede aislarse de los demás y presentarse como causa única, aún si es la causa principal en el momento y en la situación considerada.

NECESIDADES DE SALUD. Situaciones e insumos indispensables para lograr buena salud; comprende todos los factores de la definición integral de la salud.

NECESIDADES COMUNES a hombres y mujeres: son básicamente todas las citadas anteriormente.

NECESIDADES DIFERENTES para hombres y mujeres en la entrega proporcional y en la estrategia de esta entrega que deben tomar en cuenta las relaciones de género en cada uno de los factores de riesgo y de protección de salud.

SALUD COMUNITARIA. Equilibrio de un grupo social con su medio ambiente geográfico, económico y social y, entre las personas que componen este grupo en un período determinado.

SALUD FAMILIAR. Convivencia armónica de la vida cotidiana de un grupo humano unido por relaciones libremente consentidas y definidas.

SALUD INDIVIDUAL. Estado de equilibrio del ser humano a través del desarrollo máximo de sus posibilidades en su propio medio ambiente y durante su ciclo vital, teniendo en cuenta su herencia genética. La salud individual incluye a la salud sexual y reproductiva.

SALUD REPRODUCTIVA. Capacidad de procrear, libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. Derecho a recibir atención adecuada por parte de los servicios de salud durante la etapa reproductiva. La visión social de género atribuye a las mujeres la responsabilidad de la salud reproductiva: solo en época reciente se ha observado la participación de algunos hombres que acompañan a sus compañeras durante el embarazo y en el postparto. Sin embargo, los problemas de infertilidad se atribuyen inicialmente a las mujeres, y los servicios de salud están dirigidos a las mujeres como responsables de la planificación de embarazos.

SALUD SEXUAL. Capacidad de disfrutar una vida sexual satisfactoria y sin riesgo de contraer enfermedades, la capacidad de procrear y la libertad para decidir si hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia. La sexualidad es una expresión “placentera, afectiva, comunicacional, creativa, ética, procreativa”(Cerruti, 1993, en López, 1999). Por lo tanto, el derecho a la salud sexual y reproductiva implica la apropiación de su propio cuerpo por parte de las mujeres.

SEXISMO. Actitud discriminatoria de los hombres en su trato hacia las mujeres.

SEXO. Condición orgánica que distingue al macho de la hembra y está determinado por los cromosomas sexuales. Puede definir también los órganos sexuales. Es una definición esencialmente biológica.

SEXUALIDAD. Calidad exclusivamente humana e individual de expresar la afectividad y la sensualidad en sus relaciones íntimas. El derecho de expresar la sexualidad es intrínseco de los derechos sexuales y reproductivos.

Analice si las mujeres que acuden a su centro, así como sus compañeras de trabajo cumplen con la definición de salud reproductiva.

Analice a quién está dirigido su programa de salud reproductiva.

Analice si se respetan los derechos sexuales de las mujeres y de los jóvenes en su comunidad y cuáles son las estrategias aplicadas por los servicios de salud para aplicar el Programa de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud.

Defina las actitudes sexistas de los hombres hacia las mujeres que trabajan y que utilizan los servicios de su centro de trabajo.

4.EL PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD Y LAS DIVISIONES DE GÉNERO

4.1. Aspectos sociales.

Tanto la definición de salud integral como la definición de género, dan un lugar importante y predominante a los aspectos sociales. En este capítulo, intentamos analizar los factores sociales más relevantes de la división de los roles de género para la salud de hombres y mujeres.

El ingreso familiar.

Además de la relación social de pertenencia a una clase económica particular que determinará el monto del ingreso familiar, las relaciones de género internas de la familia van a determinar su distribución, la cual está definida por la relación de poder entre el hombre y la mujer:

¿Quién dispone del dinero?: la cultura androcéntrica y las relaciones de poder a favor de los hombres puede ser la explicación de por qué las mujeres llegan más tarde y en peor estado a los hospitales cuando no disponen de sus propios ingresos económicos.

¿Quién determina su distribución por rubro de gastos familiares?: hay numerosos relatos de cómo los hombres gastan su salario en bebidas alcohólicas antes de llegar a casa y dejan los gastos de salud en el último rubro.

¿Quién determina cómo y cuándo se puede gastar?: aún cuando los servicios de salud reproductiva sean de bajo costo o gratuitos, el gasto que representa el transporte y la ausencia del trabajo (por ejemplo, en las zonas rurales con agricultura de subsistencia, cada día cuenta para el ingreso familiar) será determinado por el jefe de familia. Este último puede considerar, por sus prejuicios, valores y creencias, que la prevención de enfermedades no tiene importancia contrarrestando o reforzando las creencias y valores de la mujer (reflexionemos sobre los factores que inciden en la baja cobertura de la prevención de cáncer de cerviz). En otra área de la salud, como lo es la nutrición, todavía, tanto en el campo como en la ciudad, el hombre tiene derecho a la mejor comida y a mayor cantidad; le siguen los niños, las niñas y, por último, las mujeres. Esta distribución desigual de la comida es uno de los factores de la desnutrición crónica de las mujeres.

La equidad de género significa la repartición justa de los ingresos para el bienestar de la familia como grupo y de cada uno de sus miembros por igual según sus necesidades. Además, la capacitación de hombres y mujeres sobre la importancia de la prevención de las enfermedades particulares de cada grupo puede facilitar la comprensión de la necesidad de equidad entre ambos grupos.

Analice la relación entre salud e ingreso de hombres y mujeres que asisten al centro de salud a partir de las preguntas expresadas en este párrafo.

- El trabajo doméstico.

El trabajo doméstico está esencialmente a cargo de las mujeres por la distribución de los roles de género en la sociedad androcéntrica, sin asegurarles el reconocimiento que se merecen. Sin embargo, este trabajo es repetitivo (limpiar, cocinar, atender a los niños y niñas sin variación, todos los días del año), tedioso por esta repetición y físicamente pesado: levantar ropa, lavar, agacharse para limpiar representan demandas importantes para el sistema músculo-esquelético. Si partimos de un tiempo basal, las mujeres dedican a las labores domésticas de tres a cuatro horas diarias. También hay un tiempo cíclico dedicado a las labores fuera de la casa, pero la integración de ambos tiempos hace que no quede espacio disponible para el descanso y la recuperación plena. La observación de las actividades de los hombres muestra que son igualmente cíclicas, pero la base de este ciclo alcanza el punto cero que les permite dedicar su tiempo libre al deporte, las tertulias entre amigos y la recuperación de las fuerzas físicas y mentales.

En las zonas rurales, se agrega el trabajo del campo y de los animales domésticos, así como la búsqueda de agua y de leña, todos a cargo de las mujeres, sin importar las distancias y variaciones climáticas, así como la edad de las mujeres y su estado de salud. “Alguien debe hacer el trabajo” y, evidentemente, las mujeres son educadas para ello.

En las zonas urbanas se agrega el tiempo dedicado al transporte y el trabajo formal o informal fuera de la casa. En suma, la jornada de trabajo de las mujeres varía de catorce a dieciocho horas diarias, lo cual afecta su salud: las consultas por dolores musculares y no precisas del cuerpo son esencialmente realizada por mujeres.

A su vez, la falta de participación de los hombres en el trabajo doméstico les impide entender el peso que representa este trabajo y comprender las dolencias y frustraciones de sus compañeras, lo que trae consigo las dificultades en las relaciones de pareja.

Por estas razones, los programas de promoción de mejores estilos de vida deben incluir en sus objetivos el logro de nuevas relaciones intrafamiliares y de una repartición equitativa de las tareas entre todos los miembros del grupo familiar para disminuir estos factores que afectan a la salud de las mujeres de este grupo.

Analice cómo se da la división del trabajo doméstico en su familia y por qué.

- El apoyo social y doméstico.

El apoyo social al trabajo doméstico se revela a través de la disposición de guarderías, escuelas, bibliotecas, centros deportivos y recreativos, grupos organizados y asociaciones. Pero también incluye la capacitación sobre los diferentes temas de salud con enfoque de género en Panamá. La familia extendida permite cierta distribución del trabajo doméstico entre las mujeres del grupo familiar. Sin embargo, esta situación impide a las mujeres gozar de su jubilación, o favorece una división desigual entre hermanas al condenar a una de ellas a cumplir con este trabajo para que las demás puedan desarrollar su propio potencial. Las situaciones impuestas, por factores económicos o culturales de la división

desigual de las tareas, crean frustraciones y violencias que repercutirán negativamente sobre la salud del grupo (casos de violencia doméstica).

Nuevamente, la equidad de género representa la vía de resolución de numerosos problemas de salud.

Describa cómo se da el apoyo social y doméstico para los trabajadores y las trabajadoras de su centro de trabajo y qué mejoras se podrían aportar.

- Las responsabilidades comunitarias.

Las responsabilidades comunitarias permiten a las mujeres participar en la vida pública con otras mujeres y hombres en su comunidad. Es un factor positivo para el desarrollo de su autoestima, de su inserción social y por ende de su personalidad, lo que redundará en una aprehensión de los problemas sociales e individuales y en una mejor salud mental. Sin embargo, si no se toman en cuenta los factores de riesgo antes mencionados, particularmente el trabajo doméstico y la doble jornada de trabajo, esta participación comunitaria representará un nuevo factor de tensión en la vida de estas mujeres. Esta falta de consideración de la división de roles de género en la sociedad y en la familia, es un factor importante en el fracaso de las organizaciones locales promovidas por los servicios de salud. Lo anterior explica también por qué gran parte de las mujeres que participan en estas responsabilidades son de mayor edad, con hijos e hijas en edad de autocuidarse.

Por otra parte, esta división de roles resulta en la representación importante de los hombres, educados para la vida pública y la participación social.

Los servicios de salud que quieren propiciar una participación efectiva y equitativa de los hombres y mujeres de la comunidad en la cual trabajan, deben realizar un análisis de género de esta comunidad y tomar en cuenta las diferencias para promover la equidad de género en salud.

Analice quiénes, cómo, cuándo y por qué participan en el Comité de Salud u otra organización que tenga que ver con salud.

4.2. Aspectos psicosociales.

Hemos visto en la definición de los conceptos que los varones conceden poca importancia a la salud y a la enfermedad por la construcción de su rol masculino en la sociedad. Al mismo tiempo, la sociedad favorece actitudes y costumbres consideradas como propias de los hombres: el tabaquismo y el alcoholismo son dos ejemplos particularmente relevantes, sin hablar de la sexualidad irresponsable y de las enfermedades sexualmente transmisibles. La ruptura de los tejidos sociales y las dificultades vividas por los adolescentes y los jóvenes, así como la publicidad agresiva a favor del consumo del alcohol, propicia estos hábitos. La promoción de estilos de vida saludables no llega a este grupo por sus prejuicios, por lo que es necesario incorporar a los varones desde temprano en la construcción de una nueva masculinidad.

A su vez, la construcción del rol femenino es de “cuidadora de la salud y de las enfermedades”. Así, en las sociedades tradicionales las mujeres tenían conocimiento de las plantas curativas y fueron las encargadas del alumbramiento hasta el desarrollo de la obstetricia moderna por los médicos hombres. Por lo tanto, la salud y las enfermedades ocupan un lugar importante en la vida social y propia de las mujeres. Es probablemente por esta razón que el público de los servicios de salud es esencialmente femenino, y que cada vez más las mujeres ocupen cargos en las diferentes profesiones de salud. Sin embargo, las relaciones de género reservan el campo de la salud a las mujeres y propician la poca participación de los hombres.

Por lo tanto, las estrategias de promoción de la salud deben dirigirse hacia una mayor participación masculina en el cuidado de su propia salud y de la de su compañera e hijos/as, sin disminuir la participación femenina. Lo anterior es particularmente importante en la lucha contra la violencia doméstica y contra las enfermedades de transmisión sexual y en la promoción de la salud sexual y reproductiva.

Analice las estrategias de lucha contra el alcoholismo, drogadicción u otras adicciones por parte de los servicios de salud en su comunidad.

II. LOS SERVICIOS DE SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO

1. Roles de género y cuidado de la salud.

Hemos visto en las definiciones de los conceptos, que los roles de las mujeres y de los hombres son diferentes en la sociedad. En particular, el rol reproductor de vida que afecta a las mujeres, trae consigo el rol de cuidadora de la salud de sus hijos e hijas y de su familia, vecinos y comunidad en general. Un ejemplo característico de esta división del trabajo es la preponderancia casi absoluta de las mujeres como enfermeras y parteras y de los hombres como médicos. Si bien las mujeres han incursionado cada vez más en esta profesión, la distribución por especialidades muestra una preferencia por las que se acercan más a su rol de madre y de protectora (pediatría, obstetricia, psiquiatría).

En el ámbito doméstico, son siempre las mujeres quienes cuidan de los enfermos y enfermas. Se desvelan cuando es necesario, aplican los remedios y buscan soluciones en los diferentes niveles de atención de salud. Esta situación explica en parte por qué el primer diagnóstico o tratamiento proviene de la abuela, tía o vecina, porque han tenido la misma experiencia.

Los recursos utilizados para cuidar la salud y prevenir las enfermedades dependerán del grado de educación de la persona, de sus lecturas o experiencias, de los conocimientos transmitidos por las mujeres de su familia y de su comunidad, de la disponibilidad económica de la familia y de su poder de decisión. Este último puede ser total: decisión, uso de los recursos internos y externos al grupo familiar, acción; o parcial: actuación limitada en el seno familiar de ejecutora de las decisiones del jefe de la familia.

Los efectos de esta división de género para el cuidado de la salud son negativos tanto para los hombres como para las mujeres. Así, los hombres se ven alejados de este campo específico pero sumamente significativo para la vida familiar. Este alejamiento, a su vez, favorece el desarrollo de actitudes egoístas e irresponsables por parte de los hombres con relación a las mujeres y a sus hijos e hijas. Por otra parte, al asumir la responsabilidad total de la salud de la familia, las mujeres desarrollan sentimientos de culpabilidad y frustraciones cuando no pueden resolver estos problemas, sin hablar del cansancio físico del trabajo de enfermería.

Recuerde quién cuida de quién en su familia, cuáles son los recursos utilizados, quién transmite los saberes en salud y cómo.

Analice cómo se refleja la división de los roles asignados por la sociedad a hombres y mujeres en su grupo de trabajo.

2. Acceso y disponibilidad de los recursos de salud.

Generalmente los servicios de salud ponen el acento sobre la equidad en el acceso de toda la población que necesita de atención. Este acceso está determinado por:

- los costos de esta atención,
- la disponibilidad en tiempo y especialidad de los recursos que responden a las necesidades de los/las usuarios/as,
- la disponibilidad en tiempo de las personas (transporte + espera + atención + compra de medicamentos + imprevistos como laboratorios u otros exámenes),
- las barreras culturales presentes o no, y
- las relaciones de poder en la familia.

Si bien los dos primeros factores dependen de la organización de salud, todos los demás están ligados a las relaciones de género tanto por las divisiones de roles como por las relaciones de poder. Ya hemos visto que estas relaciones definirán el reparto y el uso de los recursos financieros de la familia para la atención de la salud y de las enfermedades, pero también para la libertad de decisión y de movimiento de las mujeres sometidas a familias androcéntricas. A lo anterior se suman las barreras sociales basadas en prejuicios que afectan a las mujeres y a los hombres hasta “impedir” que asistan a los servicios de salud sexual y reproductiva del centro de salud de su propia comunidad. Estas barreras sociales están íntimamente ligadas a las barreras culturales, particularmente en las zonas rurales y en las zonas indígenas, que influyen sobre la preferencia de la atención por parte del personal del mismo sexo.

En cuanto a los factores de la organización de salud desde el enfoque de género, cabe preguntarse cómo y por qué se decide la importancia de un programa particular, los recursos asignados a este programa y las estrategias empleadas para su implementación.

Analice los factores que influyen en la accesibilidad diferenciada de los hombres y las mujeres de la comunidad a los servicios de salud en los cuales usted participa.

Analice la disponibilidad de los servicios de salud que usted presta, desde el enfoque de género.

3. Calidad de los servicios.

Un criterio fundamental de evaluación de los servicios es su calidad. Además del cumplimiento de estándares y normas de atención, prevención y rehabilitación, preestablecidos conforme a los avances científicos del momento, de la disponibilidad y de la organización de estos servicios, las relaciones médico/a – paciente son muy importantes. En efecto, no importa la calidad del funcionamiento de los servicios de salud si las relaciones humanas no son las adecuadas.

Particularmente en el área de la salud sexual y reproductiva, pero también cuando se abordan los efectos de la violencia doméstica, o cualquier dolencia que revela la persona, es necesario que las relaciones entre el personal de salud y las/las usuarias/os sean en un marco mínimo de respeto. Mejor aún, si este respeto implica comprensión y simpatía. Esto es especialmente válido para las mujeres, que

son las que mayormente buscan apoyo médico. Sin embargo, es importante también para los hombres que se han atrevido a solicitar ayuda.

El personal de salud debe entender la importancia de la atención diferenciada según la edad y el sexo de cada persona, ya que cada grupo tiene sus propias necesidades y expectativas, sin dejarse llevar por prejuicios de género.

Anote los factores positivos y negativos que influyen sobre la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva que brinda su centro, desde el análisis de género.

4. Participación comunitaria y promoción de la salud.

La participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud (APS) puede ser el reflejo de objetivos democráticos (intrínsecos) o de recursos (utilitarios). El abuso de la participación comunitaria utilitaria ha traído consigo la pérdida de confianza de las comunidades y la disminución de esta participación. Sin embargo, la inclusión cada vez mayor de las organizaciones locales no gubernamentales en la APS, permite desarrollar objetivos más democráticos. Es importante aclarar estas diferencias, ya que la participación de las mujeres dependerá de la democratización de las relaciones con los servicios de salud.

Los factores que influyen sobre la participación de las mujeres en la vida pública y, en nuestro caso, en las acciones de salud, son los siguientes:

- Disponibilidad de tiempo: recordemos el trabajo doméstico asignado a las mujeres; además la participación de las mujeres en el trabajo es numerosa, particularmente en el sector informal.
- Disponibilidad de recursos: ligada a lo anterior. A mayores recursos, mayor tiempo disponible para la participación. Recordemos que las mujeres tienen menos acceso a los recursos.
- Educación: a mayor nivel educativo, mayor participación.
- Experiencia personal previa: mayor participación si ésta fue positiva.
- Relaciones de poder en la familia: nuevamente las mujeres dependen de estas relaciones.
- Relaciones con el personal del centro de salud: mayor participación si esta relación es de respeto mutuo. En muchas ocasiones las mujeres son “maltratadas” por la culpabilización de las enfermedades y problemas de su familia, o por irrespeto a su autonomía e intimidad.

Para una promoción de salud efectiva, el personal de salud debe poseer una sensibilidad de género que le permita entender los problemas de cada grupo y diseñar estrategias de equidad en las políticas y los programas de salud.

A su vez, las estrategias empleadas deben reflejar los valores éticos y de justicia social en cuanto a la equidad de género. Por lo tanto, el conocimiento de las relaciones de género y salud es imprescindible para promover los cambios necesarios para este fin.

Analice el tipo de participación que existe en su centro, el lugar de las mujeres y de los hombres según disponibilidad y decisiones tomadas, respuestas del personal de salud según su sexo y el del grupo, utilizando el análisis de género.

Diseñe estrategias que promuevan la equidad de género en un programa de prevención de las enfermedades de transmisión sexual.

III.

CONSIDERACIONES FINALES

- **La salud como el género son construcciones sociales en las cuales intervienen múltiples factores interrelacionados entre sí y con un peso específico según las circunstancias históricas particulares.**
- **El derecho a la salud y a la equidad de género son derechos humanos reconocidos por las convenciones y acuerdos internacionales y por las leyes y políticas nacionales.**
- **Es necesario sensibilizar a todos/as los actores de salud y, particularmente al personal de este sector en el análisis de género para lograr la equidad de género en salud.**
- **Es necesaria la sistematización de la información y de las estadísticas con un enfoque de género.**
- **El desarrollo de modelos teóricos y prácticos de análisis de la calidad de vida desde el género, permitirá descubrir los factores causales de la mala salud de los hombres y de las mujeres, así como proponer estrategias de salud adecuadas para cada grupo.**
- **La participación efectiva de las mujeres en la promoción de salud pasa por el reconocimiento de las particularidades de su ciclo de vida, por parte de los servicios de salud.**

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA SUGERIDA

- Atencio y colaboradores. **La familia en Panamá, situación actual y perspectivas, aporte para el Año Internacional de la Familia.** MIPPE / UNICEF, Panamá, 1994.
- Ayala, Cabrera A. y colaboradores. **Diagnóstico Mujer y Salud Comunitaria, Experiencia de Panamá 1980-1990.** Universidad de Panamá, 1990.
- Ayala, Cabrera A. **De encierros y tareas caseras** Fempress, San José, Costa Rica, 1991.
- Carreaga, P.G., Figueroa J.G., Mejía M.C. **Ética y salud reproductiva.** UNAM / PUEG, 1996.
- Centro de Estudios Sociológicos **Pobreza, salud mental y salud reproductiva en Las mujeres en la pobreza.** Quito, Ecuador, 1997.
- CODIM / Foro Mujer y Desarrollo / Ministerio de Trabajo y Bienestar Social. **Plan Nacional Mujer y Desarrollo 1996-2001,** 1997.
- Departamento Materno Infantil. **Normas Técnico-Administrativas, Programa de Salud Integral de la Mujer** Ministerio de Salud / Caja de Seguro Social, Panamá, 1995.
- Díaz, M. y Spicehandler J. **Foro Latinoamericano: la incorporación del enfoque de género en la capacitación, investigación y evaluación en los programas de salud sexual y reproductiva.** Washington, 1997.
- FNUAP. **Equidad e igualdad entre hombres y mujeres y potenciación de la mujer.** Estado de la población mundial, 1995.
- FNUAP. **El derecho a optar: derechos de procreación y salud de la reproducción.** Estado de la Población Mundial, 1997.
- Gomariz, E. **La Planificación con perspectiva de Género: Manual de Trabajo.** Primera edición, San José, Costa Rica, 1994.
- Hanson, K. **La medición del estado de la salud.** OPS, Género Equidad Salud, Publicación Ocasional N°5, 2000.
- Instituto de la Mujer. **Salud II: Maternidad / Paternidad: el parto y post-parto.** Madrid, España, 1995.
- Instituto de la Mujer. **Salud III: la interrupción voluntaria del embarazo.** Madrid, España, 1995.
- Ley N° 27 y modificaciones,** Madrid, España, 2000.
- Instituto de la Mujer-Universidad de Panamá **IIMH en la Salud en Índice de Avance hacia la Igualdad entre Mujeres y Hombres.** UNICEF, 2000.
- Miller, R.G., Pérez, R. **Aspectos legales y sociales del aborto: estudio sobre el debate del aborto en Panamá.** CLADEM, Panamá, 1995.
- Ministerio de Salud. **Plan Institucional de Atención y Prevención de la Violencia,** Panamá, 1996.
- Ministerio de Salud. **Plan de Salud Sexual y Reproductiva,** Panamá, 1999.
- Ministerio de Salud. / OPS-OMS Programa Mujer, Salud y Desarrollo, Panamá, 1996.
- Ministerio de la Mujer, la Juventud, la Niñez y la Familia. **Código de la Familia.** Panamá, 1995.
- Ministerio de la Mujer, la Juventud, la Niñez y la Familia **Situación de la mujer en Panamá en Informe Nacional Clara González.** UNFPA-UNESCO-PNUD, Panamá, 1996.

- Ministerio de Salud. **Política Nacional de Salud 1999-2004**. Panamá, 2001.
- MIPPE. **Informe técnico de Sub-comisión de análisis de la situación de la pobreza y las desigualdades en el acceso de la mujer a los servicios básicos de salud**. Panamá, 1994.
- Montaño, S. **Los derechos reproductivos de la mujer**. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, Costa Rica, 1996.
- Organización de las Naciones Unidas. **Mujer y Salud en Informe de la 4ª Conferencia Mundial sobre la Mujer**, Beijing, 4-15 septiembre, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. **Género, Equidad, Salud**. 1999, Publicación Ocasional N° 3, 4 y 5
- OPS/OMS. **Género, Mujer y Salud en las Américas**. Publicación Científica N°541, 1995.
- OPS/OMS. **La equidad en materia de género en la reforma de la asistencia sanitaria**. Subcomité especial sobre la mujer, la salud y el desarrollo, 1997.
- OPS/OMS. **Metodología para la evaluación participativa**. HSS/HSD-HED/94-1, Washington, D.C., 1994.
- OPS/OMS. **Evaluación para el fortalecimiento de procesos de participación social en la promoción y el desarrollo de la salud**. División de Sistemas y Servicios de Salud, HSS/HSD-HED/94-18, Washington, D.C., 1994.
- Sabo, D. **Comprender la salud de los hombres**. OPS, Género Equidad Salud. Publicación Ocasional N°4, 2000, p. 4.
- Salcedo, H. **Una ciudad en desarrollo con igual crecimiento de la agresión sexual**. Fempress, 1991.
- Santamaría, N., Icaza, M. **Incesto: ladrón silencioso de la sexualidad normal**. Colección Documentos N°3, MINSA, 1996.
- Santamaría, N. **Ruta Crítica**. OPS/OMS-MINSA, 1998.
- Standing, H. **El género y la reforma del sector salud**. OPS, Publicación Ocasional N°3, 2000, p. 17.
- UNFPA- MINSA-OMS/OPS. **Programa de Salud Sexual y Reproductiva**. 1998.
- Vanguer. T. et al. **Violencia doméstica: un marco conceptual para la capacitación del personal de salud**. The Population Council, 1998.
- Vergés de López, C. **Mujeres, Género y Salud en Mujeres hacia el siglo XXI**. IMUP/UNESCO, 1996.
- Vergés de López, C. **Género y Salud**. Módulo 4 del Curso de Formación en Género. IMUP – UNICEF, 1999.
- Wargon, C. **Déjenme envejecer en paz**. Fempress, 1990.

BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- Abarca y Flor. **La Metodología Participativa en procesos investigativos, comunicativos y educativos**. Facultad de Ciencias Sociales, Escuela de Sociología, Heredia Costa Rica, 1996.
- Beauvoir, S. **El Segundo Sexo**. Ediciones XXI, Buenos Aires, Argentina, 1981.
- CEPAL. **En busca de la equidad: las mujeres como actores sociales en el desarrollo del Caribe**. 1992.
- Cordero Velásquez, T. **De otros partos y nacimientos**. CEPAM, Quito, Ecuador, 1995.
- Cumbreira, D. N. **Género, Salud y Desarrollo: Análisis de un proyecto de Salud**. Trabajo final de la Maestría en Género y Desarrollo, IMUP, 2001.
- De Kadt, E. **Promover la equidad. Un nuevo enfoque desde el sector salud**. OPS/OMS, Washington, 1993.
- Federici, N., Oppenheim Mason, K., Sogner, S. **Women's position and Demographic Change**. Clarendon Press, Oxford, 1993.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. **Derechos Humanos Mujeres. Guía de capacitación**. NORAD-Comisión de la Unión Europea, San José, Costa Rica, 2000.
- Lagarde, M. **Género y Feminismo**. Editorial Norma. Segunda edición, Madrid, España, 1997.
- León, M. y Deere, C.D. **La Mujer y la Política Agraria en América Latina**. Ediciones Siglo XXI, Colombia.
- Montecino y Rebolledo **Conceptos de Género y Desarrollo**. Edición Pieg, 1996.
- Naciones Unidas/CEPAL **Género, pobreza y seguridad social en Centroamérica**. 1997.
- OPS/OMS. **Salud en las Américas**. 1997.
- Oppenheim, Mason K. **The status of women. A review of its relationships to fertility and mortality**. The Rockefeller Foundation, 1984.
- Piga Rivero, A. y Alfonso Galán, T. **Una perspectiva internacional de los derechos de los pacientes en La salud y los derechos humanos, Aspectos éticos y morales**. Consejo de Europa/Organización Panamericana de la Salud, Publicación Científica N°574.
- UNICEF-OMS-UNESCO. **Para la vida, un reto de comunicación**. 1994.
- Vergés de López, C. **Utilización de los servicios de salud para la atención de las enfermedades respiratorias en Panamá y San Miguelito**. Instituto de Estudios Nacionales, 1988.
- Vergés de López, C., Farinoni, N. **Mujer Ngobe: salud y enfermedad**. IMUP-OPS/OMS, 1999.