

**MINISTERIO DE SALUD  
INSTITUTO NACIONAL DE LAS MUJERES  
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD**

**ABG  
“Análisis Basado en Género: Una herramienta metodológica  
para la planificación en salud”**



San José, 2004

614.082

C8375a Costa Rica. Ministerio de Salud

Análisis basado en género: una herramienta metodológica para la planificación en salud. / Rojas Espinoza, Marielos; Balmaceda, Gretel; Rojas Chavarría, Ana. --San José, Costa Rica: M.S, 2004.  
24 p.; 27x21 cm.

ISBN

1. Salud Pública. 2. Planificación en Salud. 3. Género. 4. Costa Rica.

I. Rojas Espinoza, Marielos. II. Balmaceda, Gretel. III. Rojas Chavarría, Ana. IV.  
Título.

## **Coordinación General**

Programa Mujer, Salud y Desarrollo de la Organización  
Panamericana de la Salud (OPS)\*

Ana Rojas  
Área Gestión de Políticas Públicas para la Equidad de Género  
Instituto Nacional de las Mujeres

Zully Moreno  
Coordinadora Comisión Técnica Interinstitucional  
Hospital de las Mujeres

Luis Ledesma  
Miembro Comisión Técnica Interinstitucional  
Hospital de las Mujeres

## **Proceso de Investigación**

Soledad Díaz  
Borrador Inicial

## **Reformulación, - Edición – Organización Modular:**

Marielos Rojas, Dirección Desarrollo de la Salud, Ministerio de Salud  
Gretel Balmaceda, Área Rectora; Belén Flores, Ministerio de Salud  
Ana Rojas, Gestión de Políticas Públicas, INAMU

## **Revisión Filológica**

Gladys López Avendaño

## **Mediación Pedagógica**

Fernando Herrera Canales, Dirección de Desarrollo de la Salud, Ministerio de Salud

## **Diseño de portada y Diagramación**

---

\* Florencia Castellanos Braña, responsable del proceso 2001-2002.

## **VALIDACIÓN**

Personal Técnico y Administrativo del Hospital de las Mujeres  
Personal Técnico de la Clínica de Acosta  
Personal Técnico de la Clínica Carlos Durán  
Personal Técnico de la Clínica Dr. Marcial Fallas  
Personal Técnico del Área de Salud 3 de Desamparados  
Personal de la Clínica Mercedes Chacón Porras de Aserri

## **AGRADECIMIENTOS ESPECIALES**

- A participantes del Taller sobre Metodología para el Análisis Basado en Género realizado en el Colegio de Médicos, en febrero del 2001, quienes con sus valiosos aportes retroalimentaron el presente documento. (anexo 1)
  
- Se agradece, de manera especial, el apoyo técnico y financiero recibido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) Costa Rica-Canadá; así como a Health Canadá, por compartir sus experiencias y conocimientos sobre la transversalización de la perspectiva de género, en el quehacer de las Instituciones de salud.
- Al Fondo de Población de las Naciones Unidas por brindar el apoyo financiero y hacer posible esta publicación

## PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de las Mujeres y la Caja Costarricense de Seguro Social, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, se complacen en presentar el documento:

“Análisis Basado en Género: Una herramienta metodológica para la planificación en salud”.

Este documento tiene como propósito llenar un vacío en la formación del Recurso Humano en Salud, sobre el enfoque de género y su aplicabilidad para el análisis de políticas, programas y proyectos, así como en la direccionalidad y administración de los servicios. Constituye una guía pedagógica de gran valor, para desarrollar procesos de capacitación orientados a fortalecer las capacidades y habilidades de los y las funcionarias públicas; así como para mejorar las respuestas de nuestras instituciones a los problemas y necesidades de salud de las personas, tomando en consideración sus diversidades. Esta guía se sustenta en el marco de referencia que plantea la salud como una construcción social y tiene como objetivo visibilizar lo relativo a la condición de género de hombres y mujeres, como parte de los determinantes sociales de la salud.

Al pasar por cada uno de los módulos, los y las participantes podrán experimentar cambios en las maneras de comprensión, apropiación y aprehensión de la realidad, no sólo desde la perspectiva individual sino también social, de tal manera que las herramientas adquiridas puedan reflejarse en sus propuestas laborales futuras.

El Análisis Basado en Género (ABG) es una herramienta metodológica que permite identificar aquellas barreras de género, o sesgos de género, presentes en las diferentes dimensiones de la vida, ya sea en el mundo persona o en la vida familiar, laboral y comunitaria.

Si aplicamos el ABG a las políticas, programas y proyectos podemos llegar a de construir cómo afectan los sesgos de género la situación de salud individual y colectiva de hombres y mujeres, así como también permite determinar cómo la condición de género, en cada persona, interviene en el proceso salud-enfermedad-muerte.

La condición de género se edifica socialmente a través de los procesos de construcción de la identidad femenina y masculina, mediante la división sexual del trabajo y las relaciones de poder establecidas en la sociedad. Todo ello se entrecruza, para establecer una determinada condición de vida y las formas específicas para enfrentarla.

Desde el enfoque de género se parte de que las políticas de salud -y las políticas en general- afectan diferencialmente a hombres, mujeres, niños/ as, personas adolescentes, adultas mayores y personas con discapacidad. Ello conduce a establecer que, tanto el resultado como los beneficios de las políticas, no son neutrales.

La aplicación del ABG es un recurso útil, que promueve acciones estratégicas orientadas a revisar y adecuar algunos de nuestros instrumentos de trabajo, como son: leyes, normas, reglamentos, protocolos de atención e investigación; la manera en que se recolecta, procesa y analiza la información; la producción de estadísticas diferenciadas por sexo y el diseño de indicadores nuevos, que reflejen las condiciones de salud de hombres y mujeres. Con este recurso, iremos mejorando los criterios para discernir cuándo y cómo la condición de género podría ser relevante o determinante, en la formulación de políticas y programas de salud. De ahí que esperamos que uno de los principales resultados derivados de la aplicación de estos módulos de capacitación, sea impactar en las dimensiones conceptuales, actitudinales y

operativas, de quienes tienen en sus manos la responsabilidad de brindar atención en salud y de contribuir en la formulación de políticas públicas.

Estamos conscientes de que aumentar la sensibilidad a la condición de género de las personas, en todos sus ciclos de vida, mejorará las prácticas cotidianas de trabajo y la interacción con los y las usuarias de los servicios de salud. Así, esperamos que esta capacitación redunde en la integración de una nueva mirada de la realidad, la cual, necesariamente, va a incidir en la forma en que se diseñen los planes anuales operativos y los presupuestos institucionales; además, permitirá promover la equidad de género al interior y exterior de las instituciones de salud. Sin temor a equivocarnos, podemos afirmar que el ABG es una herramienta útil para la planificación institucional y la orientación de la gestión de los servicios.

Ponemos en conocimiento de ustedes este material, con el firme convencimiento de que estamos haciendo eco de las nuevas tendencias, en materia de Desarrollo del Recurso Humano; en el entendido de que es nuestro principal capital social y que, en esa medida, debe contar con los elementos conceptuales e instrumentales necesarios para ampliar sus horizontes, tanto técnicos como espirituales.

Dejamos en sus manos una herramienta de trabajo que viene a sumarse a los esfuerzos que realizamos por mejorar nuestro compromiso, en la ardua tarea de transversar el enfoque de género en el quehacer de las instituciones públicas. De esta manera, nos comprometemos a allanar los caminos para que se dé en la práctica una mayor conciencia de género para que en un futuro no muy lejano, se materialice en el desarrollo de servicios de salud género sensitivos.

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal  
Ministra de Salud  
Ministerio de Salud

Licda. Georgina Vargas Pagán  
Ministra de la Condición de la Mujer

Dr. Alberto Sáenz Pacheco  
Presidente Ejecutivo  
Caja Costarricense de Seguro Social

## **CONTENIDO**

### **PRESENTACIÓN**

#### **I. INTRODUCCIÓN**

#### **II. JUSTIFICACIÓN**

#### **III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA**

#### **IV. DESARROLLO DE LOS MODULOS**

##### **MODULO NO.1                      Conozcamos y apropiémonos de la Metodología Participativa y el Análisis Basado en Género**

- ¿Quiénes somos?
- Acerquémonos a la metodología participativa.
- Ahora sí...a lo que vinimos: Metodología “Análisis Basado en Género” (ABG) .

##### **MODULO NO. 2                      Ahondar en los mandatos identitarios para promover relaciones de género equitativas**

- Ahondando en nuestro pasado y presente
- Deconstruyendo y construyendo nuestras identidades
- Reconozcamos las relaciones de poder entre hombres y mujeres
- Propiciando el cambio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres

##### **MODULO NO. 3                      ¡Construyamos conjuntamente la salud con perspectiva de género!**

- Construcción de la salud con perspectiva de género.

##### **MODULO NO. 4                      ¡Viendo el futuro!**

- Aplicando el ABG: Formulemos nuestro Plan de Acción

### **Bibliografía Consultada**

## I. INTRODUCCIÓN

En el año 1999, se articulan diversos intereses y esfuerzos institucionales interesados en mejorar la calidad de los servicios de salud y la gestión de los mismos<sup>1</sup>. Para alcanzar dicho objetivo se elabora un proyecto denominado “Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres”, el mismo se desarrolla, como una experiencia demostrativa, en el Hospital de las Mujeres, en algunos establecimientos de salud y con grupos de mujeres de las comunidades de la zona de atracción del Hospital.

En el marco de este proyecto, el componente de capacitación se erige como un eje de trabajo sustantivo. Es un punto de partida que propicia el espacio colectivo de construcción de conocimientos sobre el enfoque de género, el cual es fundamental para desencadenar un proceso de reflexión y análisis sobre el actual modelo de atención de salud; y reorientar, así, la discusión hacia la promoción de un enfoque de atención integral, con perspectiva de género.

Por ello, desde el año 2001, se ha capacitado a un importante número de funcionarios y funcionarias de salud y de otras instituciones vinculadas a este campo, así como también a mujeres de las comunidades. Este proceso de capacitación surge sobre la base de algunos lineamientos estratégicos, como los siguientes:

- 1. La aplicación de la metodología del ABG en las políticas públicas, programas y proyectos.**
- 2. El diseño de programas y proyectos con enfoque de género.**
- 3. La construcción de alianzas estratégicas, para apoyar servicios centrados en las mujeres.**
- 4. El cambio en la cultura institucional, para desarrollar servicios género - sensitivos.**
- 5. La creación de una cultura de investigación sobre la salud de las mujeres.**

El objetivo fundamental fue capacitar para la promoción de un cambio en los paradigmas tradicionales enfocar el proceso de desarrollo, gestión y atención de la salud.

El presente documento se convierte en una herramienta metodológica para continuar y fortalecer los procesos de cambio institucional, desde una perspectiva de género. El mismo se alimenta de diferentes fuentes, entre ellas, la experiencia desarrollada por Health Canadá, quienes elaboraron un manual sobre ABG<sup>2</sup> y facilitaron un proceso de cooperación técnica con Costa Rica, para la capacitación en género y salud. También toma en consideración la experiencia de réplica realizada por los y las participantes, del taller realizado por las facilitadoras canadienses en el 2001; que se desarrolló en los propios espacios laborales de los y las participantes<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup>Se firmó un Convenio de Cooperación Interinstitucional entre el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Instituto Nacional de las Mujeres, en agosto de 1999.

<sup>2</sup>Trabajo desarrollado por Health Canada’s GBA Initiative del Women’s Health Bureau, quienes, en noviembre del 2000, elaboraron el manual: “Moviéndonos hacia la igualdad: mejorando la salud para toda las personas. Reconociendo y eliminando los sesgos de género en salud”. (traducción libre). Así como también de los conocimientos impartidos por las mismas expertas canadienses, quienes desarrollaron la capacitación sobre la metodología del Análisis Basado en Género (ABG) en el 2001.

<sup>3</sup> A los y las participantes se les denominó GRUPO MULTIPLICADOR. Este grupo estuvo compuesto por representantes *de las clínicas*: Carlos Durán, Marcial Fallas, Mercedes Chacón de Aserrí, *Clínica de Acosta* y el Hospital de las Mujeres. Cada representante tuvo la responsabilidad de replicar la metodología del Análisis Basado

Los módulos que se presentan vienen a darle continuidad a este proceso de capacitación y a reforzar aquellos elementos sustantivos del modelo de atención integral de la salud de las mujeres, que aluden a: **centrar a éstas como sujetas de atención de la salud; propiciar, entre ellas, la capacidad de autonomía y autodeterminación en aspectos relacionados con su salud y garantizar la toma de decisiones informadas; fortalecer la integralidad de la atención convocando a un trabajo en equipo interdisciplinario, interinstitucional e intersectorial, dado que, con la integralidad de la atención, se promueven relaciones más horizontales y se contribuye con el crecimiento personal y colectivo del equipo.**

## **ORGANIZACIÓN DEL DOCUMENTO**

El presente documento consta de seis módulos, con una secuencia lógica entre sí, para favorecer el proceso de inter-aprendizaje. Asimismo, se ha incluido con mayor detalle el significado de conceptos claves relacionados con el análisis de situaciones de salud, desde un enfoque de género.

Cada uno de estos módulos está diseñado en forma concatenada; de manera tal que conducen a una discusión sobre la importancia de nuestras prácticas cotidianas institucionales, partiendo de una revisión, desde lo personal, para llegar a la comprensión de qué nuestras percepciones, mitos y creencias están presentes en ellas.

Los módulos se denominaron de la siguiente manera:

### **MODULO NO.1      Conozcamos y apropiémonos de la Metodología Participativa y el Análisis Basado en Género**

- ¿Quiénes somos?
- Acerquémonos a la metodología participativa.
- Ahora sí...a lo que vinimos: Metodología “Análisis Basado en Género” (ABG).

En este módulo, el/la facilitadora introduce a los y las participantes en la metodología y la temática a abordar. También crea las condiciones favorables para el desarrollo del proceso que se inicia a partir del mismo y permite la introducción de la temática sobre la metodología del Análisis Basado en Género.

### **MODULO NO. 2      Ahondar en los mandatos identitarios para promover relaciones de género equitativas**

- Ahondando en nuestro pasado y presente
- Deconstruyendo y construyendo nuestras identidades
- Reconozcamos las relaciones de poder entre hombres y mujeres
- Propiciando el cambio en las relaciones de poder entre hombres y mujeres

---

en Género, según el respectivo establecimiento de salud. Las vivencias de estos talleres son retomadas como insumos en el presente manual.

En este módulo, mediante un conjunto de actividades, se induce a cada persona a dar una mirada hacia lo interno de sí mismas para obtener una reflexión profunda, sobre lo que “somos”, “hacemos” y los modelos utilizados en la construcción de la identidad. Se ahonda sobre cómo nos relacionamos con otras personas, cómo hacemos uso del poder y nos sentimos con esta definición, cuáles son nuestras percepciones y valoraciones hacia los hombres y las mujeres en todos sus ciclos de vida y diversidades. Se analiza, además cómo ello nos limita, o nos enriquece al desempeñar nuestras funciones; y, en especial nos permite identificar desde dónde nos posicionamos -en términos de los poderes- para interactuar con las y los usuarios de los servicios de salud. Esta discusión se organiza alrededor de los procesos de construcción identitaria. También permite a los y las participantes hacer una lectura, desde su cotidianidad, de los sesgos de género; se constituye en un proceso de revisión y análisis de situaciones vinculadas con la realidad, en la cual se aplicaría la metodología de Análisis Basado en Género identificando los sesgos. Ello con el propósito de que los y las participantes puedan, en un futuro, redireccionar diversas acciones en curso o elaborar nuevas, integrando la visión género sensitiva.

### **MODULO NO. 3**

### **¡Construyamos conjuntamente la salud con perspectiva de género!**

- Construcción de la salud con perspectiva de género.

A través de este módulo se establece un análisis de la concepción de salud, que se maneja por parte de las y los proveedores y usuarias/os; para ello se aplica un conjunto de actividades orientadas a realizar procesos de deconstrucción y construcción de esa concepción de salud; la cual, se espera, sea enriquecida y fortalecida, una vez apropiada la visión de género.

## **MODULO NO.4**

### **Viendo el futuro**

- Aplicando el ABG: formulemos nuestro Plan de Acción

En este módulo se aplican los conocimientos aprehendidos a través del diseño de una propuesta de trabajo, en un ámbito de salud específico, según sea la prioridad establecida por los y las participantes, contextualizando según el nivel de gestión de salud.

Finalmente, se presenta la bibliografía consultada.

## II. JUSTIFICACIÓN

La atención integral a la salud de las personas se construye, es un *continuum* y los procesos inherentes a ésta, como la salud y la enfermedad, son procesos sociales determinados, a la vez, por otros *de orden biológico* y psicológico, que significan el deterioro o eliminación de las capacidades de desarrollo físico y mental. Todo ello puede conducir a la aparición de molestias, enfermedades, muerte, o al desgaste y envejecimiento prematuro del cuerpo.

En el caso de las mujeres, los procesos de salud toman algunas particularidades, por la cuestión de que el género evidencia aspectos diferenciales importantes, en la expresión de su salud. Tal como lo muestran algunas estadísticas, ellas viven en condiciones menos favorables que los hombres y se ven expuestas a mayores cargas de trabajo (trabajo reproductivo, productivo y comunitario), lo cual se expresa en un mayor desgaste físico y emocional a lo largo de toda la vida.<sup>4</sup>

Asimismo, la reproducción, la sexualidad y la salud en general, han estado influenciadas por el paradigma biologista. Este constituye un dispositivo de poder que impone un determinismo en el abordaje y solución a los problemas de salud, con una marcada tendencia a la dicotomización entre los procesos biológicos y los sociales. Desde este enfoque, el cuerpo aparece como un espacio neutral<sup>5</sup>, no mediado por los procesos sociales.

Una de las principales características que muestran las mujeres es que, a menudo, postergan el cuidado de su propia salud. Esta práctica tiene consecuencias negativas en el bienestar de la persona y, con seguridad, adquiere su mayor grado de expresión en las edades maduras.

Las áreas específicas de la salud de las mujeres, como salud sexual, salud reproductiva, salud mental, entre otras, debieran ser abordadas con la participación de ellas mismas, promoviendo su autodeterminación y autogestión; recuperando sus saberes, experiencias vitales, su propio decir, para una toma de decisión informada, que les permita una vida placentera y autónoma.

Desde los eventos internacionales promovidos por las Naciones Unidas, como la Conferencia Internacional de la Mujer de Beijing, en 1995, se pueden recuperar las propuestas de las mujeres para la promoción de un cambio de enfoque, que impacte en las tradicionales políticas de salud y desarrollo, que se han centrado con mayor interés en su rol reproductivo. El cambio de enfoque que se propone sea considerado por los estados y gobiernos, es la adopción de una perspectiva de género, que ponga en evidencia las desigualdades; así como la adopción de medidas temporales que subsanen dichas diferencias, lo que se conoce dentro de la teoría de género como una acción afirmativa.

El presente documento tiene como propósito facilitar procesos de reflexión y análisis individual y colectivo, sobre la importancia de reconocer los sesgos de género en el diseño, implementación y evaluación de políticas, programas y proyectos en el modelo de atención integral de la salud, a fin de modificarlos.

Estos módulos están dirigidos al personal de salud que integra los Equipos de Apoyo de las Áreas de Salud establecidas en el país. Se considera que este grupo cumple una función

---

<sup>4</sup> Para ampliar consulte el Proyecto: “Estado de la Nación en Desarrollo Humano”, No.7.

<sup>5</sup> INAMU, CCSS, MS. Modelo de Atención Integral a la Salud de las Mujeres: Una propuesta para su construcción. San José, C.R.: INAMU, CCSS, MS, 2000.

estratégica en el marco del desarrollo y planificación de los servicios de atención a las personas y, en particular, tiene la responsabilidad de orientar el quehacer en el nivel local, lo cual le permite tener una cobertura importante, así como influir en la toma de decisiones del Área de Salud.

Asimismo, estos módulos pueden ser de utilidad para aquellos/as profesionales que quieran aplicar e introducir los aspectos de género y otros enfoques humanistas en el análisis de programas, proyectos y acciones en salud; como una herramienta de apoyo para que, al capacitarse, cuenten con este recurso en el momento de diseñar sus acciones de multiplicación del enfoque.

La implementación del conjunto de los módulos constituye la estructura del curso sobre Análisis Basado en Género. Se espera que, al finalizar el curso, se haya alcanzado lo siguiente:

- Promovido un proceso de sensibilización en el personal de salud, con relación a la perspectiva de género.
- Contribuido con un proceso de formación y construcción de herramientas metodológicas en el personal de salud, que les posibilite desarrollar el **Análisis Basado en Género**.
- Comprendida la aplicación del **Análisis Basado en Género** de acuerdo con las particularidades culturales del país y de la población con la que se está más relacionado/a.
- Fortalecido un lenguaje común correspondiente con los principios de género y del **Análisis Basado en Género**.
- Acercado al personal de salud en la relación teoría-práctica-teoría, desde una perspectiva de género.
- Facilitado que las/os participantes del proceso puedan involucrar a otras/os funcionarias/os en la discusión sobre el enfoque de género y el **Análisis Basado en Género**, así como, constituirse en agentes multiplicadores.
- Promovido una actitud reflexiva con respecto a la condición de género de hombres y mujeres y su incidencia en la salud.

#### IV. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Los módulos propuestos se desarrollan desde el enfoque de interaprendizaje; que consiste en llevar a cabo un proceso de construcción y deconstrucción del conocimiento, a partir de la lectura de una realidad concreta, donde se facilita que las/os participantes compartan vivencias, expectativas, creencias, sueños, esperanzas, prácticas, entre otros, vinculando los enfoques de Derechos Humanos, de Género y Generacional<sup>6</sup>.

Al tener claridad de que el conocimiento tiene carácter dinámico y que se construye y se desconstruye, individual y colectivamente, se deben brindar las condiciones que coadyuven a dicho proceso. Por ello es pertinente propiciar un ambiente de confianza, generador de espacios de participación activa, de expresión creativa y de socialización de las experiencias.

Lo anterior promueve generar procesos de conocimiento desde las prácticas sociales, así como visualizar la importancia de los cambios desde las vivencias individuales y colectivas.

Es, en ese sentido, que el diseño y construcción de los módulos se asentó sobre las bases de una metodología participativa, con el concurso de diversos actores sociales, lo que se puede ver, de manera resumida, en los siguientes elementos que fueron aportados y recopilados para elaborar este documento:

- Un primer insumo fue aportado por el grupo que se capacitó con las expertas canadienses anteriormente mencionadas, denominado Grupo Multiplicador (GM). La participación del GM se dio en dos momentos: Inicialmente, como informantes claves en relación con su experiencia, según el caso; como proveedores de salud y como usuarios/as del sistema de salud. Y, en un segundo momento, cuando se validó una primera versión del actual manual del ABG.
- Las memorias de los talleres de réplica realizados por el GM, en las diferentes áreas de salud. Dichos talleres permitieron desarrollar el ejercicio de transmitir los conocimientos aprehendidos y la socialización de la información recibida. La revisión de estas memorias fue importante, sobre todo, para conocer cuáles son las herramientas de tipo metodológico, necesarias, para el personal de salud.
- Memoria del taller “Reflexiones en torno de la construcción del modelo de atención integral de la salud de las mujeres”, con el propósito de rescatar

---

<sup>6</sup> Enfoque de *derechos humanos*: Tiene como punto de partida los intereses y necesidades de las personas. Estas son el eje desde donde se define la oferta de servicios, lo que hace que se les coloque en el centro de la atención. Desde esta lógica, se abre un espectro nuevo de gestión pública que ha obligado a repensar la cultura tradicional (valores y principios) y la práctica institucional (tipo de servicios ofrecidos). Enfoque de *género*: Desde una perspectiva relacional establece la posición y condición que tienen hombres y mujeres, en la sociedad. Proporciona las herramientas metodológicas necesarias, para adquirir una nueva mirada de la realidad social (cambio de paradigma). Desde una visión histórica la teoría de género permite develar la discriminación y subordinación que se ha producido hacia las mujeres a lo largo de los distintos períodos de la humanidad. Este enfoque pone énfasis en que la situación que viven las mujeres es producto de relaciones de poder desiguales en donde estas adquieren el papel subordinado. El enfoque *generacional*: reconoce en niños/as y adolescentes a sujeto/as activo/as que están en capacidad de establecer relaciones reflexivas –acordes con su ciclo de vida- con las personas adultas (...) son personas diferentes que experimentan necesidades singulares (UNICEF. Estado de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia en Costa Rica. 1ª. ed. San José, C.R.: UNICEF, UCR, 2000.p.19).

algunos elementos teóricos –conceptuales allí tratados y algunas experiencias, historias y saberes compartidos por los y las participantes. Este taller se realizó para el GM con la intención de continuar el proceso de sensibilización, reflexión y capacitación iniciado con antelación por las facilitadoras canadienses. Los objetivos en torno de los que se trabajó fueron: Reconocer la existencia de una cultura patriarcal en la cual se establecen relaciones desiguales de poder, inter e intragenéricas; y, analizar el discurso biomédico como dispositivo de poder, que impone la medicalización del cuerpo de las mujeres.

#### **4.1 Estructura modular:**

El proceso de interaprendizaje se desarrolla en cuatro módulos con coherencia cognitiva, pedagógica y metodológica. El diseño de éstos, incluye:

**Títulos:** Nombre con que se identifica cada unidad de trabajo.

**Objetivos:** Orienta el proceso pedagógico y concreta los resultados y productos esperados.

**Generalidades del módulo:** Describe sus características y lineamientos.

**Procedimientos:** Indica actividades.

**Actividades:** Contiene instrucciones de operacionalización mediante las guías de trabajo. Además define técnicas a utilizar tales como: trabajo en grupos, análisis de casos y foros de discusión conceptual, entre otros.

**Materiales:** Puntualiza los requerimientos necesarios para el desarrollo de la actividad, tanto humanos como materiales.

**Duración:** Distribución de los períodos de tiempo para desarrollar el trabajo dentro y fuera del aula, según resultados esperados.

**Evaluación:** Interesa para conocer la apropiación en los/las participantes de los contenidos. La evaluación se da en dos momentos, al inicio de la capacitación y al finalizar la misma (anexo No.2).

#### **¿Quién debe ser la persona responsable de aplicar estos módulos?**

El perfil de la persona que se responsabilizará de desarrollar el proceso de aprendizaje, debe reunir las siguientes condiciones:

- Poseer conocimientos sobre el enfoque de género y su aplicabilidad.
- Conocer los principios básicos, los pasos y las características de la metodología participativa.
- Estar familiarizada en el campo de salud.

- Tener una actitud de compromiso real sobre la importancia de integrar la perspectiva de género en salud.
- Tener disposición para que el proceso de aprendizaje enriquezca tanto a los y las participantes como a él o ella.
- Tener disposición de tiempo para dedicarle a las actividades, tanto durante la preparación como al momento de realizarlas y darles seguimiento.

**MODULOS  
DE TRABAJO**

## MODULO I

Conozcamos y apropiémonos de la Metodología Participativa y el Análisis Basado en Género

### OBJETIVO GENERAL

DESARROLLAR UN PROCESO DE INDUCCION PARA IDENTIFICARSE CON LA METODOLOGIA PARTICIPATIVA Y EL ANALISIS BASADO EN GÉNERO

**ACTIVIDAD NO.1**  
¿QUIÉNES SOMOS?

**ACTIVIDAD NO.2**  
Conociendo nuestras expectativas del proceso de aprendizaje

**ACTIVIDAD NO.3**  
Identifiquemos las reglas de funcionamiento del grupo

**ACTIVIDAD NO.4**  
Características de la metodología participativa.

**ACTIVIDAD NO.5**  
El porqué de la metodología participativa

**ACTIVIDAD 6**  
Perfil del Facilitador-a

**ACTIVIDAD NO.7**  
Ahora sí ...a lo que vinimos:  
Metodología "ABG"

**GENERALIDADES DEL MODULO:** Esta unidad se basa en siete actividades: La primera orientada a promover la integración del grupo; la segunda, a la colectivización de expectativas de los/as participantes y, la tercera, a establecer las reglas de funcionamiento del grupo; la cuarta, constituye en un acercamiento a la metodología participativa; la quinta, nos explica la utilidad de esta metodología; la sexta, es un elemento de la metodología participativa que define el rol de la persona facilitadora y la séptima, nos introduce a la metodología del Análisis Basado en Género. El módulo tiene una duración de ocho horas. El o la facilitadora deberá hacer ver entre los/as participantes que el éxito de la capacitación va a depender, en gran medida, de las transformaciones que se produzcan a nivel personal. Especialmente, porque el enfoque de género trastoca aquellos aspectos íntimos, vinculados a sus identidades, creencias y prácticas cotidianas. Una manera de lograr este objetivo es a través del trabajo colectivo, de donde puedan surgir respuestas sustentadas en el consenso. Con este módulo se pretende romper el hielo propiciando un espacio de respeto y de enriquecimiento mutuo, para superar las tensiones, vencer la timidez y hacer ver que todos/as son tomados/as en cuenta; así como dar una primera idea de los valores personales, de las motivaciones y expectativas que cada persona tiene, y de los aspectos sustantivos del proceso de aprendizaje.

## **PROCEDIMIENTOS:**

### **ACTIVIDAD NO.1: ¿QUIÉNES SOMOS?**

- Para iniciar esta actividad, solicite al grupo que se organice en un círculo.
- Entregue fotocopia de la guía No.1, para llevar a cabo la presentación de los y las participantes.
- Solicite a cada participantes que converse con la persona elegida por un máximo de diez minutos, para responder ambos de manera recíproca la Guía No.1.
- Posteriormente, en la plenaria, el o la facilitador/a solicitará al grupo hacer la presentación del o la compañera a quien usted eligió.

### **Guía de trabajo No. 1.**

**Primera parte:** Elija un/a compañero/a para la presentación, tomando como referencia los siguientes aspectos:

- Nombre
- Dónde vive
- Profesión
- Ocupación
- Tiempo de laborar para la institución
- Una de sus cualidades es....
- Una de sus limitaciones es....
- Actividades preferidas durante el tiempo libre
- Deporte favorito
- Otra información que se desee compartir.

**Segunda parte:** Para recordar los nombres, se solicitará que cada quien escriba en una tarjeta en blanco (tamaño gafete), en forma clara, su nombre. Se recogen las tarjetas y a cada persona se le entrega una gasilla. Se distribuyen las tarjetas al azar. De pie todo el grupo,

cada persona busca a la persona cuyo nombre tiene en el gafete. Una vez identificada dialogan sobre las motivaciones para participar en este proceso. Para ello, se dispondrá de un minuto.

**Materiales:**

- Fotocopia de la Guía No.1 para entregar a cada participante,
- Hojas blancas
- Lápices, pizarra acrílica en caso de que el/la facilitador/a desee ir anotando algunas de las respuestas comunes
- Marcadores, tarjetas y gasillas.

**Duración: 25 minutos**

**ACTIVIDAD NO.2: CONOZCAMOS NUESTRAS EXPECTATIVAS DEL CURSO**

Solicite a cada participante que reflexione, en forma individual, sobre las preguntas contenidas en la guía No.2 que se entregó previamente. Utilizará un período de tiempo de cinco a diez minutos como máximo y anotará las respuestas en una hoja de papel. Una vez finalizado el tiempo, el/la facilitadora solicita que se dividan en subgrupos, comenten las respuestas y hagan una síntesis que debe ser comentada en plenaria. El o la facilitador/a conduce la discusión tratando de ir enfatizando aquellos aspectos que aparezcan con mayor frecuencia, o bien, resaltar algún aspecto principal de por qué el grupo desea la capacitación, las cuales podrán irse anotando en la pizarra acrílica.

**Guía de trabajo No.2**

**Primera parte:** Cada persona deberá responder, en forma individual, las siguientes preguntas, en un máximo de cinco minutos (utilice papel y lápiz):

- ¿Por qué vine a la capacitación?
- ¿Qué espero de la capacitación en lo profesional y en lo personal?
- ¿Algunos de mis temores alrededor de la capacitación?
- ¿Cuál es la mayor motivación para asistir a este proceso?
- ¿He participado en capacitaciones similares?
- ¿Cuál fue mi experiencia en ellas?

**Segunda parte:** Una vez respondidas todas las preguntas, se comparten y comentan en el subgrupo, en un máximo de diez minutos. Luego, entre todas las personas, se realiza una síntesis a partir de las respuestas escuchadas, las cuales serán expuestas en plenaria por el relator/a designado/a.

**Tercera parte:** Plenaria ( 10 minutos)

El/la facilitador/a hará un cierre mencionando los aspectos que justifican el curso; dará a conocer el plan de trabajo a desarrollar en el proceso de capacitación e indicará información general, tal como: la ubicación de teléfonos públicos, servicios sanitarios, zonas de alimentación, acceso a transporte.

**Materiales:**

- Fotocopias de la guía No.2 para entregar a cada participante

- Hojas blancas y lápices
- Pizarra acrílica
- Marcadores y borrador para pizarra acrílica

**Duración: 25 minutos**

**ACTIVIDAD NO.3:** Identifiquemos las reglas de funcionamiento del grupo.

Solicitar a los y las participantes que de nuevo se dividan en subgrupos y, en consenso, establezcan aquellos aspectos claves que se constituirán en las reglas de juego del grupo. El o la facilitadora irá escribiéndolos de manera que sean visibles a todas las personas. Lo que el grupo determine deberá ser respetado a partir de ese momento y a lo largo de todo el curso.

**Guía de trabajo No.3:**

**Discutan entre sí cuáles serían los aspectos más relevantes, que sirvan como reglas del juego del grupo. El subgrupo definirá al menos proporcione tres aspectos producto del consenso.**

**NOS COMPROMETEMOS A....**

- -----
- -----
- -----
- -----
- -----

**MATERIALES:**

caballete, cinta engomada y marcadores para papel.

el periódico para papelógrafos,

**Duración: 20 minutos**

**ACTIVIDAD No. 4:** Características de la metodología participativa

El o la facilitadora solicita a los/as participantes que se organicen en subgrupos para que, de acuerdo con las frases de la guía de trabajo no.4, hagan una dramatización para presentar en plenaria.

**Guía de Trabajo No. 4**

**Primera parte: 25 minutos**

Elija una de las frases que a continuación se exponen. Haga una representación de lo que está en el mensaje.

- Un educador/a impartiendo una clase magistral, sin tomar en cuenta la participación de los/as estudiantes.
- Un alumno/a desarrollando un proceso investigativo acorde con su realidad.
- Un educador/a promoviendo un proceso educativo reflexivo, con sus estudiantes.
- Un alumno/a memorizando materia para examen, sin cuestionar contenidos.

- Un equipo de trabajo interdisciplinario desarrollando un programa, para personas adultas mayores.

**Segunda parte: PLENARIA (35 minutos)**

El o la facilitador/a dirigirá la discusión para reflexionar sobre el elemento lúdico y la creatividad, como parte de un proceso educativo. Pondrá énfasis en la necesidad de interacción plena, dialógica, comunicacional y democrática y, en la necesidad de enmarcar el proceso en las fases de acción-reflexión- acción.

Materiales:

- Papelógrafos
- Marcadores
- espacio físico amplio para la dramatización
- hojas blancas, papel de construcción, revistas
- pizarra acrílica, marcadores y borrador
- caballete, papelógrafos, goma, cinta adhesiva y tijeras
- cualquier otro material del salón que pueda aprovecharse según el tipo de dramatización.

**Duración:** 1 hora

**ACTIVIDAD No.5:** El por qué de la metodología participativa?

El/la facilitador/a, a través de la técnica “lluvia de ideas” debe promover la discusión hacia las ventajas de la aplicación de la metodología participativa, en un proceso de enseñanza - aprendizaje. Deberá solicitar que se dividan en subgrupos y desarrollar la guía de trabajo no.5.

**Guía de Trabajo No. 5**

**Primera parte:** 30 minutos

El subgrupo deberá leer el material de apoyo conceptual sobre la metodología participativa, para que discuta y analice el documento en función de lo siguiente:

1. Identificar los conceptos claves y contenidos de la metodología participativa.
2. Señalar en qué aspectos o ámbitos del trabajo, esta metodología afecta o modifica sus prácticas laborales.
3. Mencionar cuáles serían los desafíos que le impone la aplicabilidad de esta metodología, en el nivel laboral.

Para la discusión en subgrupos y la elaboración de un documento para ser presentado en la plenaria.

**Segunda parte:**

**Plenaria:** Cada grupo expone los resultados de la discusión para lo que dispondrán de 30 minutos.

El facilitador/a hace un cierre conceptual y fija algunos de los conceptos básicos requeridos, para trabajar desde una perspectiva de género.

**Materiales:** Una copia, por persona, del texto con los elementos teóricos sobre aspectos a considerar en la metodología participativa; papelógrafos, marcadores, lápices de color, tijeras, pegamento.

**Duración:** 1 hora

**Actividad No.6:** Colectivamente definamos el perfil del facilitador/a

Que los/as participantes descubran las capacidades individuales y personales requeridos para ser facilitador/a de un proceso educativo, bajo la modalidad de la metodología participativa.

Forme grupos de trabajo para que desarrollen la siguiente guía.

**Guía de Trabajo No.6**

**Primera parte:**

Definan qué vamos a entender por facilitador/a de un proceso de trabajo participativo y señale: 15 minutos

- A. Cualidades que debe tener un/a facilitador/a
- B. Aptitudes que debe evitar un/a facilitador/a
- C. Funciones esenciales de un/a facilitador/a
- D. Obstáculos que se le pueden presentar a un/a facilitador/a y modo de vencerlos.

Después de discutir acerca de estas preguntas. Escriba en un papelógrafo las conclusiones. El grupo nombra una persona relatora para que el resultado del trabajo sea expuesto en plenaria.

**Segunda parte:** 15 minutos

**Plenaria:** en forma sintética el relator/a expone los resultados del trabajo en grupo.

**MATERIALES:** Papelógrafos, marcadores, cinta adhesiva

**DURACION:** 30 minutos

**ACTIVIDAD No.7:** Ahora sí... a lo que vinimos: Metodología "ABG"

Solicite a los/as participantes que se organicen en subgrupos. El/la facilitador/a, previamente, debe haber preparado un resumen conceptual de la metodología de Análisis Basado en Género, la cual debe ser escrita de manera comprensible para los/as lectores.

**Guía de Trabajo No.7**

Cada subgrupo debe realizar la lectura del documento y elaborar una síntesis que debe ser expuesta en plenaria, a través del uso de una técnica creativa, como por ejemplo: dramatización, poesía, canción, cartel, "collage", etc.

Para desarrollar la aplicación del ejercicio se recomienda que se identifiquen y analicen ejemplos del ámbito de la salud en los que pueda desarrollarse la metodología del Análisis Basado en Género. El tiempo aproximado para desarrollar esta guía es de 30 minutos.

Plenaria: Cada subgrupo expone y reflexiona sobre la temática, para la discusión se dispondrá de aproximadamente 30 minutos.

El/la facilitador/a debe propiciar un ambiente muy participativo y reflexivo, con la intención de que el grupo colectivice el conocimiento.

**Materiales:**

- Copia de documento de apoyo conceptual para cada persona
- hojas blancas
- filminas corrientes
- marcadores para filminas
- material adicional que surja de la técnica a utilizar retroproyector
- bibliografía adicional de apoyo.

**Duración:** 1 hora

Evaluación del día: Solicite al grupo que exprese una valoración del trabajo realizado durante la aplicación del módulo.

El o la facilitador/a, al finalizar el día de trabajo, puede solicitar a dos o tres de los y las participantes que en conjunto hagan una “sesión de retroalimentación” de la jornada realizada. Ello permitirá, si es del caso, tomar alguna medida correctiva. La reunión podrá durar aproximadamente quince minutos

## APOYO CONCEPTUAL

### DOCUMENTO NO.1

#### **Acerca de la metodología participativa (MP)**

La MP es aquella que permite la intervención activa de los/as actores/as involucrados/as en los diversos procesos (investigación, capacitación, sistematización, evaluación, etc.). Propone romper con esquemas tradicionales de la educación, en donde el o la profesional se constituyen en protagonistas de esos procesos. La metodología participativa busca una comunicación horizontal, democrática y conlleva a una práctica consciente y transformadora de la realidad en que están inmersos las y los actores<sup>7</sup>.

Existen diversos métodos para trabajar con este enfoque, sin embargo se pondrá énfasis en la metodología investigación-acción. Ello, en aras de tener una mejor interrelación y conocimiento de la realidad de las poblaciones con las que se está en contacto. Como su nombre bien lo señala, esta metodología, obliga a establecer mecanismos para que, en la práctica, los intereses y necesidades de hombres y mujeres, niños/as, adolescentes y personas adultas mayores, se tomen en consideración dentro de los procesos de análisis, reflexión y toma de decisiones.

#### **Metodología de Investigación-acción: ¿para qué nos sirve?**

Es una metodología cualitativa y participativa, útil para construir colectivamente el análisis de situaciones de salud, así como, producir conocimiento a través de procesos de análisis con la misma población sujeta de estudio. Es esta la que, desde sus propias vivencias, enriquece el proceso investigativo; y es, a su vez, quien realiza una interpretación de los datos; esto conduce a una transformación de su propia realidad.

La metodología de investigación-acción posibilita el proceso de capacitación más subjetiva, ya que permite un acercamiento entre los/as participantes desde lo personal, el conocimiento propio, la horizontalidad y la espontaneidad en el proceso de *enseñanza - aprendizaje*.

El carácter de esta metodología permite que las personas reconozcan las manifestaciones de las relaciones de género a través de sus propias vivencias, así como, un reconocimiento constante de los significados patriarcales en las vivencias cotidianas de las personas, desde un contexto colectivo.

A través del uso de esta metodología, se posibilita el reconocimiento de que las creencias, los valores, las actitudes y los deseos son culturalmente aprendidos; y que, cada persona, responde a visiones de mundo particulares, determinadas por la cultura y por su historia individual; facilitando, con esto, un proceso de aprendizaje respetuoso e integrador.

#### **Algunas generalidades sobre la metodología de investigación-acción**

En nuestra sociedad existen modelos económicos, religiosos, políticos, culturales que nos imponen una manera de ver, interpretar y actuar en el mundo; esos modelos o paradigmas, se corresponden con los intereses de las clases o grupos dominantes, con poder hegemónico. Sin

---

<sup>7</sup> UNICEF. Fundamentos de la metodología participativa y de la investigación participativa. Guatemala, 1988.

embargo, aprendemos a tomar esos intereses que favorecen a una minoría como si representaran ventaja para las mayorías. Desde esos paradigmas hemos aprendido una concepción de la educación y del conocimiento, según la cual este sería algo estático y definitivo, que se traspassa de una persona experta a otra ignorante; esto supone que hay quienes tienen conocimiento y quienes no. El modelo educativo más desarrollado y utilizado, producto de este paradigma hegemónico, se denomina positivismo y tiene como una de sus características el pensamiento dual, que consiste en una manera de ver e interpretar la realidad como si existieran solo dos posibilidades de todo: lindo o feo, adecuado o inadecuado, blanco o negro, alto o bajo... El dualismo impide el desarrollo de un pensamiento crítico y excluye el reconocimiento y respeto de la diversidad.

***La forma en que vemos, valoramos actuamos, deseamos y clasificamos el mundo proviene, mayormente, de los paradigmas hegemónicos o modelos que representan los valores e intereses de las clases con más poder en la sociedad.***

Desde la investigación – acción, y haciendo una crítica al modelo positivista, se concibe el conocimiento como algo que se produce de manera constante y con el aporte de todas las personas participantes; eso equivale a señalar que todas tienen algo que enseñar y que aprender al mismo tiempo. De ahí, la importancia de recuperar las propias experiencias. También se critica la idea de la neutralidad; en realidad esta no es posible ya que siempre están presentes valores, intereses, deseos y objetivos. En cambio, se sugiere renunciar a esa pretendida neutralidad para asumir el lugar desde el que se trabaja, para reconocer aquellos deseos, valores y principios éticos que mueven nuestro accionar.

***La idea de neutralidad ha contribuido a disimular el hecho de que, en general, solo algunas personas se benefician con lo que, se dice, “beneficia” a la mayoría; o que sólo ciertos grupos son representados cuando se pretende representar a todas.***

La producción de conocimiento se usa para reproducir el orden social establecido o para cuestionarlo y transformarlo. En este caso la educación, desde un proceso que va de la acción a la reflexión y de nuevo a la acción<sup>8</sup>, invita a cuestionar, criticar, explicar y proponer. El trabajo educativo debe promover el análisis de las causas y las consecuencias de los problemas; debe estimular la capacidad de análisis y de resolución de dificultades en las personas; motivar la organización para la búsqueda o construcción de un modelo alternativo en salud. Contrario a la educación tradicional, se debe estimular el aprender a aprender más que la repetición o memorización de dictados. En ese sentido, un reto lo constituye el compartir la información, el saber de los y las funcionarias de la salud, haciendo por ejemplo, un lenguaje menos hostil, más popular y asequible para que las mujeres puedan ser más autosuficientes, menos dependientes de los saberes “científicos” y por lo tanto, más propositivas.

***Una educación en salud transformadora debe pasar, a partir de lo cotidiano y conocido para las mujeres, por la acción- reflexión para volver a la acción.***

---

<sup>8</sup> Idem, UNICEF, pág. 22-23.

## **Aspectos a considerar en la educación desde la investigación-acción.**

En todo proceso educativo, sin importar el evento del que se trate, la flexibilidad es un requisito indispensable, cuando se desea un acercamiento a los temas en los propios términos de las y los participantes; ésta permite agregar, profundizar o suspender una dinámica o tema, según las necesidades del grupo.

Si se observa que el grupo no se identifica con una determinada técnica o tiende a un tema en particular, obviamente dentro de la temática general a tratar, la persona que facilite deberá estar preparada para asumir el reto de responder a los propios códigos de quienes participan. Esto de ninguna manera implica desorden o falta de planeamiento; se trata de preparar los talleres, las reuniones o cualquier actividad de la que se trate, con un sentido de guía flexible y no con uno de agenda rígida.

***La flexibilidad es indispensable en procesos educativos participativos. No se trata de cumplir con un programa; se trata de estimular la reflexión crítica y propositiva en quienes participen y desde sus propias realidades.***

También es importante, siempre, partir de ejemplos o situaciones cotidianas en la experiencia concreta de las personas, para ilustrar y para generar discusión a partir de principios más reales para ellas. Una de las principales características de la metodología participativa es que parte siempre de la realidad.

Es recomendable hacer uso de charlas o explicaciones breves, ya que las intervenciones exclusivamente magistrales son menos pedagógicas.

Es necesario tomar en cuenta que, ante determinados temas, se suele expresar resistencia. Estas pueden dificultar el entendimiento de lo abordado, el reconocimiento de ciertas realidades y la voluntad para proponer y transformar. En este caso es menester hacer uso de herramientas que faciliten un acercamiento menos amenazador, tal es el caso de los sociodramas. Además, se deben abordar las temáticas partiendo de los aspectos más generales, empezando por ubicar cada tema en su contexto o el de terceras personas, para, poco a poco, ir llevando el ritmo del grupo hasta las experiencias más cercanas y propias.

***En eventos educativos que cuestionan valores, estereotipos y mitos muy familiares es esperable que se dé resistencia en las personas que participan. El reto es facilitar una inclusión de esos efectos.***

Debe tenerse cuidado para que, en nombre de lo participativo, no se termine asumiendo a la comunidad o a un conjunto de personas, de manera uniforme, sin respeto a su diversidad. Es importante procurarse, sobre todo, la participación de las mujeres y de aquellas otras personas que, históricamente, han sido silenciadas; como por ejemplo las personas negras, las indígenas, los pobres y las personas con algún tipo de discapacidad física o mental. También es fundamental recuperar las voces disidentes, recordando que, desde la investigación acción, no se trata de generalizar o llegar a posiciones mayoritarias, sino de recuperar lo único, lo particular de cada cual.

Finalmente, se debe ser realista en cuanto al tiempo. Este tipo de metodología demanda más que las metodologías cuantitativas, por ejemplo, se deben considerar algunos elementos tales

como: en el caso de las mujeres: ¿Pueden éstas asumirlo, sin que eso les implique una sobrecarga de trabajo que no les repara a cambio algo? ¿Tiene la institución la voluntad y los recursos necesarios, para emprender un trabajo cualitativo? ¿Cómo promover una participación real de las personas, hombres y mujeres en salud?

### **El seguimiento y la evaluación desde la investigación-acción**

Desde la investigación-acción se plantea la evaluación y el seguimiento como procesos permanentes que comienzan desde el inicio de la actividad educativa y se desarrollan con ésta. No es un medio para medir, calificar, probar, o mostrar cuán capaz es la facilitadora o el facilitador. Evaluar se constituye en el espacio para recuperar los resultados de un proceso pedagógico que involucra, desde el inicio, a la población. Se evalúan el contenido, la forma, los recursos pedagógicos, la metodología de la capacitación. Lo que interesa es saber si el proceso de aprendizaje es apropiado y efectivo; cabe resaltar, si desde el punto de vista de las y los participantes, el evento educativo es bueno; si quienes participan logran apropiarse de los temas y si se está dando una generación de pensamiento autónomo de quienes participan.

***La evaluación y el seguimiento son procesos continuos a lo largo de un proyecto o programa, en el que deben participar con poder de decisión todas las personas involucradas.***

El seguimiento, como proceso continuo, debe recuperar los indicadores, la participación comunal, la participación individual y la institucional. Mediante el seguimiento se facilita saber por qué pasó lo que pasó; cómo apoya u obstaculiza eso el logro de los propósitos y cómo puede mejorarse.

## DOCUMENTO NO.2

### CRITERIOS:

A continuación se exponen algunos de los criterios utilizados en el ámbito de la salud para evaluar si los proyectos son sensibles al género, tales como: viabilidad, eficacia, eficiencia, pertinencia e impacto.

#### VIABILIDAD

Depende del interés, la voluntad y de la apropiación de quienes estén involucrados/as en el proceso .para hacer posible algo.

#### EFICACIA

Se relaciona con el logro de las metas propuestas, independiente de los recursos requeridos para lograrlos. Habla de hasta qué punto los objetivos y resultados han considerado las diferencias y desigualdades entre mujeres y hombres.

#### EFICIENCIA

Se relaciona con el logro respecto de los recursos invertidos, lo que interesa es el uso acertado de los medios y la relación con la meta a ser alcanzada..

#### PERTINENCIA

Dice si se han identificado los problemas y necesidades de las personas y quién lo ha hecho; las políticas que en concreto se están llevando a cabo, para promover la igualdad entre los géneros. Señala si es capaz de lograr la meta y si esto es posible y aceptado por los grupos involucrados.

#### IMPACTO

Declara sobre cómo el proyecto ha cambiado las relaciones de género, en el acceso y control de recursos y beneficios; y si, ese impacto, ha sido para mejorar o empeorar esas condiciones a favor de las mujeres. En ese sentido es importante saber qué beneficios obtienen los hombres y cuáles las mujeres; cómo se da esa distribución, cómo y quiénes han contribuido a ello. Define los resultados, positivos o negativos, logrados con la implementación de la acción.

## DOCUMENTO NO.3

### PRINCIPIOS ÉTICOS Y FILOSÓFICOS DE LA METODOLOGÍA INVESTIGACIÓN-ACCIÓN CON ENFOQUE DE GÉNERO

- **Partir de que existe una cultura patriarcal;** fundamentada en instituciones, tales como la familia, la educación, el estado y la religión, que transmite valores que estereotipan a mujeres y a hombres y que causan una situación de opresión para las primeras.
- **Asumir que el cambio es posible y comprometerse con él;** en la medida en que el género es una construcción cultural, por tanto, puede modificarse.
- **Recuperar la experiencia (historia) de las mujeres;** al ser una cultura androcéntrica (predominio de una visión masculina), lo femenino ha estado invisibilizado o visto como no representativo de la humanidad. Si esta es obra de hombres y mujeres son ambas experiencias, y no una en representación de ambas, las que deben conocerse.
- **Reconocer las historias de vida como fuente de conocimiento;** existe una necesidad de ubicar el contexto en el que se desarrollan las relaciones, los problemas, los deseos, las percepciones de las personas y, cómo esto, en la vida cotidiana, es una fuente de aprendizaje valioso. Supone, entonces, cuestionar la postura tradicional según la cual, el conocimiento está en manos del personal de salud, el facilitador/a o el llamado “experto/a”.
- **Valorar lo específico;** dentro de este contexto no interesa tanto generalizar, más bien, se rescata lo particular, lo irrepetible de cada persona.
- **Reconocer la riqueza del mundo subjetivo;** el sentido de las cosas nunca puede darse por supuesto, sino que está ligado a su propio contexto; los significados son particulares a cada persona, por ello se conversa, se participa y se intercambia, en un afán por recuperar estas expresiones.
- **Ubicar al personal como sujetas/os reales e históricas/os;** ya no se asume que unas personas tienen el conocimiento y otras lo reciben, tampoco se ve en funcionarias/os a entes abstractos y neutrales; se reconoce la existencia de intereses y deseos específicos aceptando una subjetividad consciente, un involucramiento y un compromiso con las poblaciones con las que se trabaja.
- **Establecer relaciones horizontales y espontáneas entre funcionaria/o-población;** se pretenden relaciones donde la familiaridad e intimidad puedan generarse y donde se reconozca la influencia recíproca.
- **Promover relaciones justas;** entre mujeres, entre hombres, entre mujeres y hombres, entre personas de diferentes edades, etnias, opciones políticas, sexuales, religiosas.
- **Respetar la diversidad de las personas y el derecho a la alteridad;** las personas tienen el derecho de ser, incluso, aquello que “yo no sería”. Tiene relación con dejar de asumirnos como la medida de lo que consideramos correcto; con abandonar la fantasía de ser el paradigma de lo deseable y reconocer la existencia de realidades que, desde la nuestra, a veces no vemos.

- **Reconocer las contradicciones y la integralidad en la vida de las personas;** la vida no es una línea recta; es compleja, contradictoria y son las contradicciones las que provocan avanzar en algún sentido.
- **Promover la alegría como un derecho;** contra el miedo de una cultura sacrificial que ve la alegría como antivalor, la tristeza como destino, impotencia, amnesia y desesperanza.

## DOCUMENTO NO.4

### Acerca del perfil del facilitador/a en la metodología participativa

Un/a facilitador/a es aquella persona que logra, a través de su intervención, “conducir al grupo al logro de los objetivos, mediante el ordenamiento de los contenidos, las síntesis continuas, la capacidad de repreguntar y cuestionar al grupo para así seguir buscando y construyendo su respuesta. Quien facilita debe saber integrarse al grupo, pues solo así se sentirá en el ambiente de confianza y con el derecho de manifestarse con su posición, sus sentimientos, sus limitaciones y sus aportes”<sup>9</sup>.

El/la facilitador/a promoverá la participación y hará énfasis en su papel, no como quien enseña y dirige o como quien programa y manipula; sino como quien acompaña, anima, estimula y facilita el proceso de análisis y reflexión. El ambiente que debe generarse es el de confianza, donde se promueva la participación libre, consiente y entusiasta. Como se señala en el documento arriba mencionado, en un proceso participativo y dialógico, las respuestas se van encontrando a partir de los conocimientos del grupo y de los nuevos elementos que se le ofrecen <sup>10</sup>.

En aras de garantizar un proceso de trabajo participativo (sea capacitación, investigación, seguimiento, etc.), se parte de una concepción de los/as participantes como actores, como gestores de su propia realidad. Cabe anotar, se les concibe como sujetos activos del proceso.

### Caracterización del Facilitador/a:

En síntesis, se exponen, a continuación, algunos rasgos del perfil de la persona facilitadora <sup>11, 12</sup>:

- Se considera parte del grupo
- Está dispuesto/a a aprender junto con el grupo.
- Tiene que saber manejar diversas dinámicas de grupo.
- Tiene que conocer los principios básicos, los pasos y las características de la metodología participativa.
- Tiene que ser buen planificador/a.
- Es una persona que sabe encontrar los recursos y coordina el esfuerzo común.
- No monopoliza: comparte responsabilidades.
- Es un/a coordinador/a, un asesor/a que promueve que todos piensen, decidan y actúen.
- Tiene que ser flexible y sensible ante las relaciones humanas.
- Tiene que creer en el grupo y verlo como un motor de trabajo.
- Debe ser creativo/a y crítico/a.
- Tiene que ser conocedor/a de su realidad.
- Tiene que saber motivar al grupo y cumplir con sus compromisos.

---

<sup>9</sup> Alforja. La educación popular: concepto que se define en la praxis. s.l, s.f.

<sup>10</sup> Idem, pág. 95

<sup>11</sup> UNICEF. Fundamentos de la metodología participativa y de la investigación participativa. Guatemala, C.A, 1988.

<sup>12</sup> CODECAL. Animadores para el cambio social: Guía práctica de formación. 4ta. Ed. Bogotá, Colombia, s.f.

## DOCUMENTO NO.5

### Acerca del Análisis Basado en Género

#### ¿Qué significa trabajar desde una perspectiva de género?

Partimos del principio de que, cuando se habla de trabajar desde una perspectiva de género, se habla de una forma de ver, aprehender, sentir, interpretar y valorar el mundo; que reconoce la existencia de un sistema patriarcal que genera relaciones desiguales entre hombres y mujeres. Estas relaciones no son aceptadas de manera pasiva por las mujeres: éstas luchan y se resisten, o aceptan completa o parcialmente las situaciones que las oprimen, esto genera contradicciones que deben recuperarse cuando se trabaja desde una perspectiva de género. No es que todas las mujeres de carne y hueso estén sometidas a cada hombre de carne y hueso: el conjunto de las mujeres está subordinado y, en desventaja, en relación con el conjunto de los hombres.

Desde este enfoque se parte de que el género atraviesa y determina, junto a otras variables tales como la etnia, la clase, la edad, entre otras, la condición y situación histórica de mujeres y hombres. Cabe señalar, que el género marca todo; determina la manera en que se enfrentan las posibilidades de superar situaciones de pobreza, de discriminación racial, de violencia, de inserción en el mercado laboral, etc.

De manera que incluir la categoría género no es adicionar un tema. Trabajar desde una perspectiva de género implica reconocer valores, juicios y estereotipos en nuestra propia lectura del mundo, plantea la necesidad de empezar a cuestionar la construcción de nuestra identidad: masculina y femenina; la forma cómo interpretamos el mundo, lo que consideramos deseable, sano, natural, lo que nos parece inadecuado, anormal, feo y el por qué de estas valoraciones. Reconocer esto nos permite aplicarlo en el diseño de programas y proyectos; especialmente cuando este enfoque lo que busca es hacer “un análisis al proceso de evaluación de las consecuencias de dichos planes para mujeres y hombres en todos los sectores y todos los niveles. Es una estrategia destinada a hacer que las preocupaciones y las experiencias sean un elemento integrante de la elaboración, instrumentación, supervisión y evaluación de políticas y programas, a fin de que ambos se beneficien por igual y se impida que la desigualdad se perpetúe”<sup>13</sup>.

Por lo tanto, el género se refiere a todas las características y atributos sociales, culturales y psicológicos que asumen hombres y mujeres a lo largo de toda su vida. Constituye el conjunto de creencias, costumbres, normas, mediante las cuales interactúan y logran establecer las relaciones sociales. El género es la construcción social del sexo y es “una herramienta para comprender los procesos sociales”<sup>14</sup>.

#### ¿Hacia dónde queremos ir?

Uno de los principales desafíos dentro de este enfoque ha sido provocar un cambio en la manera en que los Estados han dado respuesta a las brechas de género entre hombres y

---

<sup>13</sup> Hofbauer B., Helena y otras. Presupuestos sensibles al género: conceptos y elementos básicos. Ed. Secretaría de Salud, México, D.F., 2002.

<sup>14</sup> Condición de la Mujer, Canadá. Análisis de género: Guía para la elaboración de políticas públicas. Documento de trabajo. Ed. Servicio Nacional de la Mujer. Santiago de Chile, 1998.

mujeres. Una alternativa se dio en la década de los ochenta, en donde, en el marco de los procesos de desarrollo económico, político y social, que llevan a cabo los países, la atención a las mujeres se caracterizó por una asistencia a sus necesidades más inmediatas; dejando intactas las estructuras del sistema patriarcal que reproducen las iniquidades y desigualdades entre los géneros. Los esfuerzos más recientes se han encaminado hacia un cambio de enfoque. Esta nueva forma metodológica, de abordar el tema de la subordinación y exclusión social de las mujeres, pone de relieve los aspectos comparativos entre los géneros, con lo que se permite evidenciar las brechas o desigualdades entre ambos. Ya en los años noventa, la preocupación no se centraba en la situación de la mujer en sí misma, sino en función de la relación que establece con los hombres, en términos del acceso en igualdad de oportunidades a los beneficios del desarrollo. Algunas situaciones que sirven de ejemplo de lo anterior, podrían ser, en el caso de Costa Rica, las siguientes: el hecho de que las mujeres, en el sector privado, obtengan el 70% del salario que reciben los hombres por trabajos de igual valor<sup>15</sup>; el recargo para las mujeres por la doble y triple jornada (trabajo productivo, reproductivo y comunitario); o bien, la invisibilización del trabajo doméstico.

Para lograr responder a las necesidades e intereses de hombres y mujeres, de este enfoque ha resultado una matriz de análisis que puede ser útil en la operacionalización de algunas necesidades; especialmente, cuando lo que se quiere es eliminar las relaciones sociales que provocan la subordinación. Se hace una diferencia entre Intereses (o necesidades) Prácticos de Género (IPG) e Intereses (o necesidades) Estratégicos de Género (IEG), tal y como se analiza a continuación <sup>16</sup> :

**INTERESES PRÁCTICOS DE GÉNERO:** Están relacionados con **la condición de la mujer**; incluye circunstancias, cualidades y características que definen a la mujer como ser social, cultural, genérico. Los IPG se ven y cuantifican fácilmente y pueden ser satisfechos sin cambios en la estructura patriarcal; su carácter es coyuntural, del aquí y ahora; responden a necesidades particulares de cada mujer que pueden ser otorgadas, sin ser preciso que ellas se organicen para ello. Los clásicos IPG se dan cuando una mujer reclama como sus problemas: el mal funcionamiento de una guardería, el otorgamiento de capital inicial para empresas de costura, comida, cría de animales, o la instalación de una clínica, etc.

**INTERESES ESTRATÉGICOS DE GÉNERO:** Están relacionados con **la situación de las mujeres**, que es el conjunto de características que poseen a partir de su condición genérica, y en determinadas circunstancias históricas, relativo a lo concreto de cada mujer en particular de acuerdo con su etnia, clase, edad, etc. Estos intereses son difíciles de visibilizar porque, generalmente, son acciones cuyo desarrollo se expresa a largo plazo ya que están relacionados con asuntos estructurales. El logro de los IEG implica cambios en la estructura patriarcal y responden a necesidades comunes de las mujeres. Por sus características, estos intereses no pueden ser otorgados, necesitan toma de conciencia personal y colectiva. Una ley en contra de la violencia hacia las mujeres, la revisión de los contenidos sexistas en los medios de comunicación, mayores oportunidades de educación formal y no formal para las niñas, la creación de legislación y mecanismos concretos para la participación de las mujeres, con poder de decisión, en los sistemas de salud, son algunos ejemplos de IEG.

---

<sup>15</sup> Proyecto Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible, séptimo informe, 2000. San José, C.R.: Proyecto Estado de la Nación, 2001.

<sup>16</sup> Caroline O.N. Moser. Planificación de Género y Desarrollo: teoría, práctica y capacitación. Ed. Flora Tristán, Lima, Perú, 1995.

Estas discusiones se dan en el contexto de una lucha por la equidad de género que implica un proceso de justicia para las mujeres y para los hombres, que respete las diversidades y la libertad de cada cual. Como la situación es discriminatoria para las mujeres y, la misma, está fuertemente arraigada en las instituciones, es necesario recurrir a medidas compensatorias, o acciones afirmativas, para tratar de “nivelar” sus oportunidades con las de los varones. La equidad de género conduce a la igualdad de género que implica que mujeres y hombres disfrutaran de los mismos derechos, las mismas oportunidades, y la misma valoración social sin detrimento de sus diferencias.

## 8. En qué consiste el Análisis Basado en Género?<sup>17</sup>

Es la aplicación del conocimiento para realizar un análisis comparativo y relacional entre hombres y mujeres. No es útil para hacer sólo un análisis individual de situaciones de hombres o situaciones de mujeres.

Es condición, dentro del ABG, contar con información que permita la comparación entre ambos sexos; por esta razón, los datos por sexo deben verse reflejados en las estadísticas institucionales y sus análisis desde los sesgos androcéntricos, en los estudios e investigaciones, en los registros, en las hojas clínicas, en los protocolos, etc. El ABG profundiza más allá de la simple división por sexo de los datos; procura entender cómo la condición de género incide en el proceso de salud-enfermedad. Ello también puede obtenerse a través de estudios cualitativos y participativos, que tomen en cuenta la percepción y opinión de hombres y mujeres.

El ABG permite identificar problemas relacionados con los sesgos de género, los cuales pueden producirse tanto en procesos de investigación, como en el diseño, implementación y evaluación de programas, proyectos y políticas de salud.

El ABG reconoce la diferencia entre sexo y género. El sexo es la característica biológica de ser hombre o ser mujer, mientras que el género se refiere a los determinantes de tipo sociocultural que influyen en el comportamiento de las personas. Identifica cómo el sexo y el género interactúan con otras asignaciones sociales que afectan el proceso de construcción de la salud, como por ejemplo: la pobreza, la malnutrición, la violencia doméstica, la edad, la discapacidad física o mental, la ubicación geográfica, la etnia, entre otros.

### Sesgos de Género

Cada sesgo de género significa la existencia de diversos problemas, por lo que requieren diversas respuestas.

Se reconocen tres principales tipos de problemas de sesgos de género:

- a. **Sobregeneralización:** Cuando la perspectiva o experiencia de un sexo se adopta y luego es aplicada para ambos sexos. Todo programa, política o investigación debiera considerar a hombres y mujeres y sus diversas necesidades, intereses y experiencias.

---

<sup>17</sup> Este apartado está basado en el *manual: Moviéndonos hacia la igualdad: mejorando la salud para todas las personas. Reconociendo y eliminando los Sesgos de Género en Salud*. Canadá, Toronto: Health Canada's GBA Initiative. Women's Health Bureau, Documento Borrador, 2000. (traducción libre).

- i. **Se toma el cuerpo del hombre como norma contra la cual se valora a las mujeres.** Ejemplos: elaboración de medicamentos, muchos de los cuales se experimentan en hombres y, posteriormente, se generalizan a las mujeres. Los síntomas del infarto del corazón han sido identificados por observación de los síntomas desplegados en los hombres. Equipos ergonómicos, válvulas del corazón, prótesis o herramientas fueron diseñados teniendo como norma el cuerpo masculino.
  - ii. **Sub-representación o exclusión de las mujeres en áreas dominadas por hombres.** Estas fueron relegadas a actividades domésticas-cuidadoras, por lo que tienen una representación baja en actividades públicas como los puestos de toma de decisiones o políticos. Ejemplos: La Academia Nacional de Ciencias en Costa Rica aceptó por primera vez la membresía de una mujer, en la década de los ochenta; en toda la historia de existencia de la Caja Costarricense de Seguro Social, no ha habido una mujer con el cargo de Presidenta Ejecutiva.
  - iii. **Sub-representación o exclusión de los hombres en áreas dominadas por mujeres.** Son aquellas actividades asociadas a las mujeres como las tareas de cuidado, atención a la familia, participación voluntaria y social y de responsabilidad reproductiva. Esto ha significado que los hombres estén sub-representados en profesiones, tales como, Enfermería, Secretariado, Salud, Educación, Trabajo Social y otras. Incidiendo, esto, tanto en la prestación de los servicios, como en el desempeño de su papel en el ámbito doméstico en forma equitativa en la corresponsabilidad en el cuidado de hijos e hijas, entre otros.
  - iv. **Aceptación o justificación de la dominación del hombre.** Se parte de los mandatos identitarios, que refuerzan y legitiman el poder y dominación, asumiéndose, ya sea por factores culturales, religiosos o económicos, situaciones de subordinación como naturales. (eje. La poca o nula presencia de las mujeres en puestos de toma de decisión; que el cuidado y crianza de los hijos, hijas, personas enfermas o con discapacidad son atendidos por las mujeres; acceso restringido a mujeres en oficios y profesiones tradicionalmente masculinas, como las ingenierías o tecnológicas)
  - v. **Aceptación de la violencia contra las mujeres.** Refiere a todas aquellas situaciones, hechos y fenómenos de la vida cotidiana, donde se continúan violentando los derechos humanos de las mujeres, desde una perspectiva sociocultural que desvaloriza, invisibiliza y reproduce iniquidades; perpetuando, así, su legitimación e incidiendo, en su calidad de vida. Esta aceptación se refleja tanto en la prestación de los servicios como en la respuesta social, por ejemplo: la oportunidad y eficacia de la asistencia policial; la atención pronta y oportuna en los servicios de salud; abordaje de situaciones desde los sesgos androcéntricos en los establecimientos educativos (preferencias sexistas en la dinámica del aula, favoreciendo la palabra a los niños más que a las niñas) y en las instancias judiciales, como también en los espacios organizativos comunales y religiosos.
- b. **Insensibilidad de género:** Se produce cuando el sexo o el género son ignorados como variables, en un contexto en el cual son significativos. Es fácil su identificación pero difícil remediar los problemas que genera. Por ejemplo, en

una investigación habría información incompleta si no se hace explícita la variable “sexo”. Algunas de sus manifestaciones son:

- i. **Familismo:** Es cuando la familia o el hogar son tomados como la más pequeña unidad de análisis en situaciones en las cuales los individuos, sin esta unidad, podrían ser afectados por políticas, situaciones o eventos de distinta manera. Esto invisibiliza las particularidades y especificidades de quienes conforman la familia. Por ejemplo cuando una persona es dada de alta de una institución como un hospital, generalmente la suposición es que su atención a largo plazo será proporcionada por “su familia”. En realidad, cada miembro de la familia no será afectado de la misma manera. Desproporcionadamente, son las mujeres quienes tienen la probabilidad de brindar la atención/cuidado. Esta hasta puede incluir el abandono de sus trabajos con pago para poder cuidar a la persona enferma. Por consiguiente, es necesario tener en cuenta los efectos del género cuando se trata de un fenómeno como la desinstitucionalización.
  - ii. **Des-contextualización:** Ignorar el contexto en que situaciones idénticas, o similares, podrían tener diferentes efectos sobre los sexos. Ejemplo: programas escolares que no toman en cuenta las necesidades de cuidado de niños-as de madres adolescentes solteras.
  - iii. **Homogeneidad de género:** Es cuando se ignoran las diferencias de sexo y género en poblaciones específicas y se les considera homogéneas como por ejemplo: población indígena, discapacitada o migrante.
- c. **Doble estándar o doble parámetro:** Es la actitud según la cual, una misma cosa se valora de manera diferente según el género de quien se trate. Ejemplo: desvalorizar el conocimiento, el saber y experiencia de las mujeres en el ejercicio de carreras no tradicionales, tales como: mecánica, ingenierías, gerencia, puestos políticos, entre otros. O bien, reconocer que el trabajo de la fuerza laboral y las tareas domésticas eran dos tipos de trabajo –con o sin pago- que expuso la norma doble escondida que ha desfavorecido a las mujeres y dio lugar a una redefinición importante del trabajo como un concepto económico. Otro ejemplo nos lo dan los programas de salud de madres y niños/as que apoyan a las mujeres para mantener la salud de sus hijos/as y proporcionan asistencia a las mujeres en su función de madres. Sin embargo, a menudo estos programas implícitamente o explícitamente excluyen a los hombres. Esto refuerza la norma de que el cuidado infantil es exclusivamente una responsabilidad de las mujeres y excluye a los hombres de desempeñar una función de cuidado para sus niños/as.

## MODULO II

AHONDAR EN LOS MANDATOS IDENTITARIOS PARA PROMOVER RELACIONES DE GENERO EQUITATIVAS

### OBJETIVO GENERAL

Identificar los mandatos identitarios en la construcción de la femineidad y masculinidad, en las relaciones humanas y la inequidad genérica

**ACTIVIDAD 1:**  
Ahondar en nuestro pasado y presente

**ACTIVIDAD 2:**  
Deconstruyendo y construyendo nuestras identidades

**ACTIVIDAD 3:** Reconozcamos las relaciones de poder entre hombres y mujeres

**ACTIVIDAD 4:** Propiciando el cambio en las relaciones de poder, entre hombres y mujeres

**GENERALIDADES:** Este módulo consta de cinco actividades, las cuales van dirigidas a facilitar espacios de reflexión que permitan una lectura crítica de los mandatos y sesgos de género y, sus implicaciones, en la construcción de las identidades masculinas y femeninas asignadas, así como, hace referencia al uso y manejo del poder.

**PROCEDIMIENTO:**

**Actividad # 1 “ Ahondar en nuestro pasado y nuestro presente”**

El/la facilitador/a debe propiciar un ambiente tranquilo, relajante; para ello puede utilizar música clásica o instrumental de fondo.

**Guía de trabajo No.1**

Los/as participantes deben colocarse en un sitio cómodo, cerrar los ojos y concentrar el pensamiento en el período de su infancia y adolescencia. Deben posicionarse en su pasado y revisar las autopercepciones y valoraciones de dicho recorrido.

**Durante la sesión el/la facilitador/a promoverá la reflexión a partir de las siguientes preguntas:**

¿Qué mensajes sobre lo que debía ser una mujer o un hombre, recibí desde mi familia, la escuela y la iglesia?

¿Qué me dejaban hacer y qué no, durante esa etapa de mi vida?

¿Qué emociones o sentimientos me hacen recordar tales situaciones?

**Plenaria:**

El/la facilitador/a promueve la discusión rescatando las percepciones y valoraciones de los mensajes recibidos y la manera cómo incidieron en su comportamiento y manera de pensar. Se propicia el debate haciendo las siguientes preguntas:

¿Cómo se sintieron?

¿Qué aspectos, situaciones o mensajes les provocaron satisfacción o insatisfacción al recordarlos? ¿Por qué?

¿Cree que existan diferencias entre los mensajes enviados a mujeres y los que son dirigidos a los hombres?

**Materiales:**

- Grabadora y CD con música clásica o relajante
- papelógrafos, marcadores
- pizarra acrílica, borrador y marcadores
- Guías de trabajo

**Duración: 30 minutos**

**ACTIVIDAD #2 “Deconstruyendo y construyendo nuestras identidades”**

Solicitar a los/as participantes integrarse en subgrupos. Cada subgrupo deberá construir un “collage” que identifique:

## **“LO QUE ES SER HOMBRE Y LO QUE ES SER MUJER”**

### **Guía de trabajo No.2**

#### **Primera parte:**

El grupo deberá construir un “collage”, que identifique lo que es ser hombre y lo que es ser mujer.

#### **Segunda parte:**

El grupo hará una exposición de lo construido a través del “collage”. Debe hacer énfasis en los mandatos identitarios y en una lectura crítica desde la perspectiva de género, que permita analizar las características, semejanzas y diferencias que se asignan a SER HOMBRE y a SER MUJER.

La/el facilitadora/or hará un cierre retomando los principales aspectos de discusión desde los aportes y el intercambio de experiencias vividos. Asimismo establecerá la importancia del proceso de socialización y la diferenciación entre los conceptos sexo y género. Debe señalar la importancia de deconstruir dichos mandatos para superar las iniquidades de género a partir de principios igualitarios en las relaciones: hombre / mujer, hombre / hombre, mujer / mujer.

Asimismo, debe promover la discusión grupal conociendo los diferentes aportes que resultaron de la discusión de los subgrupos, además de propiciar una discusión sobre la importancia de revisar constantemente los mandatos identitarios y reconocer las iniquidades genéricas en nuestras vidas

#### **Materiales:**

- Pápelografos
- Marcadores
- Cinta adhesiva, tijeras, goma, papel para papelógrafo
- Periódicos y revistas.

#### **Duración: 60 MINUTOS**

### **Actividad No.3: “Reconozcamos las relaciones de poder entre hombres y mujeres”**

La/el facilitador/a, solicita a los/as participantes conformar un círculo y en el medio colocará una silla.

#### **Guía de Trabajo No.3:**

Del grupo deberá seleccionarse un/a voluntaria/o para que subido en la silla direcciona al grupo con movimientos, gestos y palabras. Al resto del grupo se le solicita hacer exactamente los gestos emitidos por el/la compañero/a que va a direccionar la técnica. Pueden pasar varias/os a la silla ubicada en el centro del círculo.

#### **Plenaria:**

Después de esta fase se ubica a los y las participantes en sus respectivos asientos, el/la facilitador/a propicia la discusión, con la siguiente guía:

### **VOLUNTARIOS QUE DIRIGIERON EL GRUPO**

- ¿Cómo se sintieron dirigiendo el grupo?
- ¿Qué situación les agradó más? ¿ Por qué?
- ¿Que situaciones no les agradaron y por qué?

### **RESTO DE LOS PARTICIPANTES**

- ¿Cómo se sintieron obedeciendo sin oposición?
  - ¿Qué sentimientos y emociones experimentaron?
  - ¿Cuál/es situación/es le/s agradaron, cuáles no y por qué?
- Se retoman los aspectos relevantes de la discusión generando la inquietud desde la necesidad de cambiar las relaciones asimétricas y el juego de poderes.

**Duración: 30 MINUTOS**

### **ACTIVIDAD No.4 “Propiciando el cambio en las relaciones de poder entre los hombres y las mujeres”**

El/la facilitador/a integra subgrupos de trabajo y les entrega la siguiente guía acompañada de una síntesis del apoyo conceptual: **“El ejercicio del poder en nuestra sociedad”**

#### **Guía de trabajo No.4**

**Una vez realizada la lectura e identificados y analizados, críticamente, los mandatos identitarios, en subgrupo, reflexionen en torno a:**

¿Qué aspectos de las identidades masculina y femenina son modificables, para propiciar un cambio en las relaciones de poder?

#### **IDENTIDAD MASCULINA**

---

---

#### **IDENTIDAD FEMENINA**

---

---

¿Esas modificaciones permiten hacer cambios en el manejo del poder autoritario? ¿Por qué?

¿Creen ustedes que es posible ejercer otros tipos de poderes que propicien relaciones equitativas entre los géneros? Expliquen su respuesta.

El grupo deberá nombrar una persona relatora para que exponga, en plenaria, los resultados de lo discutido en el subgrupo.

**Plenaria:** exposición de resultados de la discusión de subgrupo

La/el facilitador/a, solicita a cada subgrupo exponer lo realizado. Se facilita la discusión desde lo construido en los subgrupos y se enfatiza en aspectos teóricos - metodológicos desde la deconstrucción y reconstrucción del poder, para propiciar cambios desde la lectura de percepciones, mitos y estereotipos sexistas que han legitimado las iniquidades genéricas.

**MATERIALES:**

- Papelógrafos
- guías de trabajo
- copia para cada persona de la lectura de apoyo conceptual
- marcadores y hojas blancas.

**Duración: 60 minutos**

**Actividad N.5 “Visibilizando los sesgos de género desde lo cotidiano”**

La o el facilitador solicita que se reúnan en subgrupos, para analizar las principales características y expresiones de los sesgos de género.

## Guía de Trabajo No.5

**Lean el Documento No.6 de apoyo conceptual sobre Sesgos de Género e identifiquen lo siguiente con relación a los sesgos expuestos:**

Elaboren una definición del concepto sesgos asignado al subgrupo.  
Mencionen las principales características del concepto o sesgo.  
¿Cómo identificar ese concepto o sesgo en la realidad que viven?

Una vez que se han familiarizado conceptualmente con el tema traten de vincularlo a través de situaciones concretas; tanto dentro como fuera de los servicios de salud, en proyectos específicos que, actualmente, estén desarrollándose o en políticas ya establecidas.

Ejemplifiquen lo anterior construyendo un “collage”, dramatización u otra técnica de su preferencia.

**Respondan según la siguiente distribución:**

<b>Subgrupo #1</b>	Sesgo Androcentrismo
<b>Subgrupo #2</b>	Sesgo Familismo
<b>Subgrupo #3</b>	Sesgo de la Doble Moral

**Materiales:**

- Periódicos
- Papelógrafos
- Marcadores
- otros requeridos según la técnica a utilizar.

**Duración: dos horas**

**Evaluación del día:** Solicite al grupo que exprese una valoración del trabajo realizado durante la aplicación del módulo.

## Apoyo conceptual

### DOCUMENTO NO.6

#### ¿Cómo se construyen y se expresan los géneros?

El género es una construcción social que se hace a partir de rasgos corporales que, a su vez, son construidos en su sentido cultural; el género es histórico, cambia de acuerdo con la época y el lugar. Lo que se esperaba de una mujer hace treinta años fue diferente, en muchas cosas, a lo que se les demanda hoy en día; lo que se cree “normal” para ella en un país europeo es diferente a la normalidad latinoamericana. Por eso el género no es algo estático, se modifica de acuerdo con condiciones y situaciones económicas, religiosas, educativas, políticas y familiares.

Se va construyendo mediante la socialización que se da a través de los símbolos y los mitos culturalmente creados; los conceptos que norman los significados de los símbolos y de lo que significa ser mujer y ser hombre; y los propuestos por diferentes instituciones, tales como la iglesia, la familia y la educación, son las responsables de inculcarlos en la población.

***La socialización es el proceso mediante el cual las personas van incorporando los significados del género que se les asigna. La socialización incluye la mente y el corazón de las personas.***

La incorporación del género se da con la razón, pues se expresa en la forma de pensar, de valorar el mundo; pero también con el corazón o lo afectivo y se manifiesta en la forma de sentir, de desear y actuar el mundo.

Básicamente, se habla del género femenino o identidad femenina, caracterizado, por la sumisión, la coquetería o vanidad, el instinto maternal, lo afectivo y lo dependiente. Y del género masculino o identidad masculina, integrado por el valor, la fuerza, la razón, la inteligencia, el poder, la autonomía. Es importante señalar que aquellas mujeres que no cumplen con el ideal de mujer, y los hombres que no obedecen los requisitos de la masculinidad, reciben castigos que van desde la burla y la descalificación, hasta la negación de derechos y la exclusión.

***El género es una construcción histórico-cultural que determina una forma de ser y estar en el mundo que implica además responsabilidades, deseos y oportunidades***

El siguiente esquema muestra las principales diferencias entre el modelo tradicional y el que integra una perspectiva de género, desde la mirada del respeto a la diversidad y a los derechos humanos.

## REVISIÓN DEL ENFOQUE TRADICIONAL CON PERSPECTIVA DE GÉNERO

	<b>Desde lo tradicional</b>	<b>Desde el género</b>
<b>El enfoque</b>	La mujer socializadora, cuidadora de la salud de hijos, familia y comunidad.	La salud, satisfactor integral de las necesidades humanas develando las relaciones de poder y subordinación, que subyace en la división sexual del trabajo y causan asimetría en el ejercicio de los derechos en salud.
<b>El objetivo</b>	Dirigir programas y servicios a las mujeres enfatizando en la salud materna y funciones reproductivas.	El análisis está en la asimetría para acceder a los servicios, recursos, conocimientos y en la demanda de promoción y mantenimiento de la salud.
<b>El problema</b>	La causa es la insuficiente cobertura, el poco conocimiento de las mujeres para atender mejor a quienes cuida.	Revelar las relaciones de poder, subordinación y estereotipos sexistas, que impiden a las mujeres ejercer poder sobre su salud.
<b>Las metas</b>	Se centra en mejorar la salud de las mujeres como inversión de capital asegurándose, así, la salud de la descendencia; facilitarle la inserción al trabajo y aumentar su eficiencia en las tareas productivas y reproductivas.	Disminuir el desbalance del poder de acceso y uso de recursos y beneficios de la atención desarrollando acciones autónomas de las mujeres, para decidir sobre su vida, cuerpo y sexualidad.
<b>La solución</b>	Integrar a las mujeres en los programas en marcha.	El desarrollo de las mujeres como sujetos sociales, apropiadas de conocimiento, información y recursos, así como autovaloradas y reconocidas social, económica y políticamente.
<b>Las estrategias</b>	Se refieren a cobertura; mejorar la calidad en la educación de las mujeres, en función del rol de madres y esposas.	Facultar a las mujeres para la promoción, protección y autocuidado de la salud; facilitarles mecanismos de participación y empoderamiento de negociación entre sus organizaciones y las instituciones. Verbalizar y visibilizar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres como derechos humanos a ser ejercidos de manera autónoma y soberana.

Fuente: Esperanza Cerón, Coordinadora de la Red de Salud de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe; tomado de una ponencia presentada en el IX Congreso de Antropología en Colombia, Universidad del Cauca, 17-22 agosto, del 2000.

### ¿Cuáles características tiene el sistema patriarcal?

Las construcciones de género se dan en las culturas conocidas como patriarcales. Una cultura patriarcal es un conjunto de estructuras económicas, políticas, religiosas, legales y culturales

que originan y reproducen relaciones de poder entre hombres y mujeres, en menoscabo de las últimas.

Una de las características del sistema patriarcal es el sexismo, que es la creencia en la inferioridad de alguno de los dos sexos; en las culturas patriarcales como las nuestras, el sexismo se fundamenta en la supuesta inferioridad de las mujeres y la superioridad de los hombres, debido a lo cual, todo lo que es codificado como masculino adquiere valor y, lo que se considera femenino, se establece como menos importante. El ejemplo, tantas veces usado, de que una mujer que cocina se llama cocinera y un hombre que hace lo mismo es un “chef”, sirve para ilustrar este punto.

***El sexismo es la creencia en la inferioridad de un sexo respecto de otro.***

***¿Cómo se expresa el poder en el sistema patriarcal?***

***Poder autoritario versus otros poderes, que facilitan el desarrollo de las personas.***

**Las relaciones sociales y el poder**

El poder es algo que se mueve y se transforma; no es algo que alguien tenga de una vez y para siempre. El poder puede ser usado para obligar a alguien a hacer algo; para lucrar, de alguna manera, con una posición de superioridad; pero el poder también puede ser usado para transformar, para satisfacer los deseos, los intereses y necesidades de la mayoría de las personas. El poder así concebido puede estar en manos de cualquiera, hasta las personas más desposeídas tienen algún tipo de poder. Esto no niega la existencia del poder hegemónico: que se refiere al poder que tienen algunas personas sobre otras, debido a la manera en que se construye la realidad y al lugar que se asigna a las personas dependiendo de cómo se valoren sus características; por ejemplo, la gente blanca tiene poder sobre la gente negra y de otras varias etnias diferentes, esto en razón de que la cultura es racista. Los hombres tienen, en esta cultura patriarcal, poder sobre las mujeres.

***El poder se puede usar para dominar y maltratar, pero también puede usarse para el desarrollo personal y colectivo, para la satisfacción de necesidades y deseos.***

Las relaciones de poder existentes entre mujeres y hombres generan diferentes consecuencias: para los hombres; mayores y mejores oportunidades laborales, estudiantiles, económicas y políticas y el poder de ser considerado el modelo de lo humano. Los hombres tienen también, como consecuencia, la obligación de negar su afectividad, la obligación de mostrar valor y atrevimiento, al punto de tener actitudes que ponen en riesgo su salud y su vida.

Para las mujeres; dificultad de acceso al estudio formal, a la tierra, a los trabajos mejor remunerados, a los puestos de decisión, a los beneficios estatales, restricción de la libertad en general, exigencia del matrimonio como el estado ideal, vivencia de una maternidad no elegida, etc.

La manera en que está organizada la sociedad se traduce en un control del cuerpo, de la mente y de la voluntad de las mujeres, para que vivan dentro de lo que se ha establecido como normal

y deseable para ellas. Los modelos femeninos que se construyen e imponen desde la familia, la escuela, el Estado, la iglesia y los medios de comunicación son históricos; constituyen un performance –cabe señalar, que están moviéndose, adaptándose o transgrediendo los mandatos, que son diferentes según el lugar y la época, la cultura y las condiciones económicas-. Por ello, no podemos anotar que existe una única manera de ser mujer, ni una única manera de ser hombre; pero, sí podemos asegurar, que esas identidades están atravesadas por las relaciones de poder que el colectivo de hombres tiene sobre el colectivo de las mujeres.

Esta creencia en la superioridad masculina genera y se alimenta, a su vez, de una actitud androcéntrica, desde la cual se parte de un punto de vista masculinizado, obviando la perspectiva femenina o pretendiendo incluirla. Las expresiones androcéntricas hacen que, muchas veces, nos acerquemos a situaciones (necesidades, problemas, deseos) vividas por las mujeres desde un punto de vista masculino; desconociendo las diferencias que se han construido entre un sexo y el otro. Una lógica androcéntrica promueve la neutralidad que, generalmente, significa ignorar lo femenino. Hemos visto cómo ante la opinión de una mujer, sobre un tema que se sale de lo reproductivo, se dice que: “ella piensa eso, porque es mujer”; como expresando la parcialidad que implica el hecho de ser mujer.

***El androcentrismo consiste en una manera de ver el mundo que parte de lo masculino como lo universal, lo representativo y lo válido.***

## **SESGOS DE GÉNERO**

### **1. El androcentrismo:**

Como se mencionó anteriormente, el androcentrismo parte de que existe un modelo único de observar el comportamiento humano, independientemente de si se es hombre o mujer. A través de este esquema de pensamiento se estandariza a las personas. O, dicho de otro modo, se parte de un universalismo que invisibiliza las particularidades y especificidades de las personas. Desde el androcentrismo, no se establece diferencia entre distintas etnias y razas, edades, procedencia geográfica, clase social, personas con discapacidades, con diferentes opciones sexuales o religiosas. En el androcentrismo se niega la diversidad de las personas.

Algunas expresiones de androcentrismo son: Cuando se toma a los hombres como la norma con respecto a la cual son evaluadas las mujeres; se toman las experiencias, los deseos y necesidades de los hombres, como si fueran también de ellas; cuando el cuerpo de los hombres es tomado como representante del cuerpo humano, mientras el femenino es visto como una desviación cuando muchas enfermedades son diagnosticadas a partir de la experiencia de dichas enfermedades en los hombres.

El androcentrismo genera la subrepresentación o exclusión de las mujeres de ciertas áreas y su confinamiento a otras. Ellas son excluidas, sistemáticamente, de puestos de decisión y poder y relegadas a lo que tiene que ver con lo reproductivo. También genera la subrepresentación o exclusión de los hombres de áreas asociadas con lo reproductivo, tanto al interior de la familia como en oficios que se relacionan con el cuidado de otras y otros. Esta exclusión masculina afecta en términos emocionales a los hombres y se vuelve una injusticia contra las mujeres, quienes deben asumir todo solas.

El androcentrismo justifica un predominio masculino y un balance de poder a favor de los hombres y esto, a su vez, justifica la violencia contra las mujeres, responsabilizando a estas últimas de prevenirla y culpándolas si la sufren.

Otra característica del sistema patriarcal es que construye históricamente lo femenino, como si fuera algo instintivo y asociado con la naturaleza y, en ese sentido, las toma como seres impulsivos, incapaces de pensar y portadoras de una maldad originaria. Lo anterior se denomina **misoginia** y es producto del desprecio hacia lo femenino. Dicha actitud se refleja en la violencia -física, psicológica, sexual, económica, patrimonial y moral- sistemática, que viven millones de mujeres en su condición de subordinación y opresión.

***La misoginia es el odio o desprecio hacia lo femenino.***

## **2. El familismo:**

La insensibilidad del género se expresa de varias maneras; lo conocido como **familismo u hogarismo** consiste en tomar a la familia como la unidad de análisis final o la más pequeña, sin considerar que al interior de la familia las vivencias son diferentes según el sexo, la edad; la **descontextualización** que consiste en ignorar el contexto donde se da la situación analizada; la supuesta **homogeneidad** cuando no se considera el sexo y se parte de que, por ejemplo, un grupo de indígenas vive algo de manera homogénea, sin considerar cómo afecta el sexo.

Las características del sistema patriarcal hacen que la mayoría de creencias, sentimientos y conductas asociadas al género, se den sin que medie la reflexión o la decisión consciente de las personas, ya que se han ido inculcando de manera silenciosa y sutil. Por eso es que, para considerar una perspectiva de género, no es suficiente que la gente entienda racionalmente cómo se da y cómo se expresan las relaciones de poder entre los géneros. Si el proceso mediante el cual se aprendió todo esto como natural y normal es, en gran parte, inconsciente, la mayoría de los valores, de los deberes que recreamos no nos fueron dichos de manera explícita, sino a través de mensajes diversos y tácitos, debe darse un proceso que, igualmente, toque nuestras emociones y deconstruya o evidencie dichas posiciones. Es por ello que se habla de la necesidad de sensibilizarse, para reconocer no sólo con la razón sino también con los afectos.

## **3. La doble moral**

Al ser una sociedad androcéntrica y misógina se valora y reconoce de manera diferente lo que hacen, piensan, necesitan y desean las mujeres; y lo que hacen, piensan, necesitan y desean los hombres. Esta valoración se denomina doble parámetro; normas dobles o doble moral y consiste en valorar y reconocer una misma expresión de manera positiva si está asociado con hombres y, considerada como negativa, si está asociada con mujeres. A veces el doble parámetro se da de manera evidente y es fácil detectarlo, pero, en otras, es tácito y cuesta trabajo percatarse de él. La norma doble se expresa como un dicotomismo sexual, donde se exageran las diferencias de sexo y género, como excusa para perpetuar los estereotipos que han sido creados culturalmente y son presentados como producto de la naturaleza o de la biología.

***La doble moral es la actitud, según la cual, una misma cosa se valora de manera diferente, según el género de que se trate.***

Pero estas expresiones son muy difíciles de reconocer debido a la ginopia o ceguera ante lo femenino. Cuando nos percatamos de que, un texto escolar, presenta 589 imágenes masculinas y 21 femeninas y no nos asombramos, es por la ginopia que nos ha acostumbrado a que “lo normal” es lo femenino: negado, invisibilizado o distorsionado, con imágenes que proyectan mujeres estúpidas, sádicas, usables, descartables, o eternamente buenas y sacrificadas. Es la ginopia los que provoca que no se reclame por el hecho de que, el 90 por ciento de los monumentos nacionales, sean de varones; y que, los femeninos, estén dentro de los roles reproductivos que el género asigna.

***La ginopia es la dificultad de ver lo femenino y de Reconocer su importancia.***

En relación con la ginopia está la **insensibilidad del género**, que se expresa como **ceguera de género**; que es la actitud según la cual la construcción de los géneros no tiene importancia y no determina nada y el **neutro al género**, que es cuando se asume que mujeres y hombres son afectados de la misma manera. Partir de cualquiera de esas posiciones, es partir de prejuicios que impedirán ver gran parte de la realidad; es realizar un trabajo con **sesgo basado en el género** relacionado con el androcentrismo, la insensibilidad al género y el doble parámetro o doble moral.

**RECORDATORIO A EL/ LA FACILITADOR/ A**

Se solicita distribuir a los y las participantes la guía de trabajo “Indagando en nuestra realidad” que a continuación se presenta.

La misma será el insumo necesario para el desarrollo de la próxima

## TRABAJO EXTRA-CLASE:

Con el propósito de contar con la información requerida para desarrollar la próxima sesión, se les hará entrega de la siguiente guía de trabajo con sus respectivas instrucciones.

### Actividad # 1: “Indagando en nuestra realidad”

Solicite a los/las participantes que se organicen en cuatro equipos, para desarrollar la siguiente guía de investigación en sus centros laborales.

Se sugiere que se entreviste un mínimo de 20 personas usuarias y en el caso de los/as proveedores/as de salud, se recomienda una persona representante de cada servicio. La información obtenida debe ser tabulada y sistematizada. Los resultados obtenidos han de organizarse para exponerlos en la siguiente sesión. Se recomienda que para el trabajo de campo se utilice la metodología participativa. La presentación se realizará a través de un foro de discusión, a través de los medios audiovisuales de preferencia del equipo; para ello se deberá escoger, con antelación, una persona para que sea la expositora de lo discutido en el grupo. Se deberá avisar al facilitador/a, anticipadamente, si se va a necesitar algún equipo audiovisual. Para la explicación cada subgrupo dispondrá de un máximo de 15 minutos.

### Guía de Trabajo #1: “Indagando en nuestra realidad”

#### Información solicitada a los/ as usuarios/ as de los servicios de salud

1. ¿Qué es la salud? ¿Qué significa para usted estar enfermo/ a?

---

---

---

2. ¿Qué prácticas desarrolla para mantenerse saludable?

---

---

---

3. Cuando usted se enferma ¿a quién acude en primera instancia? Marque con una X

a) al centro de salud  
c) se automedica

b) al curandero/ a  
d) toma remedios caseros

4. Cuándo usted se cura de algún padecimiento ¿a quién le atribuye esa curación?

---

---

---

#### Información solicitada a los /as prestatarios/ as de los servicios de salud.

1. ¿Qué es la salud para usted?

---

---

---

2. **¿Considera usted que entre el personal de salud prevalecen prácticas mágico-religiosas al tratar los problemas de salud?**

---

---

---

---

3. **¿Conoce el Análisis de Situación de Salud (ASIS) de su área?**  
SI ( ) NO ( )

**Explique las razones de su respuesta:**

---

---

---

4. **En caso de haber contestado afirmativamente la pregunta anterior señale los aspectos que son considerados, en el Análisis de Situación de Salud:**

---

---

---

---

5. **¿Conoce usted cuáles son los principales problemas de salud de su área?**  
**Anótelos**

---

---

---

6. **¿Conoce usted cuáles son los criterios metodológicos que utilizan en su área, para identificar los grupos sociales?**

---

---

---

---

7. **¿Conoce usted si la información obtenida en el “Análisis de Situación de Salud” de su área es interpretada con enfoque de género? Si considera que no es así, qué sugerencias haría como medida correctiva?**

---

---

---

---

**MODULO III**

Construyamos conjuntamente la salud con perspectiva de género

**OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar un proceso reflexivo para que los y las participantes reconozcan, desde el paradigma de salud como un producto social, la perspectiva de género como factor determinante en la salud de hombres y mujeres

**ACTIVIDAD N.1**

Identifiquemos en nuestro accionar los paradigmas de salud

**ACTIVIDAD NO.2**

Aplicando nuestros conocimientos

**ACTIVIDAD NO.3**

Aprendamos a leer los sesgos de género e inequidades en la salud

### **Generalidades del módulo:**

Este módulo consta de tres actividades. Brinda el espacio de discusión paradigmática en salud; puntualiza en los principales modelos: el biólogo y el que pone énfasis en la salud como una construcción social, para incorporar en la discusión, como ejes transversales, el Desarrollo Humano Sostenible, el marco de los Derechos Humanos, el enfoque de Género y Salud Integral. Se finaliza con una revisión de los sesgos de género y sus implicaciones en las inequidades expresadas en las diferentes prácticas laborales.

### **Procedimientos:**

#### **Actividad N.1: “Identifiquemos en nuestro accionar los paradigmas de salud existentes”**

La o el facilitador, para desarrollar esta actividad, debe retomar la guía “Indagando en nuestra realidad” entregada en la sesión anterior, con la cual se llevará a cabo el foro de discusión.

El/la facilitador/a solicita a cada expositor/a que se coloque en la mesa principal, frente al auditorio, y dé a conocer los resultados de la investigación de su subgrupo.

El/la facilitador/a deberá, enfatizar en aquellos aspectos relacionados con las implicaciones que estas concepciones tienen, para proveer de atención en salud a las personas; y determinar si los sesgos de género están presentes. Si lo están, debe proceder a explicar de qué manera se manifiestan.

**El/la facilitador/a debe establecer un mecanismo de comunicación con el grupo en caso de requerir o consultar algo adicional.**

#### **Materiales:**

- Pizarra acrílica, marcadores y borrador
- Retroproyector
- Papelógrafos
- otro equipo solicitado por los grupos, dependiendo de la técnica de presentación seleccionada.

**Duración: dos horas**

#### **ACTIVIDAD # 2 : Aplicando nuestros conocimientos**

##### **Guía de trabajo No.2**

Cada grupo hará la lectura de síntesis teórica y del caso que a continuación se presenta. Deberá identificar los diferentes paradigmas y sus implicaciones en el/la usuario/a, en los servicios y en los equipos de salud. Una vez realizado el ejercicio anterior expone, en plenario, por medio de una creatividad (poesía, dramatización, cuento), la síntesis realizada.

##### **Caso para la discusión: “Un día en la vida”**

“Quizás las influencias de mi familia me hicieron algo cobarde, porque yo me crié sola con hermanos varones y ellos siempre me estaban metiendo miedo; controlándome y vigilándome y diciendo que mucho cuidado, que no vayas por ese lado, que no camines en lo oscuro; en fin, todo ese mimo que le dan a una cuando es hembra y mucho más si es la única mujer.

Mis papás sólo pudieron mandarme al primer grado. No porque no quisieran sino porque en la casa éramos muchos y yo era la única hembra, era la encargada de desgranar el maíz y de moler y luego llevarles las tortillas a mis hermanos al cañaveral.

Mis hermanos se mataban haciendo cortas en la zafra, lo mismo que mi papá. Mi mamá y yo éramos las del oficio en la casa.

Por todos éramos catorce, mis papás y once hermanos varones. Y eso que murieron tres. Murieron desmoyerados. Recuerdo que al último, mi papá lo colgaba de los pies para que le volviera la moyera a su puesto y nada. Morían con la cabeza hundida, toda la moyera se le hundía luego de grandes diarreas; una vez comenzada la diarrea no había salvación. Todos murieron antes de cumplir un año.

Los bebés sólo se desmoyeran cuando están chiquitos. Como tienen los huesos bien blandos, en un descuido viene la diarrea y se les hunde lo de adelante de la cabeza. Los niños se van al cielo. Eso nos decía el Padre. Y nos íbamos despreocupando. Siempre fuimos bien conformes”.<sup>18</sup>

## **INDICACIONES PARA EL /LA FACILITADOR/A**

El o la facilitadora conducirá la plenaria para que cada subgrupo exponga sus creatividades.

Deberá indagar en los/as participantes sus sentimientos, emociones y reacciones respecto a lo analizado.

El/la facilitador/a no debe perder de vista que la aplicación de este módulo está orientado al reconocimiento de las rupturas paradigmáticas y visibilizar los sesgos de género.

### **Materiales:**

- Fotocopia para cada participante de la síntesis teórica sobre los paradigmas de la salud
- el caso y la guía de trabajo
- Hojas blancas, papelógrafos, marcadores, revistas y otros solicitados por el mismo grupo.

**Duración: 2 horas**

---

<sup>18</sup> Tomado de: Dr. Ignacio Martín Baró. “Acción e Ideología”. Editorial, 1990.

## **Apoyo conceptual:**

### **DOCUMENTO NO.7**

#### **Definición del concepto de salud**

A lo largo de la historia de la humanidad han existido distintas concepciones y explicaciones, sobre el fenómeno de la salud y la enfermedad tratando de entender cómo se producen y cuáles son sus causas.

Este conocimiento construido desde las colectividades, por hombres y mujeres, ha pasado por distintos momentos, conocidos como: el mágico religioso, el empírico, el científico y el enfoque de la salud como producción social. Aunque se pueden reconocer e identificar por períodos específicos en la historia de la humanidad, hoy en día suelen todavía coexistir algunos de estos enfoques.

Los elementos teóricos y metodológicos que conforman estos enfoques constituyen lo que se ha dado en llamar el paradigma. Con el propósito de aclarar algunas nociones de lo que es un paradigma, se señalan a continuación, algunas de sus características: es un modelo o representación de la realidad que está constituido por un marco teórico conceptual y metodológico, que comporta un complejo sistema de creencias y postulados compartidos por una comunidad científica en un período histórico determinado. Este referente teórico y práctico es el que permite abarcar, analizar, comprender, explicar y verificar los hechos. Es el conjunto de elementos desde los cuales se puede explicar la realidad. Un paradigma puede ser reemplazado por otro, solo cuando se produce una ruptura o crisis ocasionando vacíos en las respuestas para explicar ciertos fenómenos; la pérdida de un paradigma supone la aparición de un nuevo enfoque. La transición de un paradigma a otro es lenta y, muchas de las veces, produce resistencia por parte de algunos grupos; especialmente, si se toma en consideración que se rompen patrones, creencias y prácticas.<sup>19</sup>

Con el propósito de ahondar en los enfoques antes mencionados, se expondrán las definiciones desarrolladas en el documento elaborado por la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica correspondiente al Módulo 3 de Atención Integral en Salud<sup>20</sup>, sobre enfoques mágico-religioso, empírico, científico y el integral.

**El enfoque mágico religioso:** En el marco de este enfoque, la enfermedad es el resultado de fuerzas sobrenaturales que sancionan determinado comportamiento humano. Desde esta visión, la enfermedad se vive como un “castigo divino”(…) el ser humano está a merced de la voluntad de los dioses y, por ello, las posibilidades de recuperar la salud se verán ligadas a ritos mágicos y al cumplimiento de los mandatos divinos. Al hechicero o al representante (siempre varón en esas culturas androcentristas) de los dioses, se le adjudican poderes sobrenaturales y, es este, quien media entre seres humanos y dioses; y, por lo tanto, adquiere un status y un poder por encima de los demás. Un ejemplo de ello: acostumbran algunas madres o abuelas, para proteger a la criatura del “mal de ojo”, colocar en las muñecas de ésta, cintas rojas o una semilla llamada “nene”.

---

<sup>19</sup> Para ampliar este tema: confr. Kuhn, Thomas. La respuesta a la crisis en: Kuhn, T. La estructura de las revoluciones científicas. F.C. E, México, 1985, pp. 128-148.

<sup>20</sup> Guzmán, Ana y otros. Módulo 3 Atención Integral en Salud . San José, C.R. : CCSS-CENDEISS, UCR-Esc. De Salud Pública. Curso Especial de Posgrado en Gestión Local de Salud para los Médicos/as Generales de los EBAIS. 1997.

**El enfoque empírico:** Implica un sistema más evolucionado que el anterior, ya que, en lugar de dirigir la mirada hacia arriba, para encontrar las señales de los dioses, se empieza a observar la enfermedad y sus manifestaciones, desde la experiencia. A partir de lo observado se asocian causas naturales que producen la enfermedad. Esta asociación lleva a ensayar “tratamientos” que a partir de su efecto corroboran el “diagnóstico”. Este sistema no trasciende la experiencia cotidiana y se conduce más por ensayo y error que por un proceso sistemático. Ejemplifica lo anterior, el uso de las frotaciones con ciertas sustancias (manteca y sal), cuando se está enfermo de gripe o bronquitis. Otro ejemplo de este enfoque es “sobar” cuando se tiene “pega”.

**Enfoque científico:** Busca explicaciones del proceso patológico que pueda deducirse del conocimiento construido de manera metódica y sistemática. Para ello se utilizan técnicas e instrumentos y los hallazgos, hechos e ideas, se clasifican de una manera lógica y racional. Esto es lo que conocemos por el nombre de “método científico”. Para citar un ejemplo, nos referiremos al médico Carlos Finlay, de origen cubano, quien descubrió cómo se transmite la fiebre amarilla. El partió de una serie de observaciones y conocimientos sobre la enfermedad, que le permitió describir, con gran meticulosidad, las características y los hábitos alimentarios de los mosquitos. Con base en estas observaciones lanzó una nueva teoría y la sometió a verificación experimental, para determinar el medio por el cual la materia morbígena de la fiebre amarilla, se desprende del cuerpo de la persona enferma y se implanta en el de una sana<sup>21</sup>.

**Enfoque de atención integral:** Es el abordaje de diferentes necesidades y problemas de salud en personas, familias o comunidades, en una sociedad concreta; define las condiciones de vida perfilando un determinado nivel de salud, en los grupos sociales que la conforman. Por tanto poseen características propias de sexo, de edad, de etnia; su propia historia; una particular condición social y económica que caracteriza su entorno, sus condiciones de vida y, desde ahí, sus particulares necesidades de salud.

**Enfoque de Producción Social de la Salud:** Este enfoque es de más reciente data. Corresponde a una visión integral de la salud que es alimentada a partir del análisis de las condiciones de vida de las personas y poblaciones, tanto materiales como espirituales. En este enfoque es preciso partir de que existe un entorno social, económico, cultural, de género y político, que determina el estado de salud de las personas. Estos procesos determinantes se dan en tres niveles: el general que hace referencia a procesos macrosociales, como las estructuras económicas, las políticas de Estado y la organización cultural; el nivel particular que abarca formas de organización de los grupos humanos y se expresa en la distribución de bienes y servicios, grupos culturales, clases sociales y la condición de género; y el nivel singular que se expresa en cada persona, en sus procesos fisiológicos y normas genéticas y en la forma de asumir la cotidianeidad. La salud-enfermedad se conforma como un proceso, ya que, al igual que los procesos sociales, la biología humana no es estática; tiene una “plasticidad diferente y cambiante” frente a las condiciones de vida. A diferencia del enfoque biólogo o científicista, cuyo centro y base del trastorno es lo biológico, el cual resultó útil para la prevención, el tratamiento y disminución de las secuelas de la enfermedad y el prolongamiento de la vida, no ha servido para determinar los procesos de salud y enfermedad que permitan transformar sustancialmente los patrones diferenciales de enfermar y morir de diferentes grupos. Una de sus principales limitaciones es que se centra en la enfermedad y no en la salud; desde la perspectiva más amplia, lo que ha llevado a confinar como ámbito de acción los hospitales y clínicas con tecnología sofisticada; pero, también, a apoderarse de las personas, de decisiones y acciones que, privativamente, le competen, reconociéndolas como estrictamente médicas. De

---

<sup>21</sup> Gerrero y otros. Epidemiología. Addison-Wesley Iberoamericana. México, 198.

ahí que se establezca una relación de poder entre el personal de salud y la población; se sobrevalore el discurso científico y se legitimen prácticas que ignoran el entorno físico y social, así como el protagonismo de las personas en la generación y conservación de su salud<sup>22</sup>.

**Recordatorio a el o la facilitadora:**

Entregar la guía de trabajo de campo no.3 y dar las orientaciones necesarias.

**Evaluación:** Se deberá preguntar a los y las participantes, su opinión respecto de lo realizado durante el día: contenidos, materiales utilizados y metodología.

**TRABAJO EXTRA-CLASE**

**Actividad No.3: “Aprendamos a leer los sesgos de género e iniquidades de la salud”.**

**Guía de trabajo # 3**

Orientación para el trabajo de campo: La institución de salud, sea un hospital, área de salud, EBAIS, etc., es el resultado de un proceso histórico de gestión colectiva, donde están presentes los valores y los saberes, que se producen y reproducen como prácticas en continuo movimiento; cabe señalar, constituyen una construcción social. Al promover nuevos elementos para el análisis de los servicios de salud, como lo es el Análisis Basado en Género, es esencial una actitud problematizadora frente al análisis del proceso de trabajo.

Aplicar la guía de trabajo # 3, en los centros de trabajo, tomando como insumo los Análisis de Situación de Salud.

**Mortalidad**

1-Escriba las cinco principales causas de muerte del área de estudio:

---

---

2-Cuál es la tasa de mortalidad infantil y cuáles son las causas de la misma:

---

---

---

3-Cuál es la tasa de mortalidad materna y cuáles son las causas de la misma:

---

---

---

<sup>22</sup> Comisión Técnica Interinstitucional del Sector Salud. Modelo de Atención Integral de la Salud de las Mujeres: Una propuesta para su construcción. Ministerio de Salud, INAMU, CCSS. 2001.

4-Cuál es la mortalidad registrada de SIDA por sexo y por grupos de edad:

---

---

---

5-Cuál es la mortalidad registrada por tipo de cáncer y por sexo:

---

---

---

6-Cuál es la mortalidad registrada por accidentes de tránsito, y cuál es la distribución de ésta por sexo:

---

---

---

7-Defina la mortalidad por suicidios y lesiones autoinflingidas, anotando la mortalidad de acuerdo con el sexo:

---

---

---

8-Cuál es la mortalidad por homicidios, anotando la mortalidad de acuerdo con el sexo:

---

---

---

### **Morbilidad**

1. Defina las cinco principales causas de consulta, por sexo:

2-Anote el número de casos atendidos de VIF, por sexo:

---

---

3- Cuál es la incidencia de infecciones de transmisión sexual, por sexo:

---

---

---

4-Anote el porcentaje de mujeres de 30 y más, que se han realizado el papanicolau en los últimos tres años

---

---

---

**Para el análisis de la información utilice algunas de las siguientes preguntas y afirmaciones a manera de orientación:**

¿Cuál es la realidad sobre la salud de las mujeres y los hombres?

¿Cuáles son las causas de mortalidad masculina (ejemplo: accidentes, violencias)?

¿Están estrechamente relacionadas con actitudes y conductas estereotipadas como masculinas, tales como: agresividad, osadía?

¿Cuáles son las cinco primeras causas de muerte femenina? ¿Se relacionan con complicaciones con el embarazo, parto?

Existen diferencias importantes, por sexo, en la naturaleza, prevalencia, sesgos y consecuencias de los problemas de salud.

La información, orientada, de violencia contra las mujeres, está ligada a comportamientos de dominación toleradas y estimuladas, mayormente, entre hombres; es una manifestación cruda del desbalance de poder entre sexos.

¿Es la mortalidad materna, por su indiscutible evitabilidad e injusticia, un trazador crítico de la discriminación de las mujeres?

Las enfermedades asociadas por sexo con conductas de riesgo más prevalentes, entre los hombres, son los relativos a SIDA, cirrosis de hígado.

Las mujeres tienen una mayor necesidad de servicios de salud que los hombres derivada, particularmente, pero no de manera exclusiva, de su rol biológico en la reproducción.

¿Cuál es el comportamiento de las enfermedades crónicas por sexo?

Una vez desarrollado el proceso investigativo se debe traer preparada una exposición para la próxima sesión.

## **MODULO III**

### **CONSTRUYENDO CONJUNTAMENTE LA SALUD CON PERSPECTIVA DE GÉNERO**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Desarrollar un proceso reflexivo para que los y las participantes reconozcan desde el paradigma de salud como un producto social, la perspectiva de género como factor determinante en la salud de hombres y mujeres.

#### **SEGUNDA FASE**

##### **ACTIVIDADES No. 1**

Aprendiendo a leer los sesgos de género e iniquidades en la salud.

## **Continuación del Módulo III**

La sesión se inicia con la aplicación de la actividad no.3 de este módulo, la cual consiste en que, cada subgrupo, exponga los resultados obtenidos en la investigación de campo y se propicie un debate.

El o la facilitador/a debe promover la reflexión sobre las especificidades tales como: la incidencia empírica indica que las mujeres tienden a experimentar una mayor morbilidad que el varón, a lo largo del ciclo vital; esto se expresa en prevalencia de enfermedades crónicas. ¿Qué opina el grupo sobre esto de acuerdo con su intervención en la realidad?

El facilitador/a debe conducir la plenaria para efectos de que identifiquen los sesgos de género y sus implicaciones en las inequidades de salud.

El o la facilitadora solicita a cada subgrupo hacer la lectura que a continuación se entregará. Cada subgrupo deberá de hacer una vinculación con su accionar en salud. Asimismo, se deberá analizar teniendo como referencia lo aplicado a lo largo del curso.

## **Apoyo conceptual**

### **DOCUMENTO NO.8**

#### **Descubriendo los paradigmas de salud**

Una de las maneras de identificar, en nuestro accionar, los paradigmas de la salud existentes, es reconociendo algunos elementos claves que muestren aquellos sesgos de género e inequidades. A continuación se señalan algunas situaciones que podrían servir como ejemplos:

#### **Las mujeres y la salud:**

La salud, lejos de ser un producto médico, es un producto social y cultural. En las mujeres, la salud, como expresión de su vida toda, se ve afectada por sus condiciones de género: la obligatoriedad de reproducir la vida, de cuidar, material y afectivamente, a los demás; colocándose, ellas, en un segundo plano. Soportando una carga más pesada al ser las responsables de la salud de cada miembro de la familia. Además son las responsables de la alimentación, el aseo, la vestimenta y el confort; median las demandas a las instituciones de salud, cuidan a las personas enfermas, ancianas, niñas, apoyan las acciones de salud desde la comunidad. Esto se va agudizando, cada vez más, debido a las políticas macroeconómicas de ajuste estructural que han significado una reducción gradual e importante, de la inversión estatal en apoyos sociales.

***La salud es un producto social y cultural; tiene que ver con el cuerpo, con la educación, con la economía, con la política.***

Las mujeres, por el género, presentan vulnerabilidad porque son las más pobres entre los pobres; tienen menos acceso a recursos tales como la educación, la tecnología, el dinero, el poder y son más dependientes de otros para seguridad y por la visión que de ellas hay en la medicina y la atención que eso les genera.

La mayoría de mujeres enfrenta problemas de salud, en la medida en que la vida les implica sacrificios y dádivas para los demás, vidas insatisfechas, llenas de dolor, miedo y frustración; también implica poca atención y, más aún, la negación e ignorancia del propio cuerpo; así como poca libertad para desarrollarse, que se somatiza a través de enfermedades.

***El género para las mujeres se traduce en enfermedades debido a las obligaciones de reproducción que deben asumir; y debido a la frustración, el enojo y la postergación a que se ven sometidas por ello.***

Las enfermedades en las mujeres, muchas veces son evitables; pero sus condiciones de género y los mitos que la rodean, hacen que se vea como natural, el constante estado de enfermedad que viven. Por ejemplo, nos acostumbran a los dolores de cabeza, de espalda, a la colitis, al miedo constante, a la depresión y, pocas veces, dichos síntomas originan una verdadera revisión de las causas. Esto es lo que se llama un sesgo de género que impide ver, lo que una vez desvelado, resulta evidente.

### **Las mujeres y la medicina**

Además de lo anterior, las mujeres viven las consecuencias del ejercicio de la medicina como una institución jerárquica que se ha desarrollado, históricamente, bajo una relación de objeto-sujeto y no de sujeto-sujeto. Al consultar algún servicio de salud, ellas, sistemáticamente, han sido tratadas como niñas, con pocos conocimientos, como seres pasivos que deben aceptar y obedecer, sin cuestionar, la palabra de quien hable en nombre de la medicina. Existe una tendencia entre el personal de salud, de no considerar su opinión durante una consulta; no les explican lo que tienen o lo hacen infantilizándolas, regañándolas y minimizando sus malestares o temores; las convierten en un número de expediente o en un síntoma que, para las mujeres, implica casi siempre ser reducidas a su salud reproductiva convirtiéndose, así, en un objeto de la medicina. Un ejemplo de ello es la relación que se establece con la parturienta; ésta al momento de la labor de parto, y del parto, no tiene una participación activa, dando lugar a lo que se conoce como “parto médico”, relegando a un segundo lugar su papel protagónico.

***Desde la medicina como institución dominada por una visión androcéntrica se ha infantilizado y medicalizado a las mujeres.***

Otro problema que enfrentan las mujeres es la dificultad en el acceso al seguro social debido a sus condiciones laborales: ante la obligatoriedad de la maternidad, como responsabilidad exclusivamente femenina, muchas viven postergando o renunciando a trabajos por embarazos o por los cuidados a prodigar al niño o la niña recién nacida; además, son las que más frecuentemente tienen los trabajos de tiempo parcial que no incluyen seguro médico o los empleos que no están cubiertos por prestaciones, lo que hace que queden desprotegidas en relación con su salud; muchas son despedidas si están embarazadas; otras ni siquiera son contratadas si están en edad reproductiva y a otras se les exige una prueba de embarazo, como requisito para concursar por un puesto.

La discriminación hacia las mujeres en el área de salud también se expresa en el ejercicio de la profesión médica; como estructura jerárquica de poder y dominación de género que es, la posibilidad de ocupar algún puesto de poder y desarrollarse en determinada especialidad viene altamente marcado por el género. Existen especialidades que han sido ocupadas, mayoritariamente, por mujeres; se caracterizan por ser labores consideradas femeninas, pues

están asociadas a lo reproductivo, al cuidado, la intuición, labores invisibles que nadie valora socialmente ya que, según los valores dominantes, cuidar de otras personas no es importante, y se remunera escasamente. Existen también especialidades vistas como masculinas que se relacionan con funciones de mayor valoración y reconocimiento social, con mayor prestigio y poder y mayor ganancia económica; estas especialidades son vistas como “complicadas” e importantes.

***En el sector salud la mayoría de trabajadoras reproducen los papeles de género al asumir labores de cuidado y consuelo, labores poco valoradas socialmente y mal remuneradas.***

## **Los derechos y la diversidad**

Es imprescindible cuestionar la imagen de las mujeres como objeto pasivo del sistema de salud y los hombres como sujetos ausentes en la atención, e ir incorporando una lectura más integral y real. En relación a las mujeres, debe entenderse que no son un todo uniforme y homogéneo, del que se pueda decir que tienen las mismas necesidades. Cada una, a partir de su ubicación en la sociedad dada por su clase, su edad, la etnia, su orientación sexual, su estado civil, la religión que profese, su escolaridad, tiene sus propios deseos, necesidades y manera de ver el mundo. Los servicios dirigidos a las mujeres deben, por tanto, incorporar esa realidad; deben considerar a las mujeres en todos sus ciclos de vida y valorar su diversidad.

***Cada mujer vive, de acuerdo con su subjetividad, las condiciones de género de manera particular. Eso hace que cada una, si bien comparte con las otras muchas vivencias, también representa experiencias irrepetibles y únicas.***

Es, desde esa diversidad, que se concibe a las mujeres como sujetas de derechos; vale señalar, que se toman en cuenta sus intereses y necesidades, sus opiniones, sus iniciativas; dentro de una concepción de igualdad, como igualdad de derechos, no como igualdad de identidades, ni entre ellas ni con los hombres; es igualdad para quienes son diferentes y esa igualdad, precisamente, debe preservar la diversidad.

Las mujeres tienen derecho a amar y cuidar su propio cuerpo; a disponer de él como lo deseen; a decidir sobre su fecundidad, a recibir atención en salud en cualquier momento; a vivir su sexualidad de manera autónoma y placentera, a recibir una educación sexual libre y sin prejuicios; a condiciones económicas, ambientales, afectivas, educativas y nutricionales que le garanticen el desarrollo de su salud. Finalmente, la sociedad tiene el deber de asumir la construcción de sus derechos, desde una perspectiva integral: legal, cultural, social, económica y política.

***Los derechos para las mujeres deben partir de la diversidad de cada una: su clase, su edad, su escolaridad... y su subjetividad. Además debe corresponderse con los deseos y las necesidades de cada cual.***

*MODULO IV*

Pongamos en  
práctica lo  
aprehendido

OBJETIVO  
GENERAL

Promover de manera conjunta el  
diseño de una propuesta de  
intervención para el cambio, desde  
la perspectiva de género

ACTIVIDADES

Modifiquemos nuestra  
realidad con perspectiva de  
género

## **Generalidades del módulo:**

Durante el proceso de capacitación se han establecido los parámetros para integrar en el desarrollo de programas y proyectos, el Análisis Basado en Género. Los y las participantes se han sensibilizado, han discutido y familiarizado con la perspectiva de género; no obstante, ello no es suficiente si lo aprehendido no logra traducirse en acciones en la práctica. Lo anterior no tiene valor alguno, si no logra intervenir y cambiarse la realidad, así como, también, debe establecer nuevas formas de desarrollo, en los procesos de trabajo. De ahí la importancia de plantear y discutir sobre las posibles alternativas a seguir, frente a un determinado problema; teniendo en consideración que no todos los cambios son factibles de hacer, por diversas razones, como limitaciones técnicas o humanas y por la carencia de recursos. La propuesta debe formularse sobre la base de alternativas que se consideran adecuadas, para el enfrentamiento y transformación del problema y a lo que el grupo esté primeramente en capacidad de desarrollar.

### **Actividad No.1: Modifiquemos nuestra realidad con perspectiva de género**

El o la facilitadora solicita al grupo que se organicen en subgrupos y desarrollen la siguiente guía de trabajo:

#### **Guía de trabajo No.1**

Diseñar una propuesta de trabajo en la que el grupo esté interesado en promover un proyecto con perspectiva de género, que modifique la situación actual de un problema identificado, ya sea en los procesos de atención o en la gestión de los servicios.

Para hacer esta propuesta se toma como base la lectura adjunta. Se requiere que los y las participantes reflexionen según su experiencia, sobre cuál es la importancia de trabajar desde un enfoque de género en salud.

**Se debe basar la discusión en los aspectos más relevantes de la lectura, para lo cual, a continuación, se enlista una serie de interrogantes que puede servir como guía para la discusión. Para ello, la persona facilitadora del grupo puede formular las siguientes preguntas:**

- ¿Qué consecuencias conlleva trabajar sin una perspectiva de género?
- ¿Se perjudican algunas personas al no estar incorporada la perspectiva de género?
- ¿Se benefician otras personas al implementarse la perspectiva de género?
- ¿Se quedan expresiones de la realidad sin incorporar en el texto?
- ¿Qué cree que se puede obtener o lograr al considerar una perspectiva de género?

Esta guía de preguntas conviene tenerla presente, a la hora en que el grupo formule el proyecto para dar respuesta a un caso concreto o un problema identificado dentro del sistema de salud. Este debe ser relevante y de interés común para el grupo; por tal motivo, la situación - problema que se plantee debe corresponderse a algo que el grupo experimente en su propio lugar de trabajo.

Una vez hecha la reflexión sobre los aspectos conceptuales, e identificada la situación a tratar, el grupo debe diseñar las alternativas de solución a través del desarrollo de un proyecto,

programa o acciones de intervención. Para ello, se debe desarrollar la matriz de un “Plan de Acción” como lo que se muestra a continuación. (Dicha matriz deberá presentarse en plenaria).

**Materiales necesarios:**

- Papelógrafos, marcadores, cinta adhesiva, marcadores para papel
- fotocopia de la matriz para cada participante, hojas blancas
- fotocopia para cada participante de la lectura
- filminas corrientes, marcadores para filminas
- retroproyector (dar las dos opciones para la presentación del trabajo en en plenaria).

**Duración: un día**

## PLAN DE ACCIÓN

Problema o área de interés:

---

---

OBJETIVO ESPECÍFICO:

1. \_\_\_\_\_

---

2. \_\_\_\_\_

---

ACCION ESTRATÉGICA	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLES
1,	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
2.	ACTIVIDADES	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLES
	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
5.				

**Nota:** Defina los objetivos evitando los sesgos de género.

Desarrolle las principales acciones estratégicas y actividades que le permitirán avanzar hacia la solución del problema. Se puede seleccionar uno o dos objetivos específicos, así como también dos o más estrategias de solución, según lo acordado por el grupo.

## APOYO CONCEPTUAL

### DOCUMENTO NO.9

#### ¿Por qué el análisis de género?

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) ante la realidad de que ninguna sociedad trata a las mujeres tan bien como a los hombres, el logro de la equidad de género debe ser parte de las reformas en salud. En ese sentido, el análisis de género es imprescindible para conocer y comprender las realidades de las mujeres, de los hombres, de las niñas y de los niños, así como de las personas mayores y de las que presentan algún tipo de disminución de las capacidades físicas o mentales. Se parte de que los servicios de salud modifican algunos aspectos de la vida de las personas, tales como sus derechos, sus obligaciones y las oportunidades que tengan en relación con la construcción de su salud y que, todo ello, se relaciona con la construcción de género.

El análisis de género sirve para evaluar los diferentes efectos de las políticas y programas, existentes o por desarrollar, en ambos géneros. Posibilita que una política se emprenda tomando en cuenta las diferencias genéricas, según cada sexo, especialmente visibilizando aquellos medios y mecanismos que profundizan las iniquidades entre ambos y promueven relaciones de poder que subordinan a las mujeres. La idea de dicho análisis es, contra la ginopia o ceguera de género, ver si las necesidades e intereses de ellas, igual que las de los varones, están presentes en la política o programa que se considere; si son necesarios cambios para que ello se dé, y si se dan posibilidades o recursos para que dicho cambio se efectúe.

***El análisis de género visibiliza las relaciones genéricas en las comunidades y en las instituciones; facilita propuestas que contribuyan con el cambio hacia la justicia, el respeto y la equidad.***

La importancia de trabajar desde una perspectiva de género está en relación con el hecho de asumir que la salud-enfermedad es un producto social, de manera que no es posible abordarla con éxito sin considerar este enfoque; éste permite recuperar de qué manera el riesgo de enfermar y de morir, de estar sana, de acceder y controlar los servicios de salud está afectado por el género; permite recuperar las diferentes necesidades de las mujeres y de los hombres. Una política o programa que no considere el género es incompleta y oculta, niega las consecuencias que esa exclusión genera: casi siempre perpetuar el sistema injusto. El enfoque de género hace posible predecir si una política responde a las necesidades de equidad o si refuerza la desigualdad. Hasta ahora, la mayoría de intentos por incorporar el género tienden a quedarse en el discurso o en buenas intenciones, sin que se operacionalice. Quizás ello sucede por resistencia, por desconocimiento metodológico, falta de investigaciones, de información o de capacidad para acceder, analizar o traducirla, dicha información en políticas; falta de convencimiento y voluntad en los niveles de decisión, por la necesidad de toma de conciencia o de voluntad política para formar y sensibilizar recursos humanos en los niveles estratégicos capacitados en materia de género.

El análisis de género es una herramienta analítica, que ayuda en el desarrollo de mecanismos y estrategias para fortalecer las capacidades de las mujeres, a fin de que puedan tener acceso y control de los recursos de salud; especialmente, en aquellos aspectos relacionados con autodeterminación de sus propios procesos. Todo esto mediante el análisis y desarrollo de políticas, programas y proyectos, el desarrollo de investigaciones y la recolección de datos,

sobre cómo las diferentes situaciones y condiciones de las mujeres y de los hombres determinan su salud, su acceso y, el control a los recursos de salud.

El análisis de género debe ser participativo; o sea, que las personas usuarias deben tener el control para la utilización de dicho análisis.

Desde el análisis de género se pueden identificar los sesgos (que quedarán al descubierto al visibilizar y analizar las relaciones de género y el flujo de recursos y su asignación) y, por ello mismo, priorizar la participación de las mujeres; pues, históricamente, éstas han sido excluidas en relación con los hombres y porque son las que requieren más de los servicios de salud. En ese sentido es necesario asumir la urgencia de incorporar su participación ciudadana desde el proceso de planificación, para que se dé una apropiación real y una mayor autodeterminación sobre sus vidas y su salud; esto garantiza una mayor efectividad y eficiencia de las políticas, pues son más apegadas a la realidad de aquellas a quienes dice representar.

El análisis de género reconoce la importancia de desarrollar una respuesta intersectorial, que considere a todas las instituciones, organizaciones y sectores vinculados a la construcción de la salud y, más allá, que se relacionen con las construcciones de género. Esto permite el intercambio de experiencia y posibilita la creación de indicadores más reales.

***El análisis de género tiene como eje las relaciones de poder que se dan entre los hombres y las mujeres.***

### **Los elementos básicos en el análisis de género**

En todo ABG deben estar presentes al menos los siguientes elementos:

- ***Perfil de actividades de hombres y mujeres:*** Uso del tiempo y tipo de actividad, considerando trabajo reproductivo, trabajo productivo y trabajo comunitario.
- ***Acceso y control de recursos y beneficios:*** Productivos, sociales y políticos.
- ***Factores de influencia en las relaciones de género:*** Socioculturales, políticos, financieros y económicos; medioambientales, tecnológicos, religiosos, educativos, familiares.
- ***Identificación de las necesidades e intereses de mujeres y hombres:*** diferenciando según sea una necesidad práctica o un interés estratégico, de acuerdo con el sexo.
- ***Participación de mujeres y hombres:*** En órganos de decisión, y la calidad de la participación, o sea, si contribuye al empoderamiento de las mujeres.
- ***Capacidad de las instituciones y organizaciones responsables para trabajar con perspectiva de género:*** Percepciones y actitudes del personal masculino y femenino respecto de los temas de género, en conocer los límites y oportunidades institucionales para desarrollar esa perspectiva.

***En el análisis de género se considera la población usuaria de los servicios; a las organizaciones civiles y al personal de las instituciones***

El análisis de género no es una actividad puntual; debe ser un proceso sistemático que se considera como parte de la manera en que se ve, se interpreta, se valora el mundo y el quehacer en salud, en un proyecto, una política, una legislación o un programa específico. La mera incorporación del enfoque supone reconocer que no es correcto asumir que las mujeres y los hombres se ven afectadas de la misma manera por las políticas, los programas y los proyectos de salud; que no es real que las causas, la prevención y el tratamiento de la salud - enfermedad sean iguales para hombres y para mujeres. Como ejemplo se pueden ver las reacciones del personal de salud y de las usuarias/os ante el tema de la esterilización femenina y masculina: por un lado, se da un mayor rechazo y temor hacia la esterilización masculina, en tanto se duda de cómo el hecho puede poner en cuestión la "hombría"; por otro lado, una mujer esterilizada se puede volver sospechosa y se cuestiona su conducta sexual. El ABG evidencia esto y propone posibilidades u opciones, para buscar la transparencia que incluya a mujeres y disminuya las desventajas, además de que busca modificar las relaciones de poder.

En ese sentido se debe preguntar qué tipo de cambios se buscan; en qué aspectos, para beneficiar a quién; con qué propósitos, qué implicaciones tienen y para quiénes. Los cambios que se generen están en relación con las necesidades prácticas y las necesidades estratégicas de género: si son estratégicos serán de tipo reivindicativo y estructural; por ejemplo, la incorporación de las mujeres en los servicios de salud desde la etapa de la planificación y por medio de mecanismos que garanticen su poder de decisión; si son prácticos tienen el propósito de arreglar situaciones más coyunturales, son más de forma; por ejemplo, garantizar una mayor cobertura en la realización del papanicolau (PAP).

Desde una perspectiva de género se prioriza, sin menospreciar las necesidades prácticas, aquellas estratégicas que impliquen el establecimiento de un compromiso con cambios estructurales, que modifiquen las relaciones de poder entre los géneros.

Por ello, es necesario preguntarse: cuáles necesidades en salud tienen las mujeres; cuáles son las características de las mujeres que visitan el hospital (etnia, edad, orientación sexual, clase social, escolaridad...); a qué se dedican, cómo viven, qué aspectos sobre la salud les resultan más importantes y qué relación tiene esto con su salud; qué concepto de salud tienen, cuáles creen que son sus derechos, qué conocimientos tienen sobre su cuerpo y su salud; cómo resuelven sus dolencias (medicina alópata, homeópata, sacerdote, medicina tradicional...)

El cambio que promueve el ABG debe darse en el ámbito de los aspectos socioeconómicos, ambientales, éticos y debe comprender la integración de la subjetividad. Esto se traduce en una responsabilidad del personal de salud por preguntarse cuáles son sus propios valores, los del ambiente donde trabaja, cómo influyen éstos en su trabajo y decisiones.

El análisis de género debe considerarse como uno de los aspectos fundamentales en la estructura institucional: en la toma de decisiones, en la asignación de recursos; no puede verse como un tema, como algo marginal; debe tocar la filosofía, lo ideológico de la institución, debe ser un valor fundamental; tener resultados concretos, sostenibles, que aseguren mayor justicia y solidaridad con las mujeres; que incorpore sus necesidades e intereses, donde éstas, además de participar en mayor número, tengan, realmente, la posibilidad de influir sobre la agenda institucional y gocen de los recursos sociales.

***El ABG no es un tema; debe estar presente en toda la estructura institucional como uno de sus ejes principales.***

Debe considerarse, constantemente, las diferencias en las condiciones, situaciones y necesidades particulares de hombres y de mujeres en todas las fases del diseño y operacionalización de políticas; por ello supone tomar como central el cambio en las relaciones de poder entre estos/as, para lograr planificar, ejecutar, evaluar políticas, programas y proyectos más equitativos y justos y que, de esa manera, contribuyan con el Desarrollo Humano Sostenible. Por ejemplo, debe considerarse que las mujeres y los hombres desarrollan diferentes papeles sociales y que, esto, afecta de manera diferente su salud; implica diferentes factores de riesgo.

Analizar la equidad o la manera en que se distribuyen los recursos, las responsabilidades y las retribuciones del trabajo en salud y la oferta de salud misma, es parte del ABG. Esto pasa por reconocer las diferencias que se dan en cuanto a factores de riesgo; diferente posibilidad de enfermarse; distintos diagnósticos de enfermedad de acuerdo con la sintomatología que presentan hombres y mujeres; variada manera en que se promueve la salud; se estimula la prevención, el acceso y control. Por ejemplo: si se considera normal la presencia permanente de ciertas enfermedades en las mujeres, si se les descalifica como vagas o histéricas por ser "policonsultantes", es posible que ello inhiba el acceso de muchas a un servicio de salud; en el caso de los hombres, la masculinidad dicta como deseable el estar sano, fuerte y no necesitar ser cuidado; ese factor hace que ellos tengan resistencia a consultar ante ciertos síntomas. Por otro lado, en el ejercicio de ciertas disciplinas de la salud, es conocido que las profesionales mujeres tienen menos acceso a oportunidades de becas, puestos de poder, salarios altos y reconocimiento social en comparación con sus colegas masculinos; esto, evidentemente, afecta su desarrollo como profesionales. Si la equidad parte de reconocer las diferencias, habría que ver qué necesita quién, de acuerdo con su situación y cuáles de esas necesidades tiene satisfechas.

Desde el ABG debe diferenciarse entre el acceso, que es la posibilidad de usar un recurso, y el control, que es la posibilidad de definir y decidir sobre el uso de ese recurso. Es importante identificar niveles, según, sea hombre o mujer, de acceso y control de los diferentes recursos de salud, ya que las relaciones de poder que se expresan en los diferentes papeles determinan, justamente, el acceso y el control sobre los mismos. Ultimamente se habla mucho de la participación social en la construcción de la salud; habría que cuidar que esa participación incluya a las mujeres con poder de decisión y no como una carga extra para sus, ya, bastantes, obligaciones domésticas.

Como un reto que plantea el ABG está el facilitar información y asesoría a grupos organizados de mujeres, en un proceso que recupere la experiencia individual y colectiva de éstas, así como, sus preocupaciones sobre la salud.

También se reta a considerar a la institución, como el lugar desde el cual debe iniciarse con el Análisis Basado en Género: cuáles son sus normas y procedimientos y de qué manera determinan las oportunidades de participación de mujeres y hombres; cuáles son las diferencias en el acceso y control en la toma de decisiones. No es solo conocer si se dan mecanismos explícitos de discriminación, se trata de verificar la existencia de acciones para equilibrar la desproporción de recursos y poder a favor de los hombres.

Desde una perspectiva de género se debe formular estrategias que consideren los intereses prácticos y estratégicos de género; acordar mecanismos de participación y coordinación con las organizaciones comunales y otras instituciones, elaborar indicadores y planificar de manera participativa.

## **X. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

Anderson, Jeanine (1992). Intereses o Justicia ¿A dónde va la discusión sobre la mujer y el desarrollo? Lima. Entre Mujeres.

Aguilar, Lorena. (1993). Instrumentos conceptuales para introducir el análisis de género en salud a nivel local. OPS. Editorial Absoluto S.A. San José.

Burin, Mabel (1987). Estudios sobre la subjetividad femenina. Mujeres y salud mental. Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, Argentina.

Facio, Alda. (1992) Cuando el Género Suena Cambios Trae. Metodología para el análisis de género del fenómeno legal. San José. ILANUD.

González de Chávez, María Asunción (1993). Cuerpo y Subjetividad femenina. Salud y Género. Siglo XXI de España.

González, Soledad et cols. (1995). Las Mujeres y la Salud. Programa Interdisciplinarios de Estudios de la Mujer, Colegio de México, D.F.

Género y Desarrollo. Nairobi. African Women Development and Communication Network. 1993.

Grupo de Hombres contra la Violencia. Espacios para desaprender el Machismo, en búsqueda de una nueva masculinidad. Memorias del grupo sin publicar. Managua. 1995.

Guzmán, Ana y cols 1997. Atención Integral en Salud. CCSS, Medicina Preventiva, mayo

Hipatía, Colectivo (1998). Autoridad científica, autoridad femenina. Horas y Horas Editorial. Madrid.

Laqueur, Thomas (1994). La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud. Ediciones Cátedra, España.

Marlasca, Antonio (2001). Introducción a la Bioética. Facultad de Filosofía y Letras, Universidad Nacional, Heredia.

Matamala, María Isabel. El Género en la Planificación y Monitoreo de las Políticas Públicas de Salud de las Mujeres. Ponencia en IV Congreso Iberoamericano y IV Congreso Chileno de Epidemiología, Santiago, 5 de noviembre de 1999.

Ministerio de Salud de Canadá.(1999). Estrategia para la salud de las mujeres del Ministerio de Salud de Canadá.

Morris, Marika (1997).Guide pour l' analyse comparative entre les sexes.. Bureau de la main d'oeuvre féminine. Politique stratégique.

Marika, Morris (1997).Analyse comparative entre les sexes. Document de fond.. Bureau de la main d'oeuvre féminine. Politique stratégique.

Olabuenga, José; Ispizua, María Antonia. (1989). La Descodificación de la Vida Cotidiana. Métodos de investigación cualitativa. Bilbao. Universidad de Deusto.

Resumen cronológico de las principales acciones relacionadas con el desarrollo del modelo atención integral de la salud de las mujeres. Mimeo. 2000.

Revista Network. Mejoras en la calidad de los servicios. FHI, vol. 19 n° 1, Otoño 1998.

Rivera Garretas, María-Milagros (1996). El cuerpo indispensable. Significados del cuerpo de mujer. Horas y Horas Editorial. Madrid.

Rodriguez, María Elena. (1994). Masculinidad y Sexualidad. Proyecto de Investigación. San José. Universidad de Costa Rica.

Rojas Soriano, Raúl (1997). Investigación-acción en el aula. Enseñanza-aprendizaje de la metodología. Plaza y Valdés Editores. México.

Szasz, Ivonne y Lerner, Susana (1996). Para comprender la Subjetividad. Investigación Cualitativa en Salud Reproductiva y Sexualidad. El Colegio de México, México DF.

Servicio Nacional de la Mujer (1998). Análisis de género. Guía para la elaboración de políticas públicas. Chile.

Standing, Hilary (2000). El género y la reforma del sector salud. OPS y Harvard Center for Population and Development Studies.

Vance, Carole (1989). Placer y Peligro. Explorando la sexualidad femenina. TALASA Ediciones. España.

## ANEXO NO.1

### LISTA DE PARTICIPANTES DEL GRUPO MULTIPLICADOR

<b>NOMBRE</b>	<b>INSTITUCIÓN</b>
LORENA SOTO	CLÍNICA MARCIAL FALLAS
ZELMA SANDOVAL AGUILAR	CENARE
YOLANDA CORRALES LOPEZ	ASOC. SALUD ASERRI
BLANCA ISABEL FALLAS CH.	CLINICA MARCIAL FALLAS
YANCY SOLANO CHACON	HOSPITAL DE LAS MUJERES
MARIO ORLANDO LOBO ALPIZAR	HOSPITAL DE LAS MUJERES
OSCAR CARAZO CÉSPEDES	HOSPITAL DE LAS MUJERES
SISINIA CHACON UGALDE	HOSPITAL DE LAS MUJERES
NERY PARADA BONILLA	CENDEISS
ZIANNE LOPEZ	CLINICA ACOSTA
BERNY RODRIGUEZ PEREZ	CLINICA ACOSTA
DIANA MCKARLANE GOMEZ	CIEM-UCR
ROGER LOPEZ	HOSPITAL DE LAS MUJERES
MODEL CARMEN	HOSPITAL DE LAS MUJERES
ZULLY MORENO CHACON	HOSPITAL DE LAS MUJERES
MARITZA PARINI	FECODIS
MIRNA HERNANDEZ BARRIENTOS	ASCOBA
LUIS LEDESMA	HOSPITAL DE LAS MUJERES
JAVIER CÉSPEDES	CLINICA MERCEDES CHACON DE ASERRI
ANA ISELA NAVARRETE	AREA DE SALUD DESAMPARADOS-3
ANA HERNÁNDEZ	AMC
NURIA VALVERDE	CLINICA CARLOS DURAN
LIGIA CERDAS CAMACHO	HOSPITAL DE LAS MUJERES
MAYELA FONSECA PICADO	CLINICA MERCEDES CHACON DE ASERRI
JUAN CARLOS MOLINA	HOSPITAL DE LAS MUJERES
JOSE FCO. CASCANTE ESTRADA	HOSPITAL DE LAS MUJERES
BERNY RODRÍGUEZ	CLINICA DE ACOSTA

## **ANEXO NO. 2**

Evaluación ex-ante y ex-post sobre el enfoque de género y salud

1. ¿Qué es género para Usted?
2. ¿Cuál es la diferencia entre género y sexo?
3. Conoce usted lo que son los sesgos de género? Si responde afirmativamente, enúncielos.
4. ¿En qué consiste el Análisis Basado en Género?
5. ¿Qué es salud para usted?
6. Mencione los diferentes paradigmas que han existido a lo largo de la historia, sobre el concepto de salud