

MÓDULO 1. GÉNERO, IGUALDAD DE GÉNERO Y SALUD

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

SECCIÓN 1.1: ¿CÓMO ABRIR ESPACIOS E INTERROGANTES EN TORNO AL GÉNERO?

TODO LO QUE SIEMPRE QUISE SABER SOBRE EL GÉNERO Y NO ME ATREVÍ A PREGUNTAR. Y TODO LO QUE NO ME CONVENCE DEL GÉNERO Y NO ME ANIME A EXPRESAR.

SECCIÓN 1.2: SALUD Y GÉNERO, UNA PERSPECTIVA DESDE LOS DERECHOS, LA CALIDAD Y LA EQUIDAD

1.2.1: RECONOCIENDO PATRONES DE GÉNERO A LO LARGO DE LA HISTORIA FAMILIAR

1.2.2: HISTORIA DE UNA NOCIÓN QUE HACE HISTORIA

1.2.3: Y LOS VARONES ¿TIENEN GÉNERO?

1.2.4: SEXO-GÉNERO-SALUD, EJERCICIO CONCEPTUAL

1.2.5: EJERCICIOS PARA ANALIZAR EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS PRÁCTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

EJERCICIO 1: CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD A PARTIR DE LA EXPERIENCIA

EJERCICIO 2: HECHOS PARA LAS TARJETAS MNEMOTÉCNICAS

SECCIÓN 1.3: ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIALES QUE ATRAVIESAN LA RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y LA SALUD

LA CAMINATA DE PODER

REFERENCIAS

INTRODUCCIÓN

DESCRIPCIÓN

En este módulo se describirán los conceptos necesarios para abordar la relación entre el género y la salud. Ello permitirá, más adelante, avanzar en el análisis de género y en la comprensión del proceso de formulación de programas y políticas con este enfoque.

OBJETIVOS DEL MÓDULO 1

- Incorporar la perspectiva de género en el ejercicio cotidiano de las actividades de salud pública.
- Reconocer las diferencias conceptuales entre los términos sexo y género, y de qué manera cada uno influye en la salud de los varones y las mujeres.
- Advertir las similitudes y las diferencias entre la noción de igualdad y equidad de género.
- Comprender cómo y por qué el género, en asociación con otros factores determinantes sociales, tiene repercusiones sobre la salud.

MATERIALES

- Diapositiva M1.0 Objetivos del Módulo 1



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1



Introduzca el módulo utilizando la diapositiva M1.0

Objetivos del Módulo 1

Incorporar la perspectiva de género en el ejercicio cotidiano de las actividades de salud pública.

Reconocer las diferencias conceptuales entre los términos sexo y género, y de qué manera cada uno influye en la salud de los varones y las mujeres.

Advertir las similitudes y las diferencias entre la noción de igualdad y equidad de género.

Comprender cómo y por qué el género, en asociación con otros factores determinantes sociales, tiene repercusiones sobre la salud.

Diapositiva M1.0

NOTA PARA EL/LA FACILITADOR/A:



- En este primer módulo se introducen los conceptos básicos necesarios para la incorporación del enfoque de género y no se propone, de ninguna manera, tratar exhaustivamente temas específicos relacionados con las distintas enfermedades o situaciones que se presentan a modo de ejemplos.

- Los/as participantes en el taller, tal vez quieran pasar rápidamente a debatir los distintos ejemplos y hechos que se ofrecen a lo largo de las distintas sesiones y apartados y que les resulten de especial interés. En ese caso es importante recordar que el objetivo de los distintos ejercicios es plantear temas amplios, que estimulen la discusión acerca de los conceptos presentados. Una sugerencia operativa puede ser proponerles que tomen nota de aquellos puntos o problemas de salud específicos que desean profundizar ya que podrán exponerlos en futuros debates a manera de ejemplos o estudios de caso.
- Recuérdeles que el propósito fundamental de la capacitación radica en adquirir aptitudes que les permitan incorporar el análisis de género en su trabajo en el campo de la salud y no en concentrarse en una enfermedad o problema de salud.

SECCIÓN 1.1: ¿CÓMO ABRIR ESPACIOS E INTERROGANTES EN TORNO AL GÉNERO?

TODO LO QUE SIEMPRE QUISE SABER SOBRE EL GÉNERO Y NO ME ATREVÍ A PREGUNTAR. Y TODO LO QUE NO ME CONVINCE DEL GÉNERO Y NO ME ANIME A EXPRESAR

DESCRIPCIÓN¹:

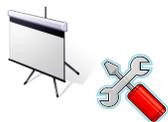
Este ejercicio ha sido usado en múltiples oportunidades y en distintos ámbitos de formación demostrando ser muy útil para evitar la incorporación pasiva, no reflexiva o superficial del concepto género. Permite revisar supuestos, prejuicios, pre-conceptos y temores y comprender que no todos compartimos una misma interpretación del término advirtiendo a su vez que existen diversas significaciones del mismo, y que este no es un concepto acabado sino en permanente construcción.

OBJETIVO

- Facilitar la formulación de interrogantes, dudas y cuestionamientos acerca de la noción de género.
- Complejizar el sentido del concepto de género facilitando la toma de distancia con ideas preconcebidas y abriendo la posibilidad a nuevas interpretaciones y apropiaciones.
- Contribuir a conformar un espacio de diálogo y confianza en torno a un tema sensible y movilizador

MATERIALES:

- Rotafolios
- Buzón



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1



Comente los objetivos de esta actividad e invite a los/as participantes a comenzar el taller con la consigna “Todo lo que siempre quise saber sobre el género y no me atreví a preguntar. Y todo lo que no me convence del género y no me animé a expresar”. Solicíteles que escriban sus respuestas anónimamente en una hoja de papel y una vez que terminen las coloquen en un buzón o recipiente asignado a ese fin. Aclare que el ejercicio demanda una apertura de pensamiento en cada uno/a y el reconocimiento de aquello que nos resulta desconocido o problemático.

¹ Desarrollado por Gloria Bonder, PRIGEPP, 2002

Paso 2

Seleccione 4 o 5 respuestas y léalas de a una, en voz alta. A medida que lo hace, solicite a alguien del grupo o del equipo coordinador que anote las respuestas en el rotafolio abriendo el debate acerca de los interrogantes que vayan surgiendo. Identifique preguntas o problemáticas comunes. Comparta el sentido de esta actividad e indague sobre las contribuciones que ha generado en las percepciones del grupo. Es importante señalar que en muchos casos, los distintos sentidos que se le adjudican al término representan distintas dimensiones, corrientes teóricas y usos del mismo.



NOTA PARA EL/LA FACILITADOR/A:



- Este ejercicio ayuda a develar de manera colectiva, muchos de los temores e interrogantes que todos tenemos cuando nos enfrentamos a una temática tan sensible como lo es la de género.
- Por eso es importante que el equipo de coordinación insista en recordar que no hay respuestas correctas ni incorrectas, que la idea es construir entre todos/as una aproximación conceptual a la noción de género.

SECCIÓN 1.2: SALUD Y GÉNERO, UNA PERSPECTIVA DESDE LOS DERECHOS, LA CALIDAD Y LA EQUIDAD

1.2.1: RECONOCIENDO PATRONES DE GÉNERO A LO LARGO DE LA HISTORIA FAMILIAR²

DESCRIPCIÓN:

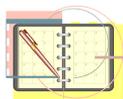
En este apartado se apela a la propia historia de los/as participantes como medio para revisar los cambios operados en la noción de género a lo largo del tiempo. El ejercicio participativo permite identificar continuidades, rupturas, y transformaciones en los roles y en las relaciones de género a partir de la propia experiencia personal y familiar. Esta es una forma sencilla de facilitar una visión más dinámica acerca del género y de los procesos sociales que lo construyen, reconstruyen y transforman en los distintos contextos sociales e históricos.

OBJETIVOS

- Reconocer que los patrones de género son construcciones sociales que en mayor o menor medida se transforman a lo largo del tiempo y que están determinados por condiciones contextuales y características personales, familiares y sociales existentes en un momento dado.
- Permite analizar las distintas maneras en que se expresan y confrontan las relaciones de poder entre los géneros, y los factores que contribuyen tanto a su transformación como a su reproducción en distintos momentos históricos.

MATERIALES

- Hoja de trabajo M1.1

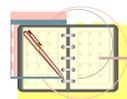


PROCESO RECOMENDADO

Paso 1

Ejercicio

- a) Explique el ejercicio: entregue la hoja de trabajo M1.1 que contiene las siguientes preguntas ¿Cuáles eran los patrones y las normas y valores que regían la vida y las relaciones de las personas en los distintos momentos históricos?; ¿Cómo estaba organizada la división del trabajo en el hogar y en el ámbito público?; ¿Cuáles eran las expectativas sociales y culturales predominantes para cada género?; Pensando en las distintas generaciones de su familia, ¿Qué podrían haber realizado algunos de los varones y mujeres y no pudieron, debido a las limitaciones impuestas por las representaciones de género en cada contexto y situación?.



² Desarrollado por Gloria Bonder, PRIGEPP, 2002

- b) Solicíteles que evocando la historia familiar, piensen en cuatro generaciones (dos precedentes, la propia y la que le sigue). Divida a los/as participantes en dos grupos y a uno de los grupos se le pide que elija a los varones de su familia y al otro a las mujeres.
- c) En este ejercicio hay un momento de trabajo es individual. De acuerdo con el grupo al que fue asignado, cada uno/a debe elegir un sujeto, por cada generación (abuelo/abuela, padre/madre, uno/una mismo/a, y los/as hijos/as reales o imaginarios), y destacar las características o rasgos más sobresalientes de la vida de esas personas, resumiéndolas en un refrán o en dos o tres frases cortas y expresivas. Aliéntelos a que se relacionen con las vivencias subjetivas, los deseos satisfechos e insatisfechos, los mandatos, las relaciones familiares y sociales, la manera particular de vivir los patrones de género en cada caso.

Paso 2



Regreso a la plenaria. Invite a quienes lo deseen a compartir su trabajo individual con el resto del grupo. Asegúrese de que se presentan tanto varones como mujeres de las distintas generaciones. Reflexione con todo el grupo acerca de las distintas expresiones que adoptan los patrones de género en cada individuo y contexto. De esta manera, se fomenta el intercambio de ideas acerca de los cambios a través del tiempo y contextos de los roles, normas, percepciones, conductas relacionadas al género de cada una de las generaciones familiares.

NOTA PARA EL/LA FACILITADOR/A:



Conduzca la discusión más allá de las experiencias particulares de cada miembro de la familia hacia los cambios en las normas, prácticas, estructuras sociales y culturales, y oportunidades en el acceso a diversos recursos y cumplimiento de roles de género a lo largo de las distintas generaciones.

- Es importante incluir en la discusión el rol reproductor de normas y relaciones de género que tienen las instituciones incluyendo la familia, la religión, la comunidad, la escuela, los medios de comunicación y el Estado. También señalar de qué manera los estereotipos de masculinidad y feminidad naturalizan las diferencias y desigualdades entre varones y mujeres haciendo que estas parezcan incuestionables.
- Explore también los riesgos personales, sociales que implica, justamente, cuestionar las normas y prácticas de género establecidas y también los beneficios que ello comporta para el pleno desarrollo de ambos géneros.
- Mencione que, si bien los varones se benefician con las relaciones de género vigentes, ellos también están constreñidos por la construcción de la masculinidad tal como se presenta en el contexto actual.
- Finalmente no deje de señalar la necesidad de generar otras formas de convivencia favoreciendo la diversidad y la autonomía. En este sentido si bien los cambios legales y jurídicos son insuficientes para garantizar los derechos, cumplen un rol muy importante en el proceso de eliminación o reproducción de inequidades.

Finalice esta actividad reafirmando la noción de que el género es una construcción social que se manifiesta en formas relativamente diferenciadas según el contexto histórico social y de acuerdo con los diversos grupos sociales. Así como han ido cambiando las normas y patrones acerca del género, también las ideas y definiciones del concepto han sufrido transformaciones. En la próxima sección se presentará una genealogía del término género.



1.2.2: HISTORIA DE UNA NOCIÓN QUE HACE HISTORIA

DESCRIPCIÓN:

Esta actividad es complementaria con la anterior. Recordemos que a partir de la historia familiar intentamos reconstruir las propias percepciones que acompañaron los modelos de familias imperantes en cada época así como los roles que cada uno de sus miembros desempeñaban. Ahora, por el contrario, confrontaremos esta perspectiva histórica a través de un desarrollo expositivo con los debates que acompañaron cada una de las etapas históricas a lo largo de las cuales el concepto de género fue modelándose.

OBJETIVOS

- Presentar un breve recorrido histórico del término “género”
- Identificar la multiplicidad de sentidos e interpretaciones del género
- Demostrar que es un concepto en un proceso constante de construcción.

MATERIALES



- Diapositiva M1.1 Genealogía del concepto de Género
- Diapositiva M1.2 “El género como...”
- Diapositiva M1.3: Conceptos claves
- Diapositiva M1.4a y M1.4b “Definiciones de sexo y género”

PROCESO RECOMENDADO

Paso 1

Introduzca esta presentación explicitando que el concepto género es un término que lleva varias décadas, que se inscribe en distintas corrientes teóricas y se ha ido transformando a lo largo del tiempo. A los efectos de este taller se realizará un breve recorrido del desarrollo de este concepto como también del debate sobre su significado.



Para comenzar es importante reconocer que este término ha tenido una difusión notable expandiéndose su uso a una multiplicidad de campos del conocimiento, prácticas e institucionalidades.

Su difusión fue movilizada primordialmente por el movimiento de mujeres y por la teoría feminista desde diversas posturas teóricas y políticas. Asistimos a un proceso continuo de construcción y reconstrucción de significados e interpretaciones y cuestionamientos sobre el valor político de este concepto.

Un breve recorrido por esta historia nos permitirá identificar momentos relevantes en su desarrollo conceptual, develar que premisas y alcances alberga cada una y por tanto cual o cuales nos resultan más productivas o significativas.

Tanto en el ámbito de las ciencias como en el discurso público, el concepto género es un término relativamente reciente que hace referencia al tratamiento de las diferencias sociales, culturales y de poder que existen entre varones y mujeres. Como ya se señaló anteriormente, estas diferencias varían

a través del tiempo y de acuerdo con las distintas condiciones sociales, políticas y culturales de cada contexto.

Uno de los primeros pensadores modernos que, sin utilizar el término género, introduce en el pensamiento científico la crítica a la condición social de la mujer y a las relaciones entre los sexos, fue el filósofo y economista John Stuart Mill (1806-1873). En el año 1869 Mill publicó, en colaboración con su esposa Harriet Taylor, "La esclavitud femenina". En esta obra los autores sostienen que el principio regulador de las relaciones entre los dos sexos –la subordinación de uno al otro- es intrínsecamente erróneo y constituye uno de los obstáculos más importantes para el progreso humano. Para Mill la solución de la desigualdad femenina pasaba por la eliminación de toda traba legislativa discriminatoria. Una vez suprimidas estas restricciones, las mujeres alcanzarían su emancipación y gozarían de iguales derechos y privilegios que los varones.

NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A



- En América Latina podemos recordar entre otras pensadoras de la época a Flora Tristán, (1803-1844) hija de un coronel peruano de la armada española y de madre francesa, quien fue una precursora del movimiento feminista. Criada en la abundancia durante los primeros años de su vida, pasó a la pobreza más extrema, sufrió malos tratos tanto físicos como psíquicos por parte de su marido, se reveló ante el sistema patriarcal de entonces e intentó y consiguió ser una mujer libre e independiente, en una época en la que los pilares del código napoleónico prescribían la eterna minoría de la mujer casada. Inspirada en sus propias y dolorosas experiencias personales, su feminismo partía de la idea de que todos los seres humanos nacen libres, iguales y con los mismos derechos. En el Perú, donde vivió unos años, observó las grandes diferencias entre las distintas clases sociales integrando a la defensa de los derechos de la mujer los de la clase obrera; articulación que dará lugar en el futuro al feminismo marxista³.
- Unos años más tarde otra precursora, la escritora británica Virginia Woolf (1882-1941), enunciaba preguntas fundamentales para las mujeres: ¿debe la mujer tener dinero? ¿Y una habitación propia?, ¿pueden las mujeres detener la guerra? En el año 1938 publica su obra Tres Guineas, un alegato pacifista y feminista donde denuncia a la sociedad de su tiempo. Esta obra constituye una crítica a la guerra que relaciona con la virilidad, y un llamado a las mujeres a revelarse contra la violencia, tanto en el espacio público como en el privado. La distinción y articulación entre estos dos espacios será posteriormente retomada y desarrollada por la teoría feminista. En "Una Habitación Propia", Woolf indaga sobre las condiciones que las mujeres de su época necesitan para desarrollar sus potencialidades, demostrando su ausencia, y las injusticias que caracterizan sus vidas. En sus obras los personajes dejan ver cómo la sociedad determina a los varones y a las mujeres a partir de lo que espera de ellos en especial sobre su sexualidad y función social⁴.
- Esta idea, aparece también en Simone de Beauvoir (1908-1986), referente emblemático del feminismo, quien explicó con maestría las razones de la supuesta inferioridad de las mujeres. En 1949, cuatro años después de que Francia aprobara el voto femenino, se publica su libro "El Segundo Sexo" que se convertirá a partir de entonces en una verdadera Biblia del feminismo. En este texto la autora postula que la femineidad no es una condición natural o esencial de la mujer, sino el resultado de un conjunto de circunstancias creadas por las civilizaciones a partir de datos biológicos. La famosa frase "no se nace mujer sino que se llega a serlo" sintetiza una idea fundacional de la teoría de género: la de que no existe un destino biológico para la femineidad. A más de 60 años de su publicación la noción de

³ Por Ana de Miguel y Rosalía Romero, 2003. Flora Tristán: Feminismo y Socialismo. Antología Disponible en: http://www.nodo50.org/mujeresred/flora_tristan.html

⁴ Maria Asunción Gutiérrez López, 2000. Virginia Wolf, el fluir de la conciencia. A Parte Ru,9, Septiembre 2000. Disponible en: <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/asuncion.pdf>

“situación” desarrollada en este texto continúa teniendo vigencia, ya que es en la naturalización de la feminidad donde radica la subordinación de la mujer⁵.

- En el campo de las ciencias médicas en 1955 John Money, un especialista en el estudio de defectos congénitos del desarrollo genital, introdujo el concepto de rol de género en las ciencias biológicas. Al estudiar el hermafroditismo Money se enfrenta al problema de que cada persona hermafrodita estaba designada no como masculino ni femenino sino como neutro. Sin embargo socialmente, los progenitores y la familia asignaban una identidad sexual que no siempre coincidía con la morfología de los órganos genitales, ni tampoco con el sexo cromosómico o gonadal, el sexo hormonal puberal y fetal, la anatomía procreadora interna, o la morfología postpuberal del cuerpo. Es decir que a pesar de la falta de concordancia que podría existir con el sexo biológico, estos sujetos se percibían a si mismos y eran percibidos por los otros como femeninos o masculinos cumpliendo con los roles y las expectativas recibidas en su primera infancia. A esta característica Money la llamó rol de Género.
- Poco después, en 1968, la publicación del libro de Robert Stoller, “Sex and Gender” inició un debate terminológico y filosófico que continúa en nuestros días y marca la diferencia u oposición entre naturaleza y cultura, y por tanto la separación del sexo biológico y del género social. Para Stoller, al igual que para Money, mientras que el sexo hace referencia a los componentes biológicos que determinan que una persona sea varón o mujer, el término género es complementaria al sexo y permite analizar las complejas interacciones que se producen entre los factores biológicos y aquellos que resultan del contexto social e histórico de cada sujeto.

Paso 2:



A continuación presente la diapositiva M1.1 Genealogía del concepto de Género invitando al grupo a leer las distintas definiciones, identificando que aspectos tienen en común y en cuáles se diferencian, a qué obedecen esas diferencias y que consecuencias tienen.

GENEALOGIA DEL CONCEPTO DE GÉNERO

- “Él es el sujeto, él es lo absoluto; ella es el Otro”; “No se nace mujer, se llega a serlo”. Simone de Beauvoir, 1949
- Es un término cultural que alude a la clasificación social entre masculino y femenino. Debe admitirse la persistencia del sexo, pero también la variabilidad del género.” Ann Oakley, 1972
- “La experiencia subjetiva de ser una mujer y la propia identidad de las mujeres se constituyen según la posición que ocupen. Con ello no quiero dar a entender que el concepto de “la mujer” esté determinado únicamente por los elementos externos, ni que la mujer sea únicamente el recipiente pasivo de una identidad creada por estas fuerzas. Más bien ella misma forma parte del movimiento de una historia fluctuante, y por tanto contribuye activamente a crear el contexto en el que puede delinarse su posición. Linda Alcoff, 1988
- “Es un elemento constitutivo de las relaciones basadas en las diferencias que distinguen los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder.” Joan Scott, 1990

Diapositiva M1.1

⁵ Rosa Montero, 1999. Simone de Beauvoir, a cincuenta años de la publicación de “el segundo Sexo” Disponible en: <http://www.pagina12.com.ar/1999/99-02/99-02-08/pag18.htm>



- Organizar una ronda de comentarios en plenaria

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL DEBATE

Registre los principales aportes de los/as participantes y complemente la discusión con los siguientes elementos para enriquecer el debate.



- En primer lugar mencione que, como venimos observando, no hay una única definición de género. Por el contrario, es necesario advertir que estamos en un campo de conocimiento enormemente productivo y de constante crecimiento, que evoluciona a medida que avanzan las investigaciones teóricas y aplicadas.
- Señale que algunas definiciones enfatizan el aspecto cultural (valores, representaciones, imágenes, símbolos) que clasifican lo masculino y lo femenino, otras se ocupan de las posiciones o roles que varones y mujeres ocupan en el campo social, y otras ponen especial énfasis en destacar las relaciones de poder entre ambos como fuente y principal expresión de la desigualdad.
- Todas las definiciones de la diapositiva implican un cuestionamiento al enfoque positivista y biologista que hace depender de una supuesta “naturaleza” inmodificable aquellos roles que son en verdad sociales, y que se han sido desempeñados a lo largo de la historia.



Finalmente recuérdelos que el concepto género tiene múltiples usos, algunos complementarios y otros contradictorios. Ejemplifique utilizando la Diapositiva M1.2 “El género como...”

El Género como...

- **Una manera de describir y/o denunciar la desigualdad** y discriminación que sufren las mujeres.
- **Un concepto explicativo de la construcción socio-histórica de las identidades**, roles y posiciones asumidas por mujeres y varones en la sociedad a lo largo del tiempo.
- **Una categoría de análisis de la realidad social en su conjunto** a partir de las posiciones que ocupan mujeres y varones y de sus respectivas necesidades, demandas y aportes, como así también de las representaciones sobre lo femenino y lo masculino que se atribuyen a cualquier aspecto de la realidad.
- **Una propuesta metodológica de renovación de los modos tradicionales de investigar e intervenir en la realidad**, algunas de cuyas notas distintivas son la importancia asignada a los enfoques interdisciplinarios, la participación, la relación entre investigación y acción teniendo como meta la transformación de las condiciones de desigualdad.
- **Una visión ética y política** que sustenta la equidad, la justicia, la solidaridad y la autonomía en las opciones vitales como sus principios básicos y orientadores de acciones transformadoras en las relaciones familiares, interpersonales, en las organizaciones de todo tipo, en la comunidad y en el orden normativo, ámbitos indisolublemente vinculados entre sí.

Fuente: Elaborado por Gloria Bonder

Diapositiva M1.2

Paso 3:



Presente la siguiente diapositiva que contiene los conceptos claves que se desarrollarán a lo largo del Módulo 1.

Conceptos Clave:

- Sexo
- Género
- Igualdad de género
- Equidad de género
- Roles de género
- Sensibilidad de género
- Normas de género
- División del trabajo por género
- Discriminación por razones de género
- Discriminación directa e indirecta por motivos de género/sexo
- Estereotipos de género

Diapositiva M1.3

A continuación presente las diapositiva M1.4a y M1.4b que contienen definiciones de Sexo y Género sugiriendo que se debata acerca de sus diferencias y relaciones. Haga la pregunta ¿Es válido pensarlos como conceptos opuestos o existen interrelaciones entre ambos, inciden las conductas de género en las características biológicas de las personas?⁶



Sexo se refiere a las características biológicas tales como la anatomía (tamaño y forma corporal) y la fisiología (actividad hormonal y funcionamiento de los órganos) que distinguen a los varones de las mujeres.

Diapositiva M1.4.a

Género es una construcción social, hace referencia a un conjunto de roles y relaciones sociales, características de personalidad, actitudes, conductas, valores, relaciones de poder e influencia que cada sociedad atribuye diferencialmente a cada uno de los dos sexos. El género es relacional y está atravesado por las dimensiones de etnia, cultura, edad, nivel socioeconómico.

Diapositiva M1.4b

⁶ Fuente: Modificado de Canadian Institute of Health Research. Disponible en: <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/32019.html#toc2>

NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A



Definiciones ampliadas

- **Sexo** se refiere a las características biológicas tales como la anatomía (tamaño y forma corporal) y la fisiología (actividad hormonal y funcionamiento de los órganos) que distinguen a los varones de las mujeres. Las diferencias genéricas ocurren en a nivel genético-molecular, celular, de los órganos o del organismo y son resultantes de complejas integraciones entre factores genéticos, hormonales y ambientales que comienzan a nivel genético y en el contexto intrauterino y continúan a través de la vida de un individuo. Las diferencias sexuales comienzan con la observación de que cada ser vivo derivado de una célula tiene sexo. Esto es importante ya que estos productos genéticos pueden ser responsables por el funcionamiento celular, el metabolismo y el crecimiento. Genes con cromosomas X pueden codificar de una manera levemente diferente ciertas variables y producir efectos bioquímicos que contribuyen a las diferencias sexuales en las distintas respuestas fisiológicas y funciones. Estas variaciones colocan al ser humano y a los animales en un continuo, y pueden explicar las distintas reacciones que varones y mujeres tienen a ciertos productos farmacológicos y enfermedades autoinmunes, así como los distintos patrones sintomáticos en la presentación de enfermedades cardíacas. Prestar atención al sexo en todas sus variaciones es vital para entender los factores bio-genéticos determinantes para la salud.
- **Género** hace referencia a un conjunto de roles y relaciones sociales, características de personalidad, actitudes, conductas, valores, relaciones de poder e influencia que cada sociedad atribuye diferencialmente a cada uno de los dos sexos. El género es relacional, los roles y características de género no existen en un vacío, sino que se definen uno en relación con el otro. Todas las sociedades dividen al menos en dos categorías de sexo y género a las cuales se les asigna un estatus generalmente desigual. Los roles, construcciones e identidades de género no existen como entidades estables, sino como expresiones localizadas a lo largo de un proceso. Etnicidad, nivel socioeconómico, orientación sexual, geografía y otros determinantes sociales sitúan a las mujeres y a los varones en lugares diferentes en el escenario social, complejizando necesariamente las relaciones entre género, sexo y disparidades en salud definidas por el acceso desigual a la salud. Estas dinámicas no producen resultados uniformes, sino que son constituidas, actuadas y resistidas de maneras diversas por los individuos y los grupos a lo largo del ciclo de vida. Además, la dicotomía de los pares varón/mujer, masculino/femenino, y heterosexual/homosexual no reflejan las variaciones sexuales (i.e, intersexual), de género y la sexualidad que representa la experiencia de vida la cual es pocas veces capturada en las investigaciones en salud, especialmente en el contexto de determinantes sociales tales como etnicidad y nivel socioeconómico

Las construcciones y los roles de género tienen un impacto directo en la salud. Por ejemplo, el trabajo de cuidado esta generalmente asociado con el rol femenino y puede contribuir a generar problemas de salud significativos, asociados al exceso de trabajo. Más aún, en algunas sociedades, incluyendo Canadá⁷, la socialización de los varones valoriza conductas de riesgo e inhibe las actividades orientadas a pedir ayuda y cuidado, lo cual puede actuar en detrimento de su salud, sin embargo es importante mencionar que no todos los varones internalizan y expresan estos roles a lo largo de su vida. Tomar en cuenta el género en todas sus manifestaciones es esencial para generar un conocimiento acerca de la salud que beneficie la salud de todos.

⁷ Esta Situación es valida para los países de América Latina y el Caribe

Paso 4

A continuación presente un repertorio de nociones vinculadas a la construcción de las desigualdades de género, y las maneras y los ámbitos en que se expresan.



Igualdad de género	Ausencia de discriminación en oportunidades y distribución de recursos o beneficios, o en el acceso a servicios basado en el sexo de una persona.
Equidad de género	Justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre mujeres y varones. El concepto reconoce que ambos tienen necesidades y poder diferentes, y que estas diferencias han de ser identificadas y contempladas de un modo que rectifique las desigualdades entre ellas y ellos.
Roles de género	Los roles económicos y sociales específicos que una sociedad considera apropiados para mujeres y varones. A los varones se los identifica principalmente con roles productivos que tienden a ser secuenciales, mientras que las mujeres tienen roles triples; responsabilidades domésticas, trabajo productivo y actividades comunitarias que muchas veces se desarrollan conjuntamente. Los roles y las responsabilidades de género varían entre culturas y pueden cambiar en el tiempo. En la mayor parte de las sociedades, los roles de las mujeres tienden a estar subvaluados.
Sensibilidad de género	La habilidad de percibir las diferencias de género, temas e inequidades existentes e incorporarlas a estrategias y acciones.
Normas de Género	En todas las culturas las relaciones de género tienen raíces estructurales (división sexual del trabajo) e institucionales (normas y reglas) que guían la distribución de recursos y oportunidades en la sociedad y entre varones y mujeres en particular. Se construyen también a nivel simbólico, se sustentan y reproducen en las concepciones, mentalidades e imaginarios colectivos.
División del trabajo por género	Depende del contexto socioeconómico y cultural, y su análisis debe diferenciar las tareas productivas y tareas reproductivas. Las primeras se refieren a las actividades realizadas por varones y/o mujeres para producir mercancías bienes y servicios. Las segundas aluden a la maternidad, a las responsabilidades domésticas y las distintas actividades desempeñadas en lo que se denomina hoy la "economía del cuidado": cuidado de los miembros de la familia y de la comunidad, recogiendo combustibles y agua, preparando los alimentos, ocupándose de la educación y salud de niños, ancianos y personas dependientes.
Discriminación por razones de género	Desde el punto de vista normativo: "La discriminación contra la mujer denotará toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio por la mujer, independientemente de su estado civil, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y las libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural y civil o en cualquier otra esfera." (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, artículo 1, 1981)
Discriminación directa por motivos de género/sexo	"Toda distinción, exclusión o restricción basada en el sexo que tenga por objeto o por resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, social, cultural y civil, o en cualquier esfera, sobre la base de la desigualdad del hombre y la mujer" (Glosario de género y salud.

	USAID).																								
Discriminación indirecta por motivos de género/sexo	Refiere a una situación en la que una ley, un reglamento, una política o una práctica, aparentemente neutrales, tienen un impacto desproporcionadamente adverso sobre los miembros de uno u otro sexo, a menos que la diferencia de trato se pueda justificar por otros factores objetivos. (Glosario de términos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres: "100 palabras para la igualdad")																								
Estereotipos de género	<p>En todas las sociedades existen ideas estereotipadas de cómo son y cómo deberían ser las mujeres y los varones; sus principales cualidades y carencias.</p> <p>La pensadora feminista Victoria Sau describió en su libro "Ser mujer: el fin de una imagen tradicional"⁸ los elementos que definen los estereotipos tradicionales:</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: center;">Masculino</th> <th style="text-align: center;">Femenino</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Estabilidad Emocional</td> <td>Inestabilidad Emocional</td> </tr> <tr> <td>Mecanismos de autocontrol</td> <td>Falta de control</td> </tr> <tr> <td>Dinamismo</td> <td>Pasividad</td> </tr> <tr> <td>Agresividad</td> <td>Ternura</td> </tr> <tr> <td>Tendencia al dominio</td> <td>Sumisión</td> </tr> <tr> <td>Afirmación del yo</td> <td>Dependencia</td> </tr> <tr> <td>Aspecto afectivo poco definido</td> <td>Aptitud para las humanidades</td> </tr> <tr> <td>Aptitud para las ciencias</td> <td>Intuición</td> </tr> <tr> <td>Racionalidad</td> <td>Frivolidad</td> </tr> <tr> <td>Franqueza</td> <td>Miedo</td> </tr> <tr> <td>Valentía</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Masculino	Femenino	Estabilidad Emocional	Inestabilidad Emocional	Mecanismos de autocontrol	Falta de control	Dinamismo	Pasividad	Agresividad	Ternura	Tendencia al dominio	Sumisión	Afirmación del yo	Dependencia	Aspecto afectivo poco definido	Aptitud para las humanidades	Aptitud para las ciencias	Intuición	Racionalidad	Frivolidad	Franqueza	Miedo	Valentía	
Masculino	Femenino																								
Estabilidad Emocional	Inestabilidad Emocional																								
Mecanismos de autocontrol	Falta de control																								
Dinamismo	Pasividad																								
Agresividad	Ternura																								
Tendencia al dominio	Sumisión																								
Afirmación del yo	Dependencia																								
Aspecto afectivo poco definido	Aptitud para las humanidades																								
Aptitud para las ciencias	Intuición																								
Racionalidad	Frivolidad																								
Franqueza	Miedo																								
Valentía																									

Fuente: Reelaborado en base a Standing, H. et.al.(1998), 'Guidelines for the analysis of gender and health. Chapter 5, Step 3. Strategies to address gender inequalities', Gender and Health Group, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, U.K. <http://www.liv.ac.uk/lstm/GG-9.html>

⁸ Sau, Victoria (1993): "Ser mujer: El fin de una imagen tradicional" Icaria, Barcelona.

1.2.3: Y LOS VARONES ¿TIENEN GÉNERO?

DESCRIPCIÓN

Existe una tendencia a identificar las cuestiones asociadas al género como inherentes a temas de “la mujer”. A lo largo del desarrollo de este taller, hemos podido conceptualizar el desarrollo socio-histórico y conceptual de la dimensión de género. Esta actividad indagará sobre aquellos aspectos significativos que nos permitan comprender de que manera los varones atraviesan problemas de género no solo en cuanto a la relación entre sexos, sino además con su propia identidad y los problemas de salud que los afectan.

OBJETIVOS

- Indagar acerca de los modelos de construcción de la masculinidad y su relación con patrones de salud y enfermedad en los varones.
- Iniciar un debate acerca de los roles de los varones en la búsqueda de equidad de género.
- Reforzar la comprensión del término género entendiéndolo como una construcción histórico-social de las diferencias sexuales evitando la confusión a utilizarlo como sinónimo de mujer

MATERIALES:

- Diapositiva M1.5
- Hojas informativas M1-1 y M1-2
- Rotafolio



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1

Comience la presentación de este apartado explicando que no es inusual confundir el término género con mujer y/o usarlos indistintamente. Ello puede explicarse debido a que por razones sociales, económicas, políticas y culturales, ellas han estado históricamente en posiciones de desventaja con respecto a los varones. Procurando transformar esta relación de subordinación las mujeres, organizadas en un amplio y vigoroso movimiento, impulsaron estudios, políticas, debates y acciones que permitieran visibilizarlas y cuestionar la idea de la feminidad como un destino biológico. Así, en el campo de la salud, el enfoque de género se focalizó inicialmente en las mujeres, contribuyendo de esta manera a la confusión. Por eso es muy importante recordar que el concepto de género es un concepto relacional, es decir, que hace referencia a las desigualdades que se establecen en las relaciones entre los varones y las mujeres. Esto nos lleva a preguntarnos: Y los varones, ¿tienen género?

Presente la diapositiva con los siguientes conceptos claves:



Conceptos clave:

Feminidad
Masculinidad

Diapositiva M1.5



Para tratar de comprender mejor las relaciones, debemos de revisar las definiciones de feminidad y masculinidad que varían según las fuentes que se utilicen:

Feminidad: Principio femenino de comunión que implica un sentido de abnegación, desinterés, que se manifiesta en la preocupación por otros y en la necesidad de ser uno con los demás, el cual es característico de la mujer (Bakan, en Acuña, 1991). Según el diccionario de Farlex la **feminidad** es un concepto que alude a los valores, características, comportamientos y naturaleza intrínsecas de la mujer, como género. Tiene su contrapartida en el concepto de masculinidad. El concepto de feminidad también se ha desarrollado como "ideal de feminidad" en el sentido de un patrón o modelo deseable de mujer. (farlexdictionary.com).

El instituto Mexicano de la Pareja, lo define como "Conjunto de características que se consideran propias de la mujer o de lo que es femenino. ANT masculino. Cualidad del ser vivo femenino.

Masculinidad se define por oposición a lo femenino o como Principio masculino de diligencia, que refleja un sentido del yo manifestado en autoafirmación, autoexpansión y autoprotección, que es característico del hombre " (Bakan, en Acuña, 1991).

El concepto de "masculinidad hegemónica" acuñado por Connell⁹ se refiere a la forma de masculinidad prevalente, mas alabada, idealizada y valorada en un determinado contexto histórico y que se encuentra en oposición con otras formas menos dominantes o subordinadas de masculinidad –cómplice, subordinada, marginalizada"¹⁰.

Michael Kaufman¹¹, afirma que el rasgo común de las formas hegemónicas de la masculinidad contemporánea es que siempre existe algún tipo de equiparación entre ser "hombre" y "poseer algún tipo de poder". Agrega además, que el poder asociado a la masculinidad hegemónica es a su vez fuente de dolor y sufrimiento para los hombres ya que sus símbolos representan un modelo ideal que es casi imposible de lograr generando sentimientos de inadecuación e inconsistencia. Estos sentimientos terminan convirtiéndose en fuentes constantes de temor y vulnerabilidad que solo son socialmente aceptadas cuando se expresan en forma de violencia y agresión

Sin embargo es importante señalar que no todos los rasgos o formas de masculinidad representan un riesgo para la salud. También hay que considerar que no todos los hombres son iguales, ni sostienen los mismos valores y conductas existiendo múltiples formas de masculinidad contradictorias que poseen distintos marcos referenciales tanto estructurales, como psicosociales y culturales¹². La ruptura de una visión única, universal y ahistórica de la masculinidad, unida a la constatación de múltiples masculinidades o "masculinidades multi-opcionales", introduce un aire fresco a los estudios de género y permite formular nuevas preguntas aplicables a cualquier esfera de la vida social

De la misma forma se puede dar cuenta de diferentes formas de vivir "lo femenino" dependiendo de múltiples factores bio-psico-sociales

Los siguientes enunciados resumen las críticas más frecuentes que reciben las concepciones clásicas sobre de masculinidad:

- Sólo alude a una manifestación temporal de la masculinidad, una construcción particular de una época determinada de la historia y de ciertos sectores dominantes.
- Asocia de modo reduccionista la masculinidad con el deseo de poder, desconociendo que este deseo también lo viven las mujeres, con mayor o menor intensidad.
- Se define en oposición a la feminidad, por lo cual su deconstrucción es una tarea impostergable.
- Asume la bipolaridad cuando es claro que no existen ejemplos puros de masculinidad o feminidad, ni siquiera a nivel simbólico. Del mismo modo, tampoco puede hablarse de una única estructura del "ser

⁹ Connell, R. W. 1987, Gender and Power: society, the Person and Sexual Politics. Stanford University Press.

¹⁰ Hearn, 2004, Pag 55

¹¹ Kaufman, 1994

¹² Sabo D, 2000 Op. Cit.

hombre” sino de muchas masculinidades. (Por ejemplo, los eunucos, los heterosexuales, los travestis, los físico-culturistas, etc.)

- No toma en cuenta los aspectos socio-simbólicos que participan de la transformación cultural y subjetiva de la masculinidad.

A continuación muestre el video “Masculinidades, un proyecto en construcción” en el cual se formulan interrogantes acerca de la construcción social de la masculinidad y los desafíos actuales en los procesos de redefinición de la misma.

http://es.youtube.com/watch?v=B_z7GN8k1Q&mode=related&search=

Paso 2

Una vez que termine el video, abra una discusión con el grupo acerca de las relaciones que encuentran entre los patrones tradicionales de masculinidad y los procesos de salud y enfermedad. Es importante que el grupo pueda ir identificando aquellas conductas que se encuentran asociadas a los modelos tradicionales de masculinidad y que inciden o influyen en los procesos de salud y enfermedad.



Para facilitar el debate puede utilizarse hoja informativa M1.1, con datos epidemiológicos acerca de algunas problemáticas de salud que afectan particularmente a los varones. Si lo desea, puede preparar otros ejemplos que incluyan información local o aquella que resulte de especial interés para la audiencia a la que esta dirigido el taller.



ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL DEBATE

Registre los principales aportes de los/as participantes y complemente la discusión con los siguientes elementos para enriquecer el debate.



- La socialización y los roles de género que asocian la masculinidad a comportamientos de riesgo y a la ausencia de miedos, puede llevar a los varones a actuar de manera peligrosa y dañina para su salud y la protección de su vida. Ejemplos de estas conductas son el consumo de alcohol y drogas, los comportamientos agresivos, y las conductas de riesgo como el dirigir un vehículo a alta velocidad y sin cinturón de seguridad, o tener sexo sin protección.
- Los varones aprenden desde muy jóvenes que la adopción de formas “femeninas” de comportamiento puede llevarlos al ridículo o a ser estigmatizados, en consecuencia muchas veces desarrollan comportamientos riesgosos con el fin de evitar ser considerados femeninos o afeminados. Ejemplos de esto puede ser un adolescente que participa en una pelea para evitar que le llamen “mariquita”, o un hombre mayor que oculta un dolor físico para no aparecer como “blando” ante sus compañeros de trabajo.
- Las prácticas de autocuidado son en general consideradas “femeninas” en la mayoría de las culturas. Las niñas reciben mas información acerca de sus cuerpos y sobre como cuidarse que los niños y en general las mujeres acuden más veces a las consultas médicas que los hombres, incluso descontando las visitas relacionadas con la atención a la salud reproductiva (Kandrack, Grant y Segall 1991; Verbrugge 1988).
- A los niños se les enseña a ser independientes y en muchos casos reciben menos apoyo físico y emocional que niñas a quienes también se alienta a buscar ayuda de los padres en situaciones en que lo necesitan. Esto puede inhibir las conductas de búsqueda de ayuda, como en el caso de las

enfermedades mentales o adicciones y también influir en la comunicación que los varones establecen con sus médicos. (Lytton y Romney 1991). (Fagot 1984). Roter y Hall (1997)

- La represión de las emociones es una característica de la construcción social de la masculinidad que atraviesa todas las etapas del ciclo de vida de los varones. Desde una temprana edad se les enseña a aguantar el dolor sin quejarse. La frase "los hombres no lloran" es aún utilizada en la socialización de los niños y constituye una manera de diferenciarse de las niñas. Estas conductas se ven reforzadas por ejemplo en la práctica de deportes considerados tradicionalmente masculinos, como el rugby o el boxeo donde se glorifica el dolor y el éxito aun a costa de la integridad física. Mas tarde, durante la adolescencia y juventud, los varones tienden a evitar amistades íntimas o las demostraciones de cariño hacia los amigos. Por otro lado, en muchas culturas la única forma sancionada de tocar el cuerpo de otro hombre es a través de golpes y violencia.
- Las nociones mas prevalentes de masculinidad pueden facilitar situaciones de vulnerabilidad y riesgos para su propia salud y crear otros para las mujeres y las niñas.

Paso 3

Puede cerrar esta sesión utilizando la hoja informativa M1-2 donde se presentan ejemplos de programas, proyectos de investigación y acciones en el campo de la salud que incorporan a los varones y promueven la equidad de género. Si bien la mayoría de estas iniciativas son aun incipientes, dan cuenta de que la salud de los varones es un tema que ha comenzando a instalarse en los discursos y en las prácticas sanitarias.



NOTAS PARA EL/LA FACILITADOR/A:



Los estudios sobre masculinidad se iniciaron en los años setenta en el contexto del avance teórico del feminismo y planteaban que la conformidad con la masculinidad tradicional implicaba un empobrecimiento en la esfera emocional y un riesgo para la salud¹³. Hacia los años 80s el pensamiento acerca de la/s masculinidad/es se afirma dentro del marco de las teorías de género¹⁴ y desde entonces se han conducido un número significativo de Investigaciones que confirman la existencia de efectos negativos en la salud de los varones asociados a las conductas dominantes, controladoras y competitivas características de la masculinidad tradicional, también llamada hegemónica.

- En cuanto a la relación entre salud y masculinidad, Keijzer desarrolla la noción del "varón como factor de riesgo". Este concepto se basa en la triada de la violencia formulada por Kaufmann que identifica tres campos principales donde opera y se ejerce la masculinidad dominante:
 - En la relación violenta hacia mujeres y niños,
 - En el riesgo presente hacia otros hombres y
 - En el riesgo para si mismo.
- En el caso específico de la violencia contra la mujer, la prevalencia de este problema en todas las culturas y grupos sociales es el resultado de la aceptación tácita de las maneras a través de las cuales se constituyen las identidades de género, es decir las formas en que los hombres se ven a si mismos, ven a las mujeres y viceversa. Existe una contundente evidencia de que los hombres son los perpetradores de casi la totalidad de los casos de abuso familiar: entre un 90% y un 95 % de las víctimas son mujeres, cerca de un 95 % de perpetradores de la violencia doméstica son hombres, y las posibilidades de experimentar violencia a manos de una pareja es 10 veces mayor para una

¹³ Feigen-Fasteau 1974; Farrell 1975; Brannon 1976, citados por Sabo D, 2000 en "El estudio de Masculinidad, Género y Salud" Disponible en: http://www.paho.org/Spanish/DBI/po04/PO04_body.pdf

¹⁴ John Bayron Ochoa Holguín, Un rápido acercamiento a Teorías y Perspectivas en los estudios sobre las masculinidades Disponible en: www.unavidadiferente.org/documentos/ponenciajohnbayronochoa.pdf

mujer que para un hombre¹⁵. Desde esta perspectiva es importante señalar que para terminar con el problema de la violencia es necesario desafiar y transformar los conceptos culturales que existen sobre la masculinidad y la feminidad, y construir nuevos marcos cognitivos que re-orienten las políticas y las acciones que faciliten la construcción de nuevas ideas acerca de la masculinidad.

- Por otro lado y a pesar de los privilegios de los que en general gozan los varones, ellos tienen una expectativa de vida de aproximadamente 6 años menos que las mujeres¹⁶. Según un estudio realizado en 44 países, donde se analizan los patrones de mortalidad en varones y mujeres jóvenes, los accidentes y causas externas asociados con suicidios resultan ser la principal causa de muerte entre ellos. Existe un creciente consenso sobre que este tipo de evidencias estaría indicando que el estilo de vida masculino, incluyendo el uso de tabaco, alcohol, conductas de riesgo y resistencia a buscar ayuda, constituye la principal determinante de esta situación¹⁷.
- En el campo de la salud mental se registra una preocupación por el aumento de problemas psicológicos en varones, tales como alcoholismo, adicciones y depresión¹⁸. Con respecto a esta última condición los bajos niveles de consulta por parte de ellos sugieren que la depresión masculina no está siendo suficientemente reconocida, diagnosticada ni tratada y que su manifestación difiere de las maneras en que esta condición se expresa en las mujeres¹⁹. Esta constatación refuerza la necesidad de incorporar la perspectiva de género en el cuidado de la salud masculina.
- La participación de los varones en la salud sexual y reproductiva es otro ámbito en el que, en los últimos años, se ha generado un fuerte debate que se extiende desde los espacios académicos y científicos hasta organizaciones de la sociedad civil. Particularmente se está reflexionando acerca de la relación que existe entre la reproducción y la paternidad, ya que esta última representa un aspecto de la salud reproductiva en la cual los varones cumplen su rol²⁰.
- Como resultado de estos avances, han surgido en los últimos años una serie de iniciativas que abogan por la inclusión de la salud de los varones como un aspecto relevante de la incorporación del enfoque de género en las políticas y acciones en salud. Estas se han desarrollado mayoritariamente en Europa, Estados Unidos, Canadá y Australia:
 - En 1999 se conformó la Red de Investigación Crítica en masculinidad en Europa (CROME)²¹ con la participación de investigadores varones y mujeres en 15 países de la Unión Europea. Su objetivo es avanzar en el conocimiento acerca de la construcción de la masculinidad. Desde su inicio CROME ha focalizado su trabajo en dos cuestiones relacionadas: los problemas que los varones experimentan en general y los que el modelo tradicional de masculinidad crea. Una de las cuatro áreas de investigación es la de la salud desde una perspectiva de equidad y calidad.
 - En Octubre de 2003 la División de Naciones Unidas para el adelanto de las Mujeres (DAW) en colaboración con la Organización Internacional del Trabajo y el Programa de Naciones Unidas

¹⁵ Estadísticas compiladas por el District of Columbia Coalition Against Domestic Violence
<http://www.dccadv.org/statistics.htm>

¹⁶ Peter Baker, 2001. Op. Cit. Alan white, General Introduction: Men, Health and Gender Equality Men and Gender Equality – Conference Report. Helsinki, 2006. 210 s. Reports of the Ministry of Social Affairs and Health. Disponible en:
http://www.emhf.org/resource_images/EUFinnishconfOct06.pdf

¹⁷ White and Holmes, Patterns of morbidity across 44 Countries, among men and women aged 15-44. Journal of Men's Health & Gender 3(2): 139-151

¹⁸ Epperly y Moore. Health issues in men. Part II: common psycho-social disorders. Am Fam Physiciana 2000,62: 117-12

¹⁹ Alan White, Op. Cit. Terrence Real, 1997. "I Don't Want to Talk About It." Fireside, New York, NY

²⁰ Benno de Keizer (2003) Los orígenes del trabajo con varones en ReproSalud. En Abriendo Nuestros ojos: Una experiencia de trabajo con varones en temas de género y salud reproductiva y sexual. Movimiento Manuela Ramos. Disponible en: <http://www.manuela.org.pe/doc-hallazgo/abriendonuestrosojos.pdf>
<http://www.manuela.org.pe/doc-hallazgo/abriendonuestrosojos.pdf>

²¹ <http://www.cromenet.org>

para SIDA, y como parte de las actividades preparatorias para la realización de la 48 Sesión de la Comisión sobre el Estado de las Mujeres, organizó una reunión de expertos sobre “El Papel de Varones y Niños en la Realización de la Igualdad de Género” Las conclusiones presentadas en el reporte final dan cuenta de los riesgos que ciertas formas de masculinidad representan tanto para varones como para mujeres. Algunas conductas de riesgo predominantes en los varones, incluyendo el sexo inseguro, el uso de drogas intravenosas y otras adicciones representan formas del actuar y confirmar los modelos tradicionales de masculinidad. Las normas que demandan que los varones se presenten como fuertes e invulnerables contribuyen a reforzar las dificultades para pedir ayuda y tratamiento, cuando su salud se encuentra vulnerabilizada, aumentando los riesgos de contraer enfermedades, que como en el caso de aquellas de transmisión sexual, tienen a su vez consecuencias negativas en la salud de las mujeres. Entre otras recomendaciones el grupo de expertos llamó a proveer los fondos necesarios para programas de salud para varones que no compitan con aquellos destinados a las mujeres ni representen una disminución en los recursos asignados a los mismos²².

- Declaración de Viena: En el año 2005 más de 50 representantes de organizaciones de 18 países participaron en la Primera conferencia Europea sobre la salud de los varones. El objetivo de este encuentro fue intercambiar experiencias de buenas prácticas en salud, explorar estrategias para influir en la formulación de políticas y elaborar un Plan de Acción. Uno de los resultados más importantes de este encuentro fue la formulación de una declaración acerca de la salud de los varones y niños. La importancia de esta declaración radica en que ofrece un nuevo enfoque de la salud de los varones, promueve acciones concretas para la acción y ha contribuido desde su formulación a visibilizar la problemática de la salud masculina en el continente europeo.
- A pesar de estos avances y de lo prometedor de éstos y otras iniciativas en desarrollo, el varón como sujeto de estudio y de intervención en el campo de la salud, continúa presentando resistencias tanto en el movimiento de mujeres como entre los mismos varones. Si bien la equidad de género es uno de los principios ordenadores de los discursos en el campo de la salud, los recursos necesarios para brindar servicios de atención de calidad que respondan a las necesidades específicas de los varones y las mujeres no siempre están disponibles, o se adjudican a otras “prioridades” sin contemplar el enfoque de género. Por otro lado persiste también en este debate un pensamiento binario que supone que destinar fondos para servicios y/o programa que tengan a las mujeres como destinatarias se traduce en menos recursos para financiar programas que atiendan a las necesidades de los varones y viceversa. El énfasis puesto en las diferencias que existen entre la salud de ambos, que fue en su momento un punto de partida necesario, ha contribuido por otro lado, a ocultar aquellos que tienen en común. El concepto de género nos ofrece justamente un marco relacional para superar las oposiciones y avanzar en la comprensión de la mutua dependencia que existe entre varones y mujeres y entre la salud de ambos²³.

²² <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/men-boys2003/reports/Finalreport.PDF>

²³ Sabo D, 2000 Op. Cit.

1.2.4: SEXO-GÉNERO-SALUD, EJERCICIO CONCEPTUAL

DESCRIPCION:

En este apartado se analizan los términos “sexo” y “género” en su relación con la salud.

OBJETIVO

- Comprender la diferencia entre los conceptos sexo y género
- Familiarizarse en el uso de los mismos

MATERIALES

- Diapositiva M1.6 “Géneros, Sexos, y Salud: Cuáles son las conexiones y por qué son importantes”
- Diapositiva M1.7a y M1.7b: El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades
- Hoja de trabajo M1.2 (Sexo-Género-Salud)
- Rotafolio



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1



Presente la diapositiva “Géneros, Sexos, y Salud: Cuáles son las conexiones y por qué son importantes” recordando que también en el campo de la salud y la medicina, el uso del concepto de género es relativamente reciente, y que en muchos casos se lo confunde con el de sexo. Fomente una breve discusión acerca de la importancia que tiene. Distingan ambos términos y su relación con la salud.

Géneros, sexos, y salud: ¿cuáles son las conexiones y por qué son importantes?

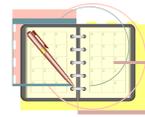
“En cualquier publicación sobre salud o biomedicina publicada antes de los años 70 se puede observar que hay un término que se encuentra ausente: Género. Si abrimos una publicación reciente veremos que hay dos términos que se usan o indistintamente o como conceptos diferenciados: Género y Sexo. Por qué se ha producido este cambio? ¿A qué se debe esta confusión? y ¿por qué es importante?”

Diapositiva M1.6

Krieger, Nancy, Gender, Sexes and Health: What are the connections and why does it matters?
International Journal of Epidemiology 2003;32:652–657

Paso 2

Distribuya la hoja de trabajo M1.2 (Sexo-Género-Salud) con enunciados que hacen referencia al impacto del género y el sexo sobre la exposición a riesgos y sobre la evolución y tratamiento de enfermedades, así como también acerca de las consecuencias sociales de los problemas de salud



Paso 3

Pida a los/as participantes que digan, para cada enunciado, si se refiere a una diferencia biológica (sexo) o a una diferencia construida socialmente (género) o a ambas. Reflexione con el grupo acerca de qué aspectos, momentos y/o grupos de mujeres y varones se ven afectados en mayor o menor medida.

Paso 4



Abra el debate acerca de las distintas respuestas y de las problemáticas teóricas y prácticas que se plantean cuando se incorpora el análisis de las diferencias de género y de sexo. Apunte a indagar ¿Cuáles son las consecuencias que estas diferencias tienen desde la perspectiva de la equidad en salud?

ASPECTOS PARA TENER EN CUENTA DURANTE EL DEBATE:



Registre los principales aportes de los/as participantes y complemente la discusión con los siguientes elementos para enriquecer el debate.

- Los factores de género interactúan con las diferencias biológicas entre varones y mujeres afectando la exposición a riesgos de salud como así también la evolución y las consecuencias de padecer una enfermedad.
- Los varones y mujeres pueden estar expuestos a distintos riesgos de contraer un problema de salud debido a la división del trabajo basada en el género, o por las normas y relaciones de género.
- Producto de las diferencias de género, ellos generalmente tienen distintas percepciones de lo que representa un problema de salud o de qué se debe hacer al respecto.
- El acceso que varones y mujeres tienen a los servicios de salud está determinado por aspectos institucionales y por las condiciones particulares de quienes utilizan un servicio. Las barreras institucionales pueden ser geográficas, infraestructurales o relacionadas con las actitudes y disponibilidad de los proveedores. Las que provienen de los/as usuarios/as están bajo la influencia de factores culturales e ideológicos. Algunos estudios revelan tasas más bajas de utilización de los establecimientos de salud, en particular por parte de las mujeres y niñas pobres, como resultado de los niveles de discriminación en el hogar. En el caso de las mujeres, el acceso también puede estar limitado por causas de tiempo, problemas para desplazarse, especialmente cuando están a cargo de niños pequeños, y falta de poder de decisión.
- El discurso médico sobre la salud de las mujeres se ha centrado en el área reproductora reduciendo la salud al “ciclo vital” y ha psicologizado la salud de las mujeres atribuyendo los síntomas físicos a la esfera mental.
- El sector salud como todo el orden institucional existente está atravesado por un orden de género desigual y discriminatorio. Es por tanto importante analizarlo desde esta perspectiva de modo de identificar qué intervenciones son adecuadas para lograr transversalizar el enfoque de equidad de género en las políticas y programas de salud.

Paso 5

Como cierre de esta actividad presente la diapositiva M1.7a M1.7b: El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Promueva la discusión en torno a cada uno de los enunciados que se describen a continuación.



El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades

- La mayor parte de la información sobre salud, enfermedades y sistemas sanitarios, muestra diferencias más o menos importantes o significativas entre varones y mujeres cuando se desagrega por sexo. Pero para la mayoría de ellas no tenemos explicaciones, lo que aumenta la incertidumbre sobre la calidad de la información, sobre su validez para la planificación y sobre la efectividad y equidad de las actuaciones sanitarias.
- Más allá de la mera descripción de la situación por sexo, la comprensión de las causas de las desigualdades por género no es fácil para el sector sanitario porque no está formado para hacer ese análisis interpretativo ni para actuar sobre sus causas, lo que supone establecer acciones que requieren el trabajo con sectores no sanitarios. Esto explicaría en parte las dificultades y, en algunos casos, resistencias ante estos temas en el sector sanitario.

Diapositiva M 1.7a

Fuente: COLOMER, Concha. El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades. Rev. Esp. Salud Pública. 2007, vol. 81, no. 2 [citado 2007-07-25], pp. 91-93. Disponible en: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113557272007000200001&lng=es&nrm=iso SSN 1135-572

El sexo de los indicadores y el género de las desigualdades

- Las acciones de salud, para ser equitativas, deben tener en cuenta su impacto diferencial sobre la salud de las mujeres y los varones y, por lo tanto, su capacidad para incrementar o disminuir las desigualdades. Aunque las causas de estas desigualdades sean sociales, los estereotipos de género influyen en la manera de relacionarse las personas con los servicios de salud y el personal sanitario con las personas usuarias.
- El sistema de salud debería partir de la idea de que, aunque es un derecho, la igualdad en la oferta de servicios no asegura la equidad en el acceso y la efectividad de los mismos en toda la población por igual. Es necesario reconocer que son necesarias acciones diferentes, lo que se llama “acciones afirmativas”, pasar de la igualdad a la equidad, para atender las necesidades diversas de la población y actuar en consecuencia, si se quiere conseguir que los servicios no incrementen las desigualdades.

Diapositiva M1.7b

1.2.5 EJERCICIOS PARA ANALIZAR EL ENFOQUE DE GÉNERO EN LAS PRÁCTICAS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se proponen dos ejercicios alternativos vinculados a las prácticas de los equipos de salud para poder desarrollar el trabajo grupal. El/la facilitador/a podrá seleccionar el ejercicio a su mayor conveniencia.

EJERCICIO 1: LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN SALUD A PARTIR DE LA EXPERIENCIA

DESCRIPCIÓN:

Los servicios de salud constituyen otro ámbito en el cual las relaciones entre los géneros inciden en la calidad de la atención y en sus resultados. En ello participan múltiples factores que incluyen: la composición del personal en los servicios e instituciones de salud, la asignación de roles de poder, los modos de relacionamiento entre proveedores/as y usuarias/os de los servicios y sistemas de salud, la utilización de la perspectiva de género en los abordajes diagnósticos y terapéuticos asociados al proceso de salud-enfermedad. Para esta actividad los/as “expertos/as” se colocarán en el lugar de los/as usuarios/as para identificar, partiendo de su propia experiencia, aquellos aspectos que determinan una buena o mala calidad en la atención a la salud.

OBJETIVO DE ESTA ACTIVIDAD

Introducir la problemática de la salud desde la perspectiva de quienes usan los servicios.
Explorar los distintos saberes, relaciones de poder y aspectos éticos en la interacción entre el personal de salud y los/as usuarios/as

MATERIALES:

- Rotafolios



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1



Se les solicita a los participantes que pensando en su experiencia personal, identifiquen una circunstancia en la cual debieron recurrir al sistema de salud y se sintieron en tanto varones o mujeres, cuidados y bien atendidos, y otra donde sucedió lo contrario y que recuerdan como un evento negativo.

Paso 2



Solicite a cuatro o cinco participantes que compartan sus experiencias individuales con el resto del grupo. Abra un debate acerca de los aspectos positivos y negativos que van surgiendo. Identifique también problemas comunes entre mujeres y varones, y aquellos que son específicos de cada género. Pregúnteles qué sugerencias tienen para mejorar la atención en los casos en los que fue percibida negativamente. Registre los comentarios en una lámina del rotafolios. Reflexionen juntos acerca de las distintas respuestas al ejercicio.

EJERCICIO 2: HECHOS PARA LAS TARJETAS MNEMOTÉCNICAS

DESCRIPCIÓN

Esta actividad está concebida para suscitar algunas reflexiones rápidas, basadas en evidencias científicas, sobre la importancia de incorporar al género en el trabajo en salud. Es importante aclarar que los datos que se presentan en el ejercicio son de carácter universal, pero se recomienda la utilización de ejemplos basados en evidencias del ámbito regional o local.

OBJETIVO:

Reconocer la importancia de incorporar la perspectiva de género en las prácticas de salud

MATERIALES



- Tarjetas mnemotécnicas
- Marcadores

PROCESO RECOMENDADO

Utilizando las notas suministradas en la sección del manual dedicada a los materiales, prepare las tarjetas mnemotécnicas de “pregunta” y “respuesta” y guárdelas por separado. La palabra “pregunta” o “respuesta” deberá verse claramente en el reverso de cada tarjeta, mientras que los hechos reales estarán en el anverso de la misma.

Paso 1

Divida al grupo utilizando el método más simple, por ejemplo lado A y lado B. Coloque las tarjetas mnemotécnicas que dicen “pregunta” a un lado y las que dicen “respuesta” al otro (ello motivará a los/as participantes a levantarse y circular por la sala, facilitando el diálogo entre aquellos que no se conocen).

Paso 2

Pídales que tomen una tarjeta y la lean. Luego deberán cruzar al otro lado de la sala y encontrar la pregunta o la respuesta correspondiente. Una vez que han identificado a la persona que tiene la tarjeta que buscan, deberán dedicar unos minutos a conversar sobre la evidencia particular descrita en la tarjeta. Se les puede sugerir algunas preguntas para facilitar el debate: a) ¿Conocían este hecho desde antes?; b) A su modo de ver, ¿cuál sería la razón de que ello ocurriese?; c) ¿Piensan que podrían hacer algo en su trabajo para evitar que se produzcan hechos como éstos?

Paso 3



Luego de un breve debate en pares, solicite a cada miembro que exponga uno o dos puntos interesantes derivados de la conversación, de manera que no se altere el cronograma fijado para el módulo.

Paso 4

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN EL DEBATE

Concluya este ejercicio pidiéndoles que expliquen qué representaban los hechos analizados en la tarjeta mnemotécnica.

Registre los principales aportes de los/as participantes y complemente la discusión con los siguientes elementos para enriquecer el debate.



- Sugieren que las diferencias biológicas entre los varones y las mujeres no pueden explicar por sí solas las diferencias de morbilidad.
- Demuestran que diferentes circunstancias y normas que se aplican a mujeres y varones, pueden influir en los resultados de salud. Como trabajadores/as de salud pública, es muy importante prestarles atención.
- Indican que los problemas de salud que no guardan relación con la reproducción pueden afectar a las mujeres y a los varones de manera diferente.
- Las diferencias en los resultados de salud presentadas como parte de los hechos incluidos en las tarjetas mnemotécnicas pueden reducirse o prevenirse totalmente.

Este taller aborda tanto las causas de estas diferencias como las distintas maneras en que los/as trabajadores de salud pueden hacer algo respecto de ellas.

A medida que completan los módulos, los/as participantes deben mantener presente el hecho contenido en la tarjeta mnemotécnica a fin de poder descubrir las razones por las cuales existe esta diferencia en particular. En todos los módulos surgirán ejemplos clave que se relacionarán con los hechos presentados en las tarjetas para que los/as participantes los examinen más a fondo.

SECCIÓN 1.3: ANÁLISIS DE LOS FACTORES SOCIALES QUE ATRAVIESAN LA RELACIÓN ENTRE EL GÉNERO Y LA SALUD

ACTIVIDAD: “LA CAMINATA DE PODER”

DESCRIPCIÓN:

Es un hecho reconocido, que la posibilidad de acceder a recursos en materia de salud, de contar con la posibilidad de decidir en forma autónoma, de tomar decisiones informadas, está en relación con los recursos cognitivos, materiales y de poder a los que acceden las comunidades. En un mundo de inequidades crecientes estas diferencias se exteriorizan en el mayor acceso y goce de salud. El ejercicio trata de exponer, en forma de dramatización, que acontece cuando diferentes personas de una comunidad se exponen a decisiones sensibles a su salud y calidad de vida.

OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD

- Tener una mejor comprensión de los factores que contribuyen a la buena y a la mala salud.
- Analizar las formas en que el género interactúa con otros determinantes sociales para producir efectos sobre la salud y las oportunidades que tienen las mujeres y los varones de lograr mayor control de su propia salud.

MATERIALES

- Papeles o tarjetas con los roles asignados, para ser distribuidos al azar
- Preguntas para el facilitador en la “Caminata del Poder”
- Hoja de trabajo M1.3 preguntas para los/as observadores/as
- Hoja de trabajo M1.4: Los personajes de la “Caminata del Poder”
- Espacio físico grande (idealmente, al aire libre)
- Diapositiva M 1.8



PROCESO RECOMENDADO

Paso 1

Recorte del recurso herramientas los diferentes roles que aparece en el listado. A cada participante se le asigna de manera aleatoria una identidad que no deberá revelar a los demás. Dependiendo del número de participantes, el/la facilitador/a quizá quiera designar a dos o tres personas como “observadores/as” y colocarlos en puntos estratégicos para que anoten las reacciones de los/as participantes, (quién se mueve y quién no). Al finalizar la actividad, a los/as observadores/as se les pedirá que informen de sus observaciones al grupo. El resto del grupo deberá agruparse como si estuviesen por emprender una carrera, es decir, alineados y mirando hacia adelante. El/la facilitador/a empezará a leer en voz alta las preguntas de la lista, una por una. (Utilizando la siguiente herramienta de este ejercicio)



Los/as participantes deben pensar en silencio acerca de si pueden responder “sí” o “no” a la pregunta, dada su presunta identidad. Si la respuesta es “sí” dan un gran paso adelante; si es “no”, permanecen en el mismo lugar. Una respuesta indecisa debe interpretarse como un “no”. Los participantes que consideren que sus “personajes” podrían responder parcialmente que “sí” a la pregunta deben dar un paso pequeño hacia adelante. Cada pregunta equivale a un paso.

Paso 2

Al final de las preguntas todos/as tienen que quedarse en su sitio mientras cada uno le revela su identidad al otro. Pídale a los participantes que permanezcan en fila.

Paso 3

Ahora el/la facilitador/a deberá elegir y anotar un personaje de la parte delantera de la fila, uno de la parte de atrás y uno del medio. Más adelante, usará estos tres personajes como ejemplos para el debate y las actividades. La manera más fácil de elegirlos consiste en seleccionar primero a la persona que está más adelante y a la que está más atrás, y luego a una persona apropiada en el medio. Al seleccionar a los personajes procure lograr un equilibrio de sexos.



Paso 4

 Pida a los/as participantes que digan cómo se sintieron durante la actividad, y lo que, según ellos, revela el ejercicio. Comience con los que están adelante. Pregúnteles quiénes son y hable de por qué están adelante. Después de que el grupo haya hablado sobre la “parte delantera de la fila”, explique que éstas son a menudo los socios de la OPS-OMS o del Ministerio de Salud.

Pregunte a las personas que están en la parte delantera y media de la fila quiénes son. A menudo éstas tienden a ser organizaciones comunitarias y trabajadores/as (de salud y otros); a veces hay hasta enfermeros/as y otros/as profesionales de la salud (aunque suelen ser médicos/as). Destaque que éstos también son socios importantes de la OPS-OMS o del Ministerio de Salud y que con ellos debemos colaborar cuando queremos llegar a las personas que están en la parte de atrás de la fila. También exprese el deseo de que ellos puedan decir sí más a menudo a las afirmaciones de la “Caminata de Poder”. Pregunte a los/as participantes cuáles son, según ellos/as, las estrategias que podrían ayudar a lograrlo.

Por último, pregunte a las personas que están al final de la fila quiénes son. Pregunte cómo se sintieron cuando vieron avanzar al resto. Si nadie más lo dice, señale que las personas al final de la fila son, por lo general, los beneficiarios directos de los programas y políticas que elaboramos en colaboración con la OPS-OMS o el Ministerio de Salud, y que suelen ser las más difíciles de alcanzar. Estos son las mujeres y los varones cuya salud se supone que promovamos y protejamos. ¿Por qué están al final de la fila?

Paso 5

Coordine un debate sobre cómo llegar a las personas que están al final de la fila cuando van a las comunidades donde trabajan. Dado que las comunidades son muy heterogéneas, es importante hacer esfuerzos deliberados para llegar a los pobres y marginados y especialmente a los jóvenes y a los grupos de diferentes orígenes culturales o étnicos.

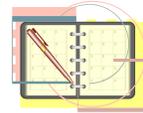


Haga hincapié en que el sexo, la edad, el grupo étnico, la orientación sexual y el lugar de residencia son todos factores con un importante efecto determinante sobre la salud y, cuando interactúan con las normas vigentes en torno al sexo, a menudo reducen la capacidad de los personajes (tanto mujeres como varones) para responder afirmativamente a las aseveraciones de la “Caminata de Poder” o para proteger su propia salud.

Recuerde a los participantes que es necesario trabajar con las personas del frente como también con las que están en la mitad de la fila.

Paso 6

Si ha asignado observadores/as, pídale que informen de sus observaciones durante todo el proceso de la “Caminata de Poder”. Con antelación hay que darles las siguientes preguntas contenidas en la hoja de trabajo M1.3



¿Qué notaron cuando las personas daban pasos hacia adelante o se quedaban en el mismo sitio?

¿Una vez que saben quién es quién, dónde están las mujeres y donde están los varones? ¿Qué notan acerca de este modelo?

Según ellos/as, ¿quiénes están empoderados y quiénes no lo están?

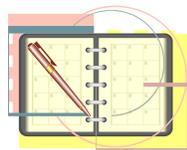
Formule observaciones sobre la información que dan los/as observadores/as y recalque que los que están en la parte de atrás de la fila reflejan la manera en que el género interactúa con otros factores sociales que tienen carácter determinante. Utilice ejemplos de personajes concretos para reforzar este punto.

Paso 7

Pregunte qué nos dice el resultado de la “Caminata de Poder” acerca de la manera en la que debemos formular programas y políticas de salud. Pregunte qué aptitudes necesitan las diferentes personas para participar eficazmente o escuchar a otros en el proceso de programar o formular las políticas de salud. Póngase de acuerdo con los/as participantes acerca de los diferentes grupos que deben consultarse e incluirse cuando se formulan programas o políticas de salud.



Paso 8



Una vez que todos los/as participantes estén reunidos de nuevo en la sala del taller, pídale que consulten la hoja de trabajo M1.4. Dígales cuáles son los tres personajes que seleccionó y anotó al final de la “Caminata de Poder”. Explique que su selección está relacionada con el acceso a varios tipos de recursos.

Elija tres de las afirmaciones que usted presentó durante la “Caminata de Poder”. Trate de elegir las afirmaciones que exigen que los personajes tengan acceso a la mayor diversidad de recursos posible para poder dar un paso hacia adelante. (Si tiene dificultades para elegir tres afirmaciones, sugerimos que suministre a los participantes las afirmaciones 7, 10 y 19, ya que éstas ilustran la necesidad de una amplia variedad de recursos y no sólo de recursos financieros.)

Diga a los/as participantes cuáles son las tres afirmaciones que eligió. Pídale que piensen en los recursos que necesitarán los personajes para poder decir sí a cada afirmación y de ese modo poder dar un paso hacia adelante. Señale que éste es un ejercicio individual. Advierta al grupo que las dos columnas en el lado derecho de la hoja de trabajo M1.4 **no deben llenarse ahora**, ya que usted regresará a esta discusión en el Módulo 2. Recuérdeles que esto también significa que deben guardar la hoja de trabajo y traerla consigo para el Módulo 2.

Paso 9

Haga un resumen de cierre leyendo el contenido de la siguiente



diapositiva: M 1.8

Resumen

- La sola existencia de servicios de salud (independientemente de su calidad) no garantiza el acceso adecuado y eficaz a ellos, ni tampoco que se utilicen. Su identidad y las condiciones de su vida determinan si puede interactuar o no con el sistema de salud y cómo éste lo tratará.
- Más aun, ciertas condiciones en su vida pueden redundar en menos apoyo social para hacer frente a las enfermedades, o menos poder para tomar decisiones relativas a su propio cuerpo. Todos estos aspectos se ponen de manifiesto cuando prestamos atención al género.
- La caminata de poder no sólo les permite a las personas identificar a los grupos marginados y formular una estrategia para incluirlos en el proceso, sino que además muestra claramente la estructura de poder de la comunidad. El tema del análisis de la función y los modelos se examinará después.

Diapositiva M 1.8

TRANSICIÓN AL MÓDULO 2



Esta actividad consiste en una síntesis de los temas y debates desarrollados en el Módulo 1. Para ello, uno/a de los/as facilitadores/as rescatará los elementos más relevantes elaborados por grupo a partir de las presentaciones. Esta actividad debe planificarse con antelación y debe incluir los aportes y cuestionamientos de los participantes.

Para esto el/la facilitador/a debe estar preparado/a para evaluar el grado de apropiación de los conceptos presentados en el Módulo 1 y desarrollar estrategias didácticas para superar las posibles brechas en la comprensión. Una vez que estos ejes son identificados, pueden ser volcados en diapositivas que servirán como “disparadoras” de la actividad de inicio y facilitadoras para la transición al módulo siguiente.

En total, la actividad no debe extenderse más de 20 minutos. En síntesis, se trata de una apertura con un espacio de discusión con los/as participantes y favorecer un clima de diálogo para el módulo que se inicia.



REFERENCIAS

Abdool, S. (1998). Unravelling Feminist Theories of Development: A Post-Modern Approach to Women and Development Theory. Master's Thesis. London, Ontario: University of Western Ontario.

Ballantyne, P. J. (1999). The social determinants of health: a contribution to the analysis of gender differences in health and illness. *Scandinavian Journal of Public Health*, 27: 290-5.

Bannon, I. & Correia, M.C. (2006). *The Other Half of Gender: Men's issues in Development*. Washington, D.C.: World Bank.

Commission on Social Determinants of Health Secretariat. (2005). *Towards a Conceptual Framework for Analysis and Action on the Social Determinants of Health: Discussion Paper for the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.

Cooper, H. (2002). Investigating socio-economic explanations for gender and ethnic inequalities in health. *Social Science & Medicine*, 54: 693-706.

Denton, M. and V. Walters. (1999). Gender differences in structural and behavioural determinants of health: an analysis of the social production of health. *Social Science & Medicine*, 48: 1221-35.

Department of Gender and Women's Health (GWH), WHO. (2002). *Gender and Blindness*. Geneva: World Health Organization.

Department of Gender and Women's Health (GWH), WHO. (2002). *Gender and Road Traffic Injuries*. Geneva: World Health Organization.

Department of Gender and Women's Health (GWH), WHO. (2003). 'En-gendering' the Millennium development Goals (MDGs) on Health. Geneva: World Health Organization.

Department of Gender and Women's Health (GWH), WHO. (2003). *Gender and HIV/AIDS*. Geneva: World Health Organization.

Department of Gender Women and Health (GWH), WHO. (2005). *Gender in Lung Cancer and Smoking Research*. Gender and Health Research Series. Geneva: WHO.

Department of Gender Women and Health (GWH), WHO. (2005). *Gender in Tuberculosis Research*. Gender and Health Research Series. Geneva: World Health Organization.

Department of Gender Women and Health (GWH), WHO. (2006). *Engaging Men and Boys to Transform Gender-Based Health Inequities: Is there Evidence of Impact? Draft Document, not to be cited or circulated*. Geneva: World Health Organization.

Department of Gender, Women and Health (GWH), WHO. (2005). *Gender equality, women and health*. Discussion paper submitted to Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization.

Division for the Advancement of Women (DAW). (1995). *Beijing Platform for Action*.

Division for the Advancement of Women. Department of Economic and Social Affairs. United Nations. Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women. Text of the Convention. (<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/cedaw.htm>, accessed 25 October 2006).

Economic Commission for Latin America and the Caribbean, (ECLAC). United Nations. (2004) Report on the Technical Meeting on the Mainstreaming of the Gender Perspective in Poverty Measurement. La Paz: United Nations.

Eurostep and Social Watch. (2005). Accountability Upside Down. Gender Equality in a Partnership for Poverty Eradication. Brussels: Eurostep and Social Watch.

García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C., (2005). WHO Multi-country Study on women's Health and Domestic Violence against Women. Geneva: World Health Organization.

Gender and development Programme. United Nations Development Programme. (2000). Learning and Information Pack. Gender Mainstreaming. New York: United Nations Development Programme.

Grown, C., Gupta, G.R. & A. Kes. (2005). Taking Action: Achieving gender equality and empowering women. UN Millennium Project, Task Force on Education and Gender Equality. London: Earthscan.

Health Canada. (1999). Health Canada's Women's Health Strategy. Ottawa: Health Canada.; Health Canada. (2000).

Health Canada. (2003). Exploring Concepts of Gender and Health. Ottawa: Health Canada.

Health Canada's Gender-Based Policy. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services Canada.

Kabeer, N. (2003). Gender Mainstreaming in Poverty Eradication and the Millennium Development: A Handbook for Policy Makers and other Stakeholders. Ottawa: Commonwealth Secretariat/IDRC/CIDA.

Kanji, N. (2003). Mind the Gap. Mainstreaming Gender and Participation in Development. London: International Institute for Environment and Development (IIED) and the Institute of Development Studies.

Messing, K. & Östlin, P. Gender Equality, Work and Health: A Review of the Evidence. Geneva: World Health Organization.

Moser, C. (1993). Gender Planning and Development: Theory, practice and training. London and New York: Routledge.

Norwegian Agency for Development Cooperation, (NORAD). (1999). Handbook in Gender and Empowerment Assessment. Norway: NORAD.

Pan American Health Organization. (2005). Gender Equality Policy. Washington D.C.: PAHO.

Population Reference Bureau, Interagency Gender Working Group (IGWG). (2004). The 'So what?' Report: A look at Whether Integrating a Gender Focus Into Programmes Makes a Difference to Outcomes. Washington D.C.: Interagency Gender Working Group.

Regional Office for the Eastern Mediterranean, World Health Organization (WHO). (In progress). EMRO Gender Policy. Integrating Gender Perspectives in the Work of EMRO. [Internal unpublished document]. Cairo: World Health Organization (EMRO).

SAHAJ, SAHAYOG, TATHAPI. (2005). Working with Men on Gender, violence, Sexuality and Health [English version]. Vadodara, India: SAHAJ

Siwal, B. R. (2005). *Basic Framework and Strategy for Gender Mainstreaming*. New Delhi: NIPCCD.

Status of Women Canada. (1996). *Gender-Based Analysis. A Guide for Policy-Making*. Ottawa: Status of Women Canada.

Inter-American Development Bank, Sustainable Development Bank. (2003). *Gender Mainstreaming at the IDB. A report to the Board of Executive Directors on the implementation of the WID Action Plan 1998-2001*. Washington, D.C.: IADB.

Inter-American Development Bank, Sustainable Development Department, Women in Development Unit. (2003). *IDB Gender Mainstreaming Action Plan*. Washington, D.C.: IADB.

The Women's Foundation. (2001). *Nearly a Failing Grade: A Report Card on the Health Status of Women and Girls in California*. San Francisco: The Women's Foundation.

UNDP (Regional Bureau for Europe and CIS). (2005). *Gender Mainstreaming in Practice: A Handbook*. Regional Gender Programme of the United Nations Development Programme's Regional Bureau for Europe and the CIS (UNDP RBEC). Bratislava: Astrida Neimanis.

UNIFEM. (2000). *Progress of the World's Women 2000: UNIFEM Biennial Report*. New York: UNIFEM.

UNIFEM. (2003). *United Nations Development Fund for Women Multi-year funding framework, 2004-2007*. DP/2004/5. Executive Board of the United Nations Development Programme and of the United Nations Population Fund. First Regular session 2004.

UNIFEM. (2003). *Working for Women's Empowerment and Gender Equality: UNIFEM's Programmes and Priorities—At a glance*. New York: UNIFEM.

United Nations Development Programme, (UNDP). (2006). *Evaluation of Gender Mainstreaming in UNDP*. New York: United Nations Development Programme.

United Nations. (1996). *ECOSOC Resolution 1996/6 Follow-up to the Fourth World Conference on Women*.

United Nations. (1997). *ECOSOC Resolution 1997/17 Agreed Conclusions of the Commission on the Status of Women on the critical areas of concern identified in the Beijing Platform for Action*.

United Nations. (2000). *General Assembly Resolution 55/2. United Nations Millennium Declaration*.

United Nations. (2000). *Report of the Ad Hoc Committee of the Whole of the twenty-third special session of the General Assembly ("Beijing +5 Document")*.

United Nations. (2000). *Security Council Resolution 1325*.

Women's Environment and Development Organization. (2004). *Women's Empowerment, Gender Equality and the Millennium Development Goals*. New York: WEDO.

World Health Organization. (2006). *Engaging for Health: Eleventh General Programme of Work 2006-2015. A Global Health Agenda*. Geneva: WHO.

World Health Organization. (2004). *Ensuring Equitable Access to Antiretroviral Treatment for Women*. WHO/UNAIDS Policy Statement. Geneva: WHO.

World Health Organization (2005). *Integrating Gender Perspectives in the Work of WHO*. WHO Gender Policy. Geneva: WHO.

World Health Organization (2006). Gender, Health and Malaria. Geneva: WHO.

Women's Commission for Refugee Women and Children. (2006). Moving Up the Food Chain: Lessons From Gender Mainstreaming at the World Food Programme. New York: Women's Commission for Refugee Women and Children.

World Bank. (2002). Integrating Gender into the World Bank's Work: A Strategy for Action. Washington, D.C.

World Bank. (2005). Integrating Gender in World Bank Assistance. Washington, D.C.

World Bank. (2006). The Other Half of Gender: Men's issues in Development. Washington, DC.